

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Die praktische Ausbildung

Evaluation der allgemeinen Gesundheits- und
Krankenpflegeschule mit dem Schwerpunkt der
praktischen Ausbildung in Österreich

Verfasserin

Martina Grubmüller

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag.phil.)

Wien, 11. November 2008

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A057/122

Studienrichtung lt. Studienblatt: Pflegewissenschaft

Betreuer: Mag. Dr. phil. Vlastimil Kozon PhD

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende wissenschaftliche Arbeit selbstständig angefertigt und die mit ihr unmittelbar verbundenen Tätigkeiten selbst erbracht habe. Ich erkläre weiters, dass ich keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Alle aus gedruckten, ungedruckten oder dem Internet im Wortlaut oder im wesentlichen Inhalt übernommenen Formulierungen und Konzepte sind gemäß den Regeln für wissenschaftliche Arbeiten zitiert und durch Fußnoten gekennzeichnet.

Die während des Arbeitsvorganges gewährte Unterstützung einschließlich signifikanter Betreuungshinweise ist vollständig angegeben.

Die wissenschaftliche Arbeit ist noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt worden. Diese Arbeit wurde in gedruckter und elektronischer Form abgegeben. Ich bestätige, dass der Inhalt der digitalen Version vollständig mit dem der gedruckten Version übereinstimmt.

Ich bin mir bewusst, dass eine falsche Erklärung rechtliche Folgen haben wird.

Wien, 11. November 2008

Martina Grubmüller

Inhaltsverzeichnis

Vorwort.....	12
1. Einleitung.....	15
I. Theoretischer Teil	19
2. Die Positionierung des Berufes „Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege“ im österreichischen Gesundheitssystem.....	19
2.1. Krankenpflegeausbildung in Österreich.....	20
2.1.1. Gesetzliche Grundlagen der Ausbildung	20
2.1.2. Die theoretische Ausbildung.....	21
2.1.3. Die praktische Ausbildung.....	23
2.1.4. Der eigenverantwortliche Tätigkeitsbereich.....	24
2.1.5. Der mitverantwortliche Tätigkeitsbereich.....	25
2.1.6. Der interdisziplinäre Tätigkeitsbereich.....	26
2.1.7. Der erweiterte und spezielle Tätigkeitsbereich.....	27
2.1.8. Die praktische Ausbildung-tabellarische Darstellung	29
3. Evaluation im Überblick.....	32
3.1. Was ist Evaluation?	33
3.2. Evaluationsstandards.....	37
3.3. Evaluationsmodelle	41
3.3.1. Bewertungsorientierte Ansätze.....	42
3.3.2. Nutzungsorientierte Ansätze	43
4. Evaluation von Curricula.....	45
4.1. Gegenüberstellung Curricula 1998 – Curricula 2003.....	45
4.2. Zusammenfassung.....	49
5. Ausbildung der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe in Europa.....	50
5.1. Zulassungsbedingungen in Europa.....	52
5.1.1. Zulassungsbedingungen in Deutschland	52
5.1.2. Zulassungsbedingungen in Großbritannien.....	52

5.1.3. Zulassungsbedingungen in den Niederlanden	53
5.1.4. Zulassungsbedingungen in Österreich	54
5.1.5. Zulassungsbedingungen in Frankreich	54
5.1.6. Zulassungsbedingungen in Schweden	55
5.1.7. Zulassungsbedingungen in Portugal.....	55
5.1.8. Zulassungsbedingungen in Italien	55
5.2. Theorie und Praxis-Transfer an europäischen Pflegeschulen	56
5.2.1. Die praktische Ausbildung und der Theorie-Praxis-Transfer in Deutschland.....	56
5.2.2. Die praktische Ausbildung und der Praxis-Theorie-Transfer in Großbritannien	58
5.2.3. Die praktische Ausbildung und Praxis-Theorie-Transfer in den Niederlanden.....	60
5.2.4. Die praktische Ausbildung und Praxis-Theorie-Transfer in Österreich.....	61
5.2.5. Zusammenfassende Darstellung	62
6. Der Praxiskatalog.....	64
6.1. Ein gesetzlich geforderter Nachweis - der Praxiskatalog	64
6.2. Praktische Beispiele des Praxiskataloges	66
II. Empirischer Teil.....	70
7. Problembeschreibung	70
7.1. Fragestellungen der empirischen Erhebung.....	71
7.2. Methode	71
7.2.1. Untersuchungsplan	71
7.2.2. Untersuchungsteilnehmer.....	73
7.2.3. Erhebungsinstrument	73
7.2.4. Pretest	74
7.2.5. Untersuchungsdurchführung.....	75
8. Auswertung der Erhebung.....	77
8.1. Ergebnisse der SchülerInnenfragebögen	77
8.2. Interpretation der Ergebnisse (SchülerInnen)	83
8.2.1. Ergebnisse und Interpretation der Fragebögen (SchülerInnen);Themenschwerpunkt: Qualitätssicherung.....	84

8.2.2. Themenschwerpunkt: Der Praxiskatalog als Leitfaden	85
8.2.3. Themenschwerpunkt: Der Praxiskatalog als ein einheitliches Beurteilungsschema ...	86
8.2.4. Themenschwerpunkt: Transparenz des Praxiskataloges	89
8.3. Ergebnisse der PraxisanleiterInnenfragebögen	90
8.3.1. Interpretation der Fragebogenerhebung der PraxisanleiterInnen	95
8.3.2. Ergebnisse und Interpretation der Fragebögen (PraxisanleiterInnen); Themenschwerpunkt: Qualitätssicherung	96
8.3.3. Themenschwerpunkt: Der Praxiskatalog als Leitfaden	98
8.3.4. Themenschwerpunkt: Der Praxiskatalog als Grundlage für ein einheitliches Beurteilungsschema – mit „Auszeichnung bestanden“ oder was sonst noch im Beurteilungsbogen steht	99
8.3.5. Themenschwerpunkt: Transparenz des Praxiskataloges	102
8.4. Auswertung der LehrerInneninterviews	103
8.5. Zusammenfassung und Beantwortung der Fragestellungen	116
9. Schlussbetrachtung und Ausblick	121
10. Empfehlungen für weiterführende Forschungsarbeit	125
11. Literaturverzeichnis	126
12. Anhang	135
12.1. Theoretische Lerninhalte	135
12.2. Beispiele von Dokumentationsformen	136
12.3. Begleitschreiben: Pretest	146
12.4. Deckblatt: Fragebogen - PraxisanleiterInnen	147
12.5. Deckblatt: Fragebogen SchülerInnen	148
12.6. Interviewleitfaden: LehrerInnen für Gesundheits- und Krankenpflege	149
12.7. Fragebogen - PraxisanleiterInnen	150
12.9. Grundauswertung Teil 1 der Befragung: PraxisanleiterInnen	156
12.10. Grundauswertung Teil 1 der Befragung: Fragebogen SchülerInnen	168
12.11. Curriculum Vitae	180

Abbildungsverzeichnis:

Abbildung 01:	Bewertung Praxiskatalog vorher (SchülerInnen).....	83
Abbildung 02:	Bewertung Praxiskatalog nachher (SchülerInnen)	83
Abbildung 03:	Ansprüche des Praxiskataloges (SchülerInnen).....	85
Abbildung 04:	Einheitliches Beurteilungsschema (SchülerInnen).....	86
Abbildung 05:	Einheitliches Beurteilungsschema (SchülerInnen).....	88
Abbildung 06:	Transparenz des Praxiskataloges (SchülerInnen)	89
Abbildung 07:	Bewertung Praxiskatalog vorher/nachher (PraxisanleiterInnen).....	95
Abbildung 08:	Qualitätssicherung (PraxisanleiterInnen)	97
Abbildung 09:	Einheitliches Beurteilungsschema (PraxisanleiterInnen).....	100
Abbildung 10:	Einheitliches Beurteilungsschema (PraxisanleiterInnen).....	101
Abbildung 11:	Einheitliches Beurteilungsschema (PraxisanleiterInnen).....	101
Abbildung 12:	Transparenz des Praxiskataloges (PraxisanleiterInnen)	102

Abkürzungsverzeichnis

ARGE	Arbeitskreis der LehrerInnen der Gesundheits- und Krankenpflege- geschulen Niederösterreichs
bzw.	beziehungsweise
BGBI.	Bundesgesetzblatt
DeGEval	Deutsche Gesellschaft für Evaluation
DGKS	Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester
DGKP	Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger
EDV	elektronische Datenverarbeitung
EU	Europäische Union
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetzbuch
Nr.	Nummer
GuK-AV	Gesundheits- und Krankenpflege- Ausbildungsverordnung
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
LPH	Landespflegeheim
St.	Sankt
JCS	Joint Committee on Standards for Educational Evaluation
WHO	World Health Organisation

Zusammenfassung

Evaluation gewinnt zunehmend an Bedeutung. Es wird überprüft, ob Interventionen auch zu den tatsächlichen gewünschten Ergebnissen führen. Ausgangspunkt dazu ist die Kausalität. Evaluation an sich, dürfte es schon seit Menschengedenken gegeben haben. Das Ergründen warum, was, wie funktioniert, dürfte in der Natur des Menschen liegen.

Evaluation darf nur unter bestimmten Normen bzw. Standards und nur von einem professionellen und qualifizierten Personal durchgeführt werden, damit sie wissenschaftlichen Anforderungen entspricht und sich von der Alltagsevaluation unterscheidet. Der ethische und moralische Aspekt ist ein wichtiger Kernpunkt, um mögliche Auswirkungen auf die Praxis verantworten zu können. In der Gesundheits- und Krankenpflege ist Evaluation ein wichtiger Bestandteil und kann in der Praxis immer wieder gefunden werden, wie zum Beispiel im Pflegeprozess.

Diese Diplomarbeit beschäftigt sich sehr eingehend mit dieser Thematik. Als Beispiel für eine Evaluation wurde der Praxiskatalog von Niederösterreich herangezogen. Die Erhebung erfolgte mittels Fragebogen und qualitativen Interviews. Der theoretische Teil beinhaltet die gesetzlichen Richtlinien in Österreich, sowie Bestimmungen der EU. Ein wesentlicher Bestandteil beschäftigt sich weitgehend mit der Evaluation von Curricula für Gesundheits- und Krankenpflege mit dem Schwerpunkt der praktischen Ausbildung. Ein Curriculum an sich ist nie wirklich fertiggestellt und unterliegt ständigen Veränderungen, um den Anforderungen der Praxis zu entsprechen. Die Ausbildung soll dadurch vereinheitlicht werden und dient somit auch einer Qualitätssicherung. Ein wesentliches Merkmal des Curriculums ist das Konzept der „Offenheit“. Die Struktur des Curriculums wurde keinem bestimmten Pflegemodell angepasst. Pflege-theorien sollen herangezogen werden, um „Pflege denken zu lernen“. Erstmals wurde auch die praktische Ausbildung im Curriculum aufgenommen. Die Dokumentation der Lernziele der Praktika ist in Österreich gesetzlich gefordert.

Die Lernziele der praktischen Ausbildung sollen an das offene Curriculum angelehnt sein; dabei wird nicht konkret auf die Art und Weise der Dokumentationsform eingegangen. Daher existieren teilweise sehr unterschiedliche Dokumentationsinstrumente. Wie schon erwähnt wurde in dieser Diplomarbeit der Niederösterreichische Praxiskatalog des Arbeitskreises der LehrerInnen der Gesundheits- und Krankenpflegeschulen Niederösterreichs bearbeitet. Der Kompetenznachweis stellt die Mindestanforderungen an die Auszubildenden, die erreicht werden müssen, dar, um das Diplom der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege absolvieren zu können. Der Praxiskatalog ist als zentrale Grundlage (Qualitätssicherung) der praktischen Ausbildung zu sehen. Weiters soll er als Leitfaden für die praktische Ausbildung, als Grundlage für ein einheitliches Beurteilungsschema und als eine Transparenz für Basisfertigkeiten fungieren. Diese vier Bereiche wurden mittels Fragebogen quantitativ erhoben. Die Untersuchung wurde an SchülerInnen des 3. Jahrganges 2007/2008 der Gesundheits- und Krankenpflegeschulen in Niederösterreich und an PraxisanleiterInnen im Bezirk Zwettl durchgeführt.

Folgend wurden 15 Interviews mit LehrerInnen der Gesundheits- und Krankenpflegeschulen durchgeführt und transkribiert. Zur Auswertung wurde die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayering herangezogen.

Die Qualifikation der SchülerInnen hat nach konkreten Zielen zu erfolgen. Daraus soll sich eine überprüfbare praktische Ausbildung und somit eine objektive Beurteilung der erbrachten Leistungen ergeben. Die Vergleichbarkeit soll nicht nur innerhalb einer Schule möglich sein, sondern österreichweit oder, nach den Forderungen der WHO, sogar europaweit umsetzbar sein.

Das zukünftige Anforderungsprofil der Pflegeberufe wird sich aufgrund der Veränderungen der Bedürfnisse der Gesellschaft verstärkt an Prävention, Gesundheitsförderung, Rehabilitation, Anleitung und Beratung orientieren. Dies eröffnet den Mitgliedern des Gesundheitswesens eine Vielzahl an Berufsmöglichkeiten; damit verbunden ist ein steigender Qualifizierungsbedarf. Die Herausforderung liegt dabei sie zu koordinieren und gezielt einzusetzen. Praxistaugliche Curricula sind dazu ein wichtiger Beitrag. Der enorme Wissenszuwachs erfordert immer wieder neue Rahmenbedingungen der Grundausbildung, aber auch den universitären Zugang für Pflegeberufe. Die Pflegewissenschaft gehört zu den „prakti-

schen“ Wissenschaften und soll eine systematische Unterstützung für die Praxis sein. Ein wesentlicher Schritt zur wissenschaftlichen Disziplin ist das Konzept des „Evidence-based Nursing“. Eine Kombination zwischen Grundausbildung und Studium eröffnet die Fachhochschule Wien für Gesundheits- und Krankenpflege. Ein Schwerpunkt liegt auch hier in der praktischen Ausbildung. Ein Praktikum dient nicht nur der Verankerung von theoretischem Wissen, sondern kann für StudentInnen sehr hilfreich sein, sich zu orientieren und trägt somit zur Karriereplanung und späteren Berufschancen bei.

Summary

Evaluation will get more and more important in our time. It is examined if interventions cause the actually wanted results. The starting point is the causality. Evaluation itself exists for a long time. The question why, what and how something works lies in the nature of human beings. Evaluation can only be carried out under special standards and only by qualified staff. Evaluation has to correspond to the scientific requirements in order to be different to routine evaluation. The ethical and moral aspect is an important central point for possible effects for the practice.

Evaluation is a necessary part for nursing and it can always be found in practical operation, for example in the documentation. This thesis deals thoroughly with this subject. The “Praxiskatalog von Niederösterreich” is an example for evaluation in this work. The uprising to place happened by questionnaire and by qualitative interviews. The theoretical part includes the lawful guidelines in Austria as well as the directions in the European Union. An essential part of this work presents largely the evaluation for the nursing curricula of nursing with practical instructions as the main point.

A curriculum can never be seen as finished because there are always changes which must be notified there to correspond to the demand in the practice. The nursing education should be standardized thus contributes to the safeguarding for quality. A considerable sign of the curriculum is the draft of openness. The pattern of curriculum has never been assigned to a model of nursing. The theories of nursing should be used to learn the thought of care. For the first time the practice instructions were taken up into the curriculum of nursing. The aims of learning in the

practice have to be documented. The documentation demands on the Austrian law.

The aims of learning from the practical education should follow the open curriculum. So we don't actually deal with the kind of documentation form. Therefore there are partially very different documentation instruments. This nursing evaluation deals with the "Praxiskatalog" from Niederösterreich for teachers of the nursery schools. The central base of the practical education is the practical operation and it represents securing of quality. It should also be a guide for the practical education, as a basis for a standardized judgment and as a transparency for basic skills. These four fields were quantitatively ascertained with questionnaires. The examination was carried out in 2007/2008 on pupils of the third year of the nursery schools in Niederösterreich and on trainers in the district of Zwettl. According to this fifteen teachers of the nursery school were interviewed and directly noted. The qualitative analysis of the consents from "Mayering" was used for the evaluation. The qualification of the pupils has to be based on actual aims. Resulting a practical education which you can check on and an objective judgment of the performance obtained should be done. The comparison shouldn't only be possible within one school, but also at all schools in Austria and according to the demand of the WHO, it should be able to be transferred all over Europe as well. The future requirements of the nursing jobs will get more and more orient on prevention, health support, rehabilitation, instruction and consultation. The needs of the society are changing. This creates lots of different jobs to the members of the Public Health. The qualification of nursing is increasing. An important contribution is a practicable curriculum. The enormous increase of knowledge always requires new background conditions of the basic education, but also the possibility for the nursing jobs to study at a university. The science of nursing belongs to a practical science and should be a systematic supply for the practice. An important step to the scientific discipline is the copy of the "Evidence based Nursing". A combination between the basic education and study offers technical college for nursing in Vienna. The practical education has priority. A practical study doesn't only help the anchoring the theoretical knowledge, but it can also be very helpful for students to orientate and so it helps to work one's way up and to have better professional prospects.

Vorwort

Als Stationsleitungsstellvertretung auf einer Betreuungsstation wurde ich sehr früh mit der Anleitung von Gesundheits- und KrankenpflegeschülerInnen konfrontiert. Es wurde mir bald klar, dass trotz Normen und gesetzlichen Richtlinien, eine einheitliche Umsetzung der praktischen Ausbildung teilweise sehr großen Herausforderungen gegenübersteht.

Durch einen späteren Wechsel meiner Berufslaufbahn auf eine Herzstation, wo ich wieder für SchülerInnen zuständig war, wurde mir erst so richtig das breite Spektrum der praktischen Ausbildung zum diplomierten Pflegepersonal bewusst. Seit zwei Jahren bin ich an der Gesundheits- und Krankenpflegeschule Zwettl tätig. Mein Interesse liegt an der Schnittstelle theoretisches Wissen in der Berufspraxis umzusetzen. Die definierten Praktikumsziele im Praxiskatalog der ARGE Niederösterreichs bilden dafür eine gute Grundlage. Trotzdem entstehen immer wieder Fragen bezüglich der Handhabung und der eigentlichen Definition von Zielen seitens der SchülerInnen und der PraxisanleiterInnen. Durch meinen nun doch über 10 Jahre langen Bezug zur praktischen Ausbildung hat mich dies motiviert, meine Abschlussarbeit des Studiums der Pflegewissenschaft dem Praxiskatalog zu widmen.

Ich begann, stärker denn je, mich mit der Thematik und der damit verbundenen Problematik auseinander zu setzen. Ich beschloss, mich über die Ausbildung generell in der EU zu informieren und versuchte, mir unterschiedliche Dokumentationsformen zu besorgen. Der Traum wurde jedoch bald von der Realität eingeholt. Ich schaffte es nicht einmal österreichweit! Viele waren nicht bereit, mir diese auszuhändigen. Die Recherche über die praktische Ausbildung stellte eine weitere große Herausforderung dar. Die Motivation trotzdem nicht aufzugeben, lag am Interesse der doch teilweise unterschiedlichen Schulsystemen in der EU und vor allem, welche Position dabei Österreich bzw. Niederösterreich einnimmt. Mein Fokus lag dabei immer verstärkt auf die praktische Ausbildung. Welchen Stellenwert haben eigentlich SchülerInnen? Werden sie noch immer als Arbeitskraft eingesetzt oder werden sie eher als Lernende angesehen. Kann in der Praxis das eine vom anderen ausgeschlossen werden, um im Berufsalltag bestehen zu können? Gibt es zusätzliche Formen der praktischen Ausbildung, die sich von unseren unterscheiden? Wie könnte die zukünftige

Ausbildung in der Allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege für den gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege aussehen?

Möglich wurde die Bewältigung dieser Aufgabe jedoch nicht ausschließlich durch mein Interesse oder eigenes Engagement. Eine Vielzahl von Personen waren mir manchmal eine kleine – sehr oft jedoch eine große Hilfe. Wie die Gesundheits- und Krankenpflegeschule Hollabrunn, Baden, Krems und Zwettl, sowie Institutionen wie Landesklinikum Waldviertel Zwettl, Bürgerstiftung St. Martin, LPH-Zwettl „Frohsinn“, Hilfswerk Zwettl und Caritas Zwettl, die mit Ihrer Unterstützung und Ihrer administrativen Unkompliziertheit herausragten! Wie ich im Laufe meiner Arbeit erfahren durfte, ist dies nicht immer selbstverständlich!

Hiermit möchte ich mich herzlich bedanken!

Besonders möchte ich mich bei Fr. Dir. Mayerhofer bedanken, die für jede Frage zu jeder Zeit bereitstand und mich auch in meiner Motivation unterstützte und mir die notwendige Kraft gab, weiterzumachen.

Einen großen Dank möchte ich Herrn Mag. Dr. Vlastimil Kozon PhD aussprechen! Der vor allem durch sein analytisches Denken, durch seine prompte Beantwortung der E-Mails und durch seine ausführlichen Telefongespräche zu fast jeder Tages- und Nachtzeit zur Verfügung stand. Ohne seine Hingabe zur Pflegeforschung und seiner Geduld, sich mit meinen Gedankengängen auseinanderzusetzen, wäre ein derartiges Ergebnis nie zustande gekommen. Außerdem möchte ich hier festhalten, dass er durch seine unermüdlichen Leistungen für die Pflege bei uns StudentInnen große Anerkennung und Vorbildwirkung hat.

Die größte Aufopferungsbereitschaft zeigte wohl meine Familie, ohne ihre moralische Unterstützung wäre ein derartiges Projekt kaum durchführbar gewesen. Auch bei meinem Sohn Thomas, der sich an seine Schlafzeiten gehalten hat und es mir somit möglich war, diese Zeit für mein Studium zu nutzen.

Es gäbe wahrscheinlich noch eine Unzahl an Personen, die es verdient hätten hier namentlich erwähnt zu werden. Um den Rahmen jedoch nicht zu sprengen, seien sie alle gleichermaßen mit Lob und Dank bedacht....

Martina Grubmüller

1. Einleitung

Zu Beginn vielleicht eine persönliche Vorbemerkung: Evaluation als Thema begegnete mir zum ersten Mal im Berufsalltag durch die vom Gesetz geforderte Pflegeplanung. Immer wieder stellte sich die Frage, ob wir, das Krankenpflegepersonal, die Form des Pflegeprozesses wirklich brauchen. Hat denn die Pflege vorher nicht funktioniert? Oder war sie zu wenig professionell genug? Die gesetzliche Forderung wurde nicht überall mit Freude aufgenommen. Es wurde als zusätzliche Belastung empfunden, als Arbeit, die besonders in den Anfängen, sehr viel Zeit beanspruchte, die sowieso sehr knapp bemessen war. Nach dem Ablegen der Dokumentation in die Krankengeschichte stellt sich nun oft auch die Frage des Nutzens der Pflegeplanung bis hin zu den Selbstzweifeln der Eignung zum Pflegeberuf, selbst das Krankenpflegepersonal mit teilweise jahrzehntelanger Berufserfahrung. Manchmal musste im Berufsalltag krampfhaft nach dem Positiven gesucht werden. Oft stellte sich die Frage, wie funktionierte denn vor der Einführung des Pflegeprozesses die Pflege? An sich nicht viel anders. Es wurden Informationen gesammelt, es kristallisierten sich Pflegeprobleme daraus, es wurden Maßnahmen gesetzt. Und, was besonders wichtig ist, es wurde kontrolliert ob die Maßnahmen wirkten, schädigten oder gar zu einem endgültigen Erfolg führten. Erst die bewusste Dokumentation brachte sehr viele Unsicherheiten mit sich. Der Evaluation wird heute vor allem wegen der Qualitätssicherung ein immer höherer Stellenwert eingeräumt und wird in verschiedensten Bereiche gefordert. Ziele der Bewertung sind nicht nur Interventionsmaßnahmen und Methoden, sondern auch Institutionen, Personen und auch Curricula. Daher ist das Anwendungs- bzw. Einsatzspektrum für die Evaluation außerordentlich vielfältig. Ein wesentlicher Anteil der Forderung nach Evaluation sind jene für die Universitäten bzw. Ausbildungsinstitutionen zur Optimierung der Ausbildung und zur Qualitätssicherung. In dieser Diplomarbeit wird die praktische Ausbildung der Gesundheits- und Krankenpflege und deren Dokumentation mit Evaluation in Verbindung gebracht.

Das erste Kapitel des theoretischen Teiles behandelt die gesetzlichen Grundlagen der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung in Österreich; sowohl den theoretischen als auch den praktischen Teil.

Die folgenden Kapitel befassen sich mit Grundbegriffe und Modelle der Evaluation bzw. Evaluation von Curricula mit dem Hinweis, dass Ausbildung immer Veränderungen unterliegt, um dem beruflichen Alltag gerecht zu werden. Der Evaluation an sich wird vor allem wegen der Qualitätssicherung ein immer höherer Stellenwert eingeräumt und sie wird in den verschiedensten Bereichen eingesetzt. Die Evaluation ist außerordentlich vielfältig, umfasst eine Menge möglicher Verhaltensweisen und hat ein breites Einsatzgebiet. Ein Bereich der Forderungen nach Evaluation sind jene für die Universitäten zur Optimierung der Ausbildung. Diese sind sowohl international als auch national nicht neu. Speziell in diesem Bereich gibt es eine Vielzahl von theoretischen Arbeiten und empirischen Befunden, die sich mit den Fragen beschäftigen, wie eine sinnvolle Evaluation erfolgen kann und inwieweit die studentische Bewertung von Lehrveranstaltungen ein geeignetes Mittel zur Verbesserung der Lehrqualität darstellt.¹

Die Forderungen nach Evaluation zur Qualitätssicherung dürfen nicht nur auf die universitäre Ausbildung beschränkt werden, sondern soll auch an den mittleren berufsbildenden Institutionen eingesetzt werden. Besonders die Einschätzung der SchülerInnen in Bezug auf die Umsetzung des Gelernten in die Praxis und die Kompetenzeinschätzung bezogen auf Ausbildungsziele stellen eine Möglichkeit dar, einen Beitrag zur Optimierung der Ausbildung zu leisten.

Die Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung basiert in Österreich auf gesetzlichen Grundlagen, dennoch bieten die Praxisziele ein breites Spektrum und unterschiedliche Bewertungskriterien und bedürfen einer Evaluation.

Ein wesentlicher Schwerpunkt der Diplomarbeit stellt die Ausbildung der Gesundheits- und Krankenpflege in Europa dar. Es werden die Ausbildungssysteme von Deutschland, Großbritannien, Niederlanden, Frankreich, Schweden, Portugal, Italien und Österreich dargestellt. Um ein Gesamtbild aufzuzeigen

¹ vgl. Basow & Silberg, 1987; Howard & Maxwell, 1980; Kromrey, 1994; Marsh, 1984; Rindermann, 1997; Rosemann & Schweer, 1996; Spiel, 2001; Westermann, Spies, Heise & Wollburs-Claar, 1998

wurden auch die teilweise unterschiedlichen Aufnahmekriterien behandelt. Ein besonderes Interesse lag an der Umsetzung des Theorie- Praxis-Transfers der praktischen Ausbildung.

Für die Zukunft ist es besonders wichtig, sich mit den unterschiedlichen Ausbildungsformen in der EU zu befassen. Zum einen, weil die WHO ein einheitliches Ausbildungssystem empfiehlt, zum anderen, die Ausbildung in der gesamten EU neue Arbeitsmöglichkeiten und Chancen sicherstellen soll. Die Gegenüberstellung bietet die Möglichkeit, die österreichische Ausbildung im internationalen Feld zu beleuchten.

Das letzte Kapitel des theoretischen Teiles beinhaltet eine Beschreibung einiger Dokumentationsformen der praktischen Ausbildung, die in Österreich verwendet werden.

Der Schwerpunkt des empirischen Teiles soll die Evaluation der Lehrziele der praktischen Ausbildung der Gesundheits- und Krankenpflegeschulen sein. Als Hintergrundinformation soll dabei der Praxiskatalog des Arbeitskreises der LehrerInnen NÖ im Auftrag der ARGE Schuldirektoren, sowie das Curriculum des Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen, Offenes Curriculum – allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege, Ausbildung, Wien, November 2003 sein.

Konkret sollen folgende Fragestellungen beantwortet werden:

1. Qualitätssicherung – Wie beurteilen die Befragten (SchülerInnen) ihren eigenen Wissensstand bezüglich der praktischen Lehrziele? Ergeben sich vielleicht Verbesserungsvorschläge? Ist ein Praxiskatalog ein Instrument zur Qualitätssicherung?
2. Transparenz – Können die theoretischen Lehrinhalte in die berufliche Praxis umgesetzt werden? In welchen Bereichen besteht eine Zufriedenheit? In welchen Bereichen sind die Befragten unzufrieden? Kann der Praxiskatalog überall gleichwertig eingesetzt werden? (Kliniken, Langzeitpflege, extramuraler Bereich)
3. Dient der Praxiskatalog als Leitfaden für grundlegende Pflegefertigkeiten und Qualifikationen, Dimensionen pflegerischen Handelns und Pflege im Zusammenhang mit Diagnostik und Therapie?
4. Ist der Praxiskatalog eine Grundlage für ein einheitliches Beurteilungsschema in der praktischen Ausbildung?

Um diesen signifikanten Fragenkomplex erheben zu können, wurde als Erhebungsinstrument ein Fragebogen gewählt, der eine deskriptive Erhebung, Daten für grundlegende Pflegefertigkeiten und Qualifikationen, Daten der Dimensionen pflegerischen Handelns, sowie Daten der Pflege im Zusammenhang mit Diagnostik und Therapie enthält. Ebenso wurde die Eigenständigkeit und Eigenverantwortlichkeit der SchülerInnen behandelt. Dazu war eine Skalenbildung und Itemsbildung notwendig. Es wurden die SchülerInnen des 3. Jahrganges 2007/2008 und PraxisanleiterInnen befragt. Weiters wurden Daten mittels Experteninterviews erhoben. Dazu wurden LehrerInnen für Gesundheits- und Krankenpflege mittels eines offenen Leitfadens befragt. Für die Interviews wurde ein qualitativer Methodenansatz gewählt.

I. Theoretischer Teil

2. Die Positionierung des Berufes „Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege“ im österreichischen Gesundheitssystem

Der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege ist im Bundesgesetz der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe – GuKG, BGBl. I Nr. 69/2005, geregelt. Dieses Gesetz trifft auf die größte Berufsgruppe der nicht medizinischen Gesundheitsdienste im Gesundheitswesen zu.

Der Kompetenzbereich des gehobenen Dienstes der Gesundheits- und Krankenpflege umfasst alle auf pflegerisch – wissenschaftlichen Erkenntnissen begründeten Tätigkeiten, die unmittelbar am Menschen oder mittelbar für den Menschen ausgeführt werden.

Das GuKG beschreibt das Berufsbild folgendermaßen:

„§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.“

Prävention und Förderung von Gesundheit bzw. Verhinderung von Krankheiten ist ein essentieller Bestandteil in der Gesundheits- und Krankenpflege und deren Ausbildung.

Weiters beinhaltet das Berufsbild die Pflege bei körperlichen und mentalen Erkrankungen, die Betreuung behinderter Personen aller Altersstufen und die Rehabilitation. Diese Tätigkeiten beinhalten die Mitarbeit bei diagnostischen und therapeutischen Verrichtungen auf ärztliche Anordnung. Die gesetzliche Verankerung der einzelnen Berufsbilder ist für die Praxis unumgänglich, um eine qualifizierte, medizinische und pflegerische Betreuung bieten zu können.²

²Vgl. Schwamberger H., Stand: 1. Jänner 2006, Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe, (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG), 4. Auflage, Verlag Österreich, Wien, GuKG § 11. (2) und (3).

2.1. Krankenpflegeausbildung in Österreich

2.1.1. Gesetzliche Grundlagen der Ausbildung

Die Ausbildung im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege wird nach dem Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (1997) und der Gesundheits- und Krankenpflege-Ausbildungsverordnung (Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales, 1999) geregelt und dauert 3 Jahre. Diese drei Jahre sind nicht an das Schulsystem in Österreich gebunden, sondern ein Ausbildungsjahr umfasst 12 Monate. Für jedes Ausbildungsjahr werden Ferien im Ausmaß von insgesamt acht Wochen festgesetzt.³

Die Ausbildung selbst wiederum gliedert sich in einen theoretischen und in einen praktischen Teil. An Theorie und Praxis sind mindestens 4 480 Stunden zu absolvieren.

Die theoretische Ausbildung in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege umfasst insgesamt mindestens 2000 Stunden. Im Rahmen der theoretischen Ausbildung sind die für die berufsmäßige Ausübung des Gesundheits- und Krankenpflegeberufes notwendigen Kenntnisse und Fertigkeiten zu vermitteln.⁴

Die praktische Ausbildung in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege umfasst insgesamt mindestens 2 480 Stunden und ist in Form von Praktika durchzuführen. Ein Praktikum hat mindestens 160 Stunden an einer Ausbildungseinrichtung zu umfassen. Die organisatorische und zeitliche Einteilung der Praktika ist von dem/der SchuldirektorIn festzulegen.⁵ Zu berücksichtigen ist, dass ein Praktikum nicht frühestens als zwei Monate nach Beginn der Ausbildung durchgeführt werden darf. Die theoretischen Lerninhalte sollen unter

³Vgl. Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich, 1999, Gesundheits- und Krankenpflege-Ausbildungsverordnung – GuK-AV, Teil II, 179. Verordnung, §9. (1) und (3).

⁴ Vgl. B Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich, 1999, Gesundheits- und Krankenpflege-Ausbildungsverordnung – GuK-AV, Teil II, 179. Verordnung, § 15. (1).

⁵Vgl. Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich, 1999, Gesundheits- und Krankenpflege-Ausbildungsverordnung – GuK-AV, Teil II, 179. Verordnung, § 18. (4).

Anleitung, Unterstützung und Kontrolle in die berufliche Praxis umgesetzt werden.⁶

Ein Praktikum am Krankenbett und im Operationssaal darf erst nach dem 17. vollendeten Lebensjahr und im Strahlenbereich erst nach dem 18. vollendeten Lebensjahr absolviert werden.⁷

2.1.2. Die theoretische Ausbildung

Die theoretische Ausbildung gliedert sich in Unterrichtsfächer mit Schwerpunkt der Gesundheits- und Krankenpflege, der Medizin und berufsspezifische Unterrichtseinheiten⁸:

Gesundheits-und Krankenpflege:	Medizin	Berufs-spezifischer Unterricht
Berufsethik und Berufskunde der Gesundheits- und Krankenpflege	Biologie, Anatomie, Physiologie	Berufs-spezifische Ergonomie und Körperarbeit
Grundlagen der Pflegewissenschaft und Pflegeforschung	Allgemeine und spezielle Pathologie, Diagnose und Therapie einschließlich komplementärmedizinische Methoden	Soziologie, Psychologie, Pädagogik und Sozialhygiene

⁶ Vgl. B Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich, 1999, Gesundheits- und Krankenpflege-Ausbildungsverordnung – GuK-AV, Teil II, 179. Verordnung GBl. II – Juni 1999 – Nr. 179 § 18. (5) und (6).

⁷ Schwamberger H., Stand: 1. Jänner 2006, Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe, (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG), 4. Auflage, Verlag Österreich, Wien, § 43 (3) und (4).

⁸ Vgl. Schwamberger H., Stand: 1. Jänner 2006, Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe, (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG), 4. Auflage, Verlag Österreich, Wien. Anlagen, Anlage 1, S. 347-352

Gesundheits- und Krankenpflege	Gerontologie, Geriatrie und Gerontopsychiatrie	Kommunikation, Konfliktbewältigung, Supervision und Kreativitätstraining
Pflege von alten Menschen	Pharmakologie	Strukturen und Einrichtungen des Gesundheitswesens, Organisationslehre
Palliativpflege	Erste Hilfe, Katastrophen- und Strahlenschutz	EDV, fachspezifische Informatik, Statistik und Dokumentation
Hauskrankenpflege		Berufsspezifische Rechtsgrundlagen
Ernährung, Kranken- und Diätkosten		Fach spezifisches Englisch
Gesundheitserziehung und –förderung		

Die Stundenanzahl variiert pro Ausbildungsjahr. Die genaue Aufschlüsselung des theoretischen Unterrichts ist aus dem Anhang zu entnehmen.

Außerdem ist noch zu erwähnen, dass der Unterricht als Frontalunterricht, als auch als Gruppenunterricht vollzogen wird. Teamfähigkeit und Sozialkompetenz, sowie die Eigenständigkeit und Eigenverantwortlichkeit, soll durch Gruppenarbeiten gefördert werden.

Im Alltag besteht die Pflege aus einem großen Teil des eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereichs und umfasst die eigenverantwortliche Diagnostik, Planung, Organisation, Durchführung und Kontrolle aller pflegerischen Maßnahmen im intra- und extramuralen Bereich. Ebenso die Gesundheitsförderung und Ge-

sundheitsberatung im Rahmen der Pflege, die Pflegeforschung, sowie die Durchführung administrativer Aufgaben im Rahmen der Pflege.⁹

Der Gruppenunterricht selbst, ist wiederum gesetzlich geregelt und muss nach bestimmten Prozentsätzen der jeweiligen Stundenzahl des betreffenden Unterrichtsfaches in Gruppen durchgeführt werden, wobei die Schüleranzahl nicht 18 Teilnehmer überschreiten darf.¹⁰

Der theoretische Unterricht soll eine grundlegende Basis bieten und ergänzend zur praktischen Ausbildung wirken, damit die SchülerInnen auf die komplexen Anforderungen des beruflichen Alltages vorbereitet werden.

2.1.3. Die praktische Ausbildung

Die praktische Ausbildung stellt einen wesentlichen Schwerpunkt dar. Sie umfasst mindestens 2 480 Stunden und ist inhaltlich gesetzlich verankert:

„ Im Rahmen der praktischen Ausbildung sind die theoretischen Lehrinhalte in die berufliche Praxis umzusetzen, wobei eine umfassende Anleitung, Unterstützung und Kontrolle der Schüler gewährleistet sein muss.“¹¹

„Im Rahmen der praktischen Ausbildung sind Schüler berechtigt,

1. Tätigkeiten des eigenverantwortlichen und interdisziplinären Tätigkeitsbereiches unter Anleitung und Aufsicht der Lehr- und Fachkräfte sowie
2. Tätigkeiten des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereiches nach Anordnung und unter Anleitung und Aufsicht eines Arztes oder nach Maßgabe des § 15

⁹Vgl. Schwamberger, GuKG, Verlag Österreich, 4. Auflage, Stand 1., § 14. (1)

¹⁰Vgl. Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich, 1999, Gesundheits- und Krankenpflege-Ausbildungsverordnung – GuK-AV, Teil II, 179. Verordnung, § 16. (3)

¹¹Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich, 1999, Gesundheits- und Krankenpflege-Ausbildungsverordnung – GuK-AV, Teil II, 179. Verordnung, § 18 (6)

Abs. 6 Z 2 eines Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege durchzuführen.“¹²

Die Tätigkeitsbereiche des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege umfassen eigenverantwortliche, mitverantwortliche und interdisziplinäre Tätigkeiten.¹³ Die praktische Ausbildung ist nach diesen Bereichen ausgerichtet. Um im späteren Berufsleben den geforderten Bereichen gerecht zu werden, hat die Eigenverantwortlichkeit in der Basisausbildung einen hohen Stellenwert. Die SchülerInnen sind aufgefordert die vorgegebenen Lernziele zu koordinieren, zu organisieren und durchzuführen.

Im Folgenden werden die drei Tätigkeitsschwerpunkte des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege und der Ausbildung kurz dargestellt.

2.1.4. Der eigenverantwortliche Tätigkeitsbereich

Der eigenverantwortliche Bereich umfasst:

1. „Erhebung der Pflegebedürfnisse und des Grades der Pflegeabhängigkeit des Patienten oder Klienten sowie Feststellung und Beurteilung der zur Deckung dieser Bedürfnisse zur Verfügung stehenden Ressourcen (Pflegeanamnese),
2. Feststellung der Pflegebedürfnisse (Pflegediagnose)
3. Planung der Pflege, Festlegung von pflegerischen Zielen und Entscheidung über zu treffende pflegerische Maßnahmen (Pflegeplanung)
4. Durchführung der Pflegemaßnahmen
5. Auswertung der Resultate der Pflegemaßnahmen (Pflegeevaluation)
6. Information über Krankheitsvorbeugung und Anwendung von gesundheitsfördernden Maßnahmen
7. Psychosoziale Betreuung

¹² Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich, Jahrgang 2004, ausgegeben am 16. Februar 2004 Teil I, 6. Bundesgesetz, GuKG – Novelle 2003, § 43 Abs.2

¹³ Vgl. Schwamberger, GuKG, Verlag Österreich, 4. Auflage, Stand 1. Jänner 2006, §13 (1)

8. Dokumentation des Pflegeprozesses
9. Organisation der Pflege
10. Anleitung und Überwachung des Hilfspersonals
11. Anleitung und Begleitung der Schüler im Rahmen der Ausbildung und
12. Mitwirkung an der Pflegeforschung¹⁴

Der Pflegeprozess ist ein wichtiger Bestandteil während der Ausbildung. Im ersten Jahr liegt der Schwerpunkt in der Informationssammlung. Das zweite Ausbildungsjahr fokussiert die Definitionen von Pflegemaßnahmen sowie der Pflegediagnosen. Der Schwerpunkt des Unterrichtes im dritten Jahrgang ist die Evaluation. Der Pflegeprozess begleitet die SchülerInnen durch alle angeleiteten Praktika. Ein angeleitetes Praktikum findet unter Anleitung eines Lehrers für Gesundheits- und Krankenpflege an einer Station statt.

2.1.5. Der mitverantwortliche Tätigkeitsbereich

Der mitverantwortliche Tätigkeitsbereich umfasst die Durchführung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen nach ärztlicher Anordnung. Der Arzt trägt dabei die Verantwortung über die Verordnung (Anordnungsverantwortung), das Gesundheits- und Krankenpflegepersonal über die Durchführung (Durchführungsverantwortung). Jede ärztliche Verordnung hat schriftlich zu erfolgen, die Mitglieder des gehobenen Dienstes der Gesundheits- und Krankenpflege müssen mittels einer Unterschrift nach erfolgter Durchführung bestätigt werden.¹⁵

Der mitverantwortliche Tätigkeitsbereich umfasst:

1. „Verabreichung von Arzneimitteln

¹⁴ Schwamberger H., Stand: 1. Jänner 2006, Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe, (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG), 4. Auflage, Verlag Österreich, Wien, §14. (2)

¹⁵ Vgl. Schwamberger, GuKG, Verlag Österreich, 4. Auflage, Stand 1. Jänner 2006, § 15. (1), (2), (3)

2. Vorbereitung und Verabreichung von subkutanen, intramuskulären und intravenösen Injektionen
3. Vorbereitung und Anschluss von Infusionen bei liegenden Gefäßzugang, ausgenommen Transfusionen
4. Blutentnahmen 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“¹⁶

Der mitverantwortliche Tätigkeitsbereich darf von den Mitgliedern des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege nach ärztlicher Anordnung an SchülerInnen übertragen werden. Diese Tätigkeiten dürfen unter Aufsicht einer/eines Gesundheits- und Krankenschwester/Pflegers von den Auszubildenden durchgeführt werden.¹⁷

2.1.6. Der interdisziplinäre Tätigkeitsbereich

Der interdisziplinäre Tätigkeitsbereich umfasst jene Bereiche, die sowohl die Gesundheits- und Krankenpflege als auch andere Berufe des Gesundheitswesens betreffen. Die Durchführungsverantwortung tritt auch hier in Kraft.

Der interdisziplinäre Tätigkeitsbereich umfasst:

1. „Mitwirkung bei Maßnahmen zur Verhütung von Krankheiten und Unfällen sowie zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit.
2. Vorbereitung der Patienten 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,

¹⁶Schwamberger, GuKG, Verlag Österreich, 4. Auflage, Stand 1. Jänner 2006, §15. (5)

¹⁷Vgl. Schwamberger, GuKG, Verlag Österreich, 4. Auflage, Stand 1. Jänner 2006, § 15 (6)

3. Gesundheitsberatung und

4. Beratung und Sorge für die Betreuung während und nach einer physischen oder psychischen Erkrankung.“¹⁸

In der Ausbildung hat Prävention und Gesundheitsförderung einen sehr großen Stellenwert. Das Entlassungsmanagement gewinnt zunehmende Bedeutung, um Schnittstellen besser überbrücken zu können. Die Beratung bekommt in der Praxis einen neuen Stellenwert. Der Trend geht in Richtung geplanter, professioneller Beratung an einem ruhigen Ort und sollte nicht mehr während einer Pflegetätigkeit stattfinden. Dennoch kann im Tätigkeitsnachweis der SchülerInnen kein entsprechendes Lernziel gefunden werden.

2.1.7. Der erweiterte und spezielle Tätigkeitsbereich

Der erweiterte und spezielle Tätigkeitsbereich umfasst die Ausübung von Spezial-, Lehr- oder Führungsaufgaben und unterliegen einer Sonderausbildung.¹⁹

Die praktische Ausbildung der Gesundheits- und Krankenpflege umfasst Praktika im Akutbereich bzw. Abteilungen in einer Krankenanstalt. Diese haben im operativen und im konservativen Bereich zu erfolgen.

Weitere Praktika müssen im Langzeitpflegebereich bzw. rehabilitativen Bereich, also in Einrichtungen mit stationärer Betreuung erfolgen.

Praxisstunden müssen auch in der Hauskrankenpflege, also in der extramuralen Pflege, Betreuung und Beratung absolviert werden.

Für alle diese Bereiche ist die Schule dafür verantwortlich, die Auszubildenden an die jeweiligen Praktikumsplätze zuzuteilen bzw. bereitzustellen. Ein Prakti-

¹⁸Schwamberger H., Stand: 1. Jänner 2006, Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe, (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG), 4. Auflage, Verlag Österreich, Wien, §16 (1), (2), (3)

¹⁹Vgl. Schwamberger H., Stand: 1. Jänner 2006, Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe, (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG), 4. Auflage, Verlag Österreich, Wien, §17

kum hat mindestens 160 Stunden an einer Ausbildungseinrichtung zu umfassen.

Im Curriculum der praktischen Ausbildung sind noch zusätzlich ein oder zwei Praktika nach „Wahl der Schule (DirektorIn)“ aus den jeweiligen Fachbereichen in den jeweiligen Ausbildungseinrichtungen vorgesehen. Dabei sind die zu erreichenden Ausbildungsziele, die zur Verfügung stehenden Praktikumsplätze und der laufende Ausbildungsbetrieb zu berücksichtigen. Aber auch Vorschläge des/der SchülerIn sind nach Möglichkeit in Betracht zu ziehen. Hier könnte die Schule einen eigenen Schwerpunkt der Ausbildung setzen.

Eine Möglichkeit wäre z.B.: Geriatrie – Langzeitpflege in das Leitbild der Schule aufzunehmen und durch die Praktika nach Wahl der Schule durchzuführen und zu verwirklichen.²⁰

Die praktische Ausbildung sieht auch ein „Praktikum nach Wahl des/der Schülers(in)“ in der Dauer von 200 Stunden vor. Es sind die gleichen Bedingungen zu berücksichtigen wie bei den Praktika nach Wahl der Schule.²¹

Das „diplombezogene Praktikum“ ist in vorgeschriebener Dauer von der Schule (DirektorIn) festzulegen. Dieses Praktikum ist frühestens fünf Monate vor Ende der Ausbildung und spätestens vor dem zweiten Termin der mündlichen Diplomprüfung anzusetzen. Es gelten nach wie vor die gleichen Bedingungen dafür wie bei allen Praktika bisher. Auch Vorschläge der SchülerInnen sind nach Möglichkeit zu berücksichtigen.²²

Die folgende Tabelle stellt einen guten Überblick der praktischen Ausbildung dar.

²⁰Vgl. Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich, 1999, Gesundheits- und Krankenpflege-Ausbildungsverordnung – GuK-AV, Teil II, 179. Verordnung, §18 - 19

²¹Vgl. Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich, 1999, Gesundheits- und Krankenpflege-Ausbildungsverordnung – GuK-AV, Teil II, 179. Verordnung, § 22

²²Vgl. Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich, 1999, Gesundheits- und Krankenpflege-Ausbildungsverordnung – GuK-AV, Teil II, 179. Verordnung, § 23

2.1.8. Die praktische Ausbildung-*tabellarische Darstellung*

Die praktische Ausbildung muss laut dem GuK-AV folgende Ausbildungseinrichtungen und Fachbereiche enthalten:

Ausbildungseinrichtung	Fachbereich	Stunden
1.Abteilungen einer Krankenanstalt	Akutpflege im operativen Fachbereich	600
2.Abteilungen einer Krankenanstalt	Akutpflege im konservativen Fachbereich	600
3.Einrichtungen, die der stationären Betreuung pflegebedürftiger Menschen dienen	Langzeitpflege/ rehabilitative Pflege	400
4.Einrichtungen, die Hauskrankenpflege, andere Gesundheitsdienste oder soziale Dienste anbieten	Extramurale Pflege, Betreuung und Beratung	160
5.Nach Wahl des Schülers	Wahlpraktikum	200
6.Nach Wahl der Schule: Abteilung 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
7.Nach Wahl der Schule	Diplomprüfungsbezogenes Praktikum	160
Gesamt:		2 480

Abschließend ist noch zu erwähnen, dass der „schulautonome Bereich“ auch in der praktischen Ausbildung liegen und als möglicher Schwerpunkt der Ausbildung definiert werden kann.

Schulautonomer Bereich:

Bereich	Sachgebiet/Fachbereich	Stunden	Art der Prüfung
Nach Wahl der Schule: Theoretische Ausbildung praktische Ausbildung	Nach Wahl der Schule: Vertiefender oder erweiternder Unterricht als schulautonomer Schwerpunkt	120 (40h/Jahr)	Teilnahme

23

Mindestens 2 von 100 des angeführten Stundenumfanges der praktischen Ausbildung sind von einem/einer LehrerIn für Gesundheits- und Krankenpflege anzuleiten und zu vermitteln. Während der angeleiteten Praktika dürfen höchstens vier Auszubildende gleichzeitig angeleitet werden.²⁴

Sie dürfen während der Praktika nur zu Tätigkeiten eingesetzt werden, die unmittelbar mit ihrer Ausbildung zu tun haben und die zur Erreichung der Ausbildungsziele erforderlich sind. Praktische Ausbildung während der Nachtzeit ist unter bestimmten Voraussetzungen und unter bestimmten Bedingungen, die im GuKG festgehalten sind, möglich.²⁵

²³Schwamberger H., Stand: 1. Jänner 2006, Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe, (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG), 4. Auflage, Verlag Österreich, Wien S. 353

²⁴Vgl. Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich, 1999, Gesundheits- und Krankenpflege-Ausbildungsverordnung – GuK-AV, Teil II, 179. Verordnung, § 19 (2) und (3)

²⁵Vgl. Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich, 1999, Gesundheits- und Krankenpflege-Ausbildungsverordnung – GuK-AV, Teil II, 179. Verordnung, §20

Diese Auswahl an Praktikumseinsätzen ermöglicht den Schülern²⁶ einen umfangreichen Einblick in das Berufsfeld. Die Schüler sind verpflichtet Aufzeichnungen über die durchgeführten Tätigkeiten zu führen. Diese sind von der betreffenden Lehr- oder Fachkraft zu bestätigen.²⁷

Hier kommt ein sogenannter „Praxiskatalog“ zum Einsatz!

²⁶Beinhaltet männliche und weibliche SchülerInnen und dient nur zur Vereinfachung

²⁷Vgl. Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich, 1999, Gesundheits- und Krankenpflege-Ausbildungsverordnung – GuK-AV, Teil II, 179. Verordnung, §19

3. Evaluation im Überblick

Evaluation ist der
Versuch, eine
Annahme durch Daten zu untermauern.“²⁸

L
U
A
T
I
O
N

²⁸ Mittelstädt Holger, Evaluation von Unterricht und Schule, Strategien und Praxistipps, Verlag an der Ruhr, 2006, S. 11

3.1. Was ist Evaluation?

Der Begriff „Evaluation“ erfreut sich heutzutage größter Beliebtheit und taucht in den unterschiedlichsten Zusammenhängen in jeder Berufsgruppe immer wieder auf. Aber der Begriff entstammt nicht aus dem 19. oder 20. Jahrhundert.

Schon Carol Weiss (1974: 19) hat in ihrem Werk darauf hingewiesen, dass Evaluation ein vieldeutiges Wort ist und die Bedeutungsvielfalt hat noch weiter zugenommen.

Doch Evaluation dürfte es schon seit Menschengedenken gegeben haben, zwar in einfacherer Form als heute, aber als Zweck der Kontrolle und zur Generierung von Erfahrungswissen. Ein bestimmtes Werkzeug lässt sich für anfallende Arbeiten leichter und präziser einsetzen als ein anderes. Dieses Beispiel zeigt den Grundgedanken der Evaluation auf.

Demnach stellt Evaluation in seiner allgemeinsten Form eine Bewertung oder Beurteilung eines Sachverhaltes oder Objektes auf der Basis von Informationen dar.

Das Wort „Evaluation“ kommt aus dem Lateinischen und besteht aus dem Wort „valor“ (Wert) und der Vorsilbe „e“ bzw. „ex“ (aus). Daraus ergibt sich: „einen Wert aus etwas ziehen“, also eine Bewertung vornehmen.²⁹

Es wird nicht nur eine Bewertung vorgenommen, sondern die Evaluation muss auch zielgerichtet sein.

„Evaluation ist die systematische Untersuchung des Nutzens oder Wertes eines Gegenstandes. (...)“

Die erzielten Ergebnisse, Schlussfolgerungen oder Empfehlungen müssen nachvollziehbar und auf empirisch gewonnenen, qualitativen bzw. quantitativen Daten beruhen.“³⁰

²⁹ Stockmann Reinhard, Sozialwissenschaftliche Evaluationsforschung, Handbuch zur Evaluation – eine praktische Anleitung, Waxmann Verlag GmbH, Münster 2007, ISBN: 978-3-8309-1766-3

³⁰ Deutsche Gesellschaft für Evaluation, Standards für Evaluation, Alfter, 2004, ISBN 3-00-009022-3, S. 10

Evaluation umfasst eine Fülle von Bedeutungsmöglichkeiten und Vorgehensweisen, daher gibt es auch eine Vielzahl von Definitionsversuchen. Manchmal wird auf die Unterscheidung von Evaluation und Evaluationsforschung großen Wert gelegt. Um die Unterschiedlichkeit noch deutlicher hervorzuheben, werden einige Definitionen dargestellt.

Eine sehr einfache Definition geht von Scriven (1991) aus, der unter Evaluation die jegliche Festlegung des Wertes einer Sache versteht und so die Evaluation als Alltagsbewertung ohne Wissenschaft definiert. Er lässt jegliche Gegenstände und auch deren Methoden offen.

Einen weitgehenden genaueren Einblick gibt die Definition von Donna Mertens (1998: 219) :“Evaluation is the systematic investigation of the merit or worth of an object (program) for the purpose of reducing uncertainty in decision making.“

Eine ebenfalls akzeptierte Begriffsbestimmung ist die von Peter Rossi und Howard Freeman (1998:3): “als systematische Anwendung sozialwissenschaftlicher Forschungsmethoden zur Beurteilung der Konzeption, Ausgestaltung, Umsetzung und des Nutzens sozialer Interventionsprogramme. Evaluationsforschung bezeichnet den gezielten Einsatz sozialwissenschaftlicher Forschungsmethoden zur Verbesserung der Planung und laufenden Überwachung sowie zur Bestimmung der Effektivität und Effizienz von (...) sozialen Interventionsmaßnahmen.“

Rossi und Freeman (1993) definierten Evaluationsforschung als systematische Anwendung empirischer Forschungsmethoden zur Bewertung des Konzeptes, des Untersuchungsplanes, der Implementierung und der Wirksamkeit sozialer Interventionsprogramme und verstehen unter Evaluationsforschung eine wissenschaftlich fundierte, empirische und hypothesengerichtete Forschung unter systematischer Anwendung sozialwissenschaftlicher Forschungsmethoden. Es handle sich nur dann um Evaluationsforschung, wenn empirische Forschungsmethoden bei der Bewertung berücksichtigt werden.

Sinngemäße Definitionen finden sich auch zum Beispiel bei Wittmann (1985: 17) sowie auch bei Wottawa und Thierau (1998: 9)

Nach Wottawa und Thierau hat Evaluation schon in vielen gesellschaftlichen Bereichen an Bedeutung gewonnen. Als verwandte Begriffe nennen sie die Erfolgskontrolle, Effizienzforschung, Begleitforschung, Bewertungsforschung, Wirkungskontrolle und Qualitätskontrolle, die in verschiedenen sozialen Kontexten teilweise synonym verwendet werden.

Von Wottawa und Thierau gibt es keine wirkliche Definition, sondern sie versuchen Evaluation anhand von Kriterien zu beschreiben, wobei sie Evaluation als eine Bewertung von Handlungsalternativen verstehen, die zielgerichtet und zweckorientiert ist und die sich an Forschungsmethoden und wissenschaftlichen Techniken anpasst. Und als letztes Kriterium einer wissenschaftlichen Evaluation werden die empirischen Daten genannt.³¹

Aus diesen Überlegungen wird sehr schnell deutlich, dass es bei einer Evaluation sehr darauf ankommt, *wer was anhand welcher Kriterien wie* evaluiert!

Wichtig dabei ist, dass Evaluation unter professionellen, wissenschaftlichen Kriterien, unter Berücksichtigung fachlicher Standards, von qualifizierten Personen durchgeführt wird, um sich von der Alltagsevaluation zu unterscheiden. Ansonsten stellt eine Evaluation viele Gefahrenquellen dar. Denn es werden Bewertungen und Beurteilungen getroffen, die enorme Folgen nach sich ziehen können.

³¹Vgl. Steiner M. J., Evaluation der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung am LKH – Univ. Klinikum Graz, Diplomarbeit, Wien, Mai 2002, S. 23 - 28

Eine wissenschaftlich oder professionell durchgeführte Evaluation zeichnet sich dadurch aus, dass

- „sie auf einen klar definierten Gegenstand (z. B.: Projekte, Programme, Organisationen, Personen, Prozesse, Produkte,...) bezogen sind,
- sie von dafür besonders befähigten Personen (Experten) durchgeführt wird,
- die Bewertung anhand explizit auf den zu evaluierenden Sachverhalt und anhand präzise festgelegter und offen gelegter Kriterien vorgenommen wird und
- für die Informationsgenerierung objektivierende empirische Datenerhebungsmethoden sowie
- für die Informationsbewertung systematisch vergleichende Verfahren herangezogen werden.“³²

Ein großer Schwerpunkt in der Evaluation ist die Zielsetzung. Darunter wird das Implementieren und Umsetzen von zielgerichteten Verfahrensweisen verstanden, um eine Fragestellung aus einer Aussage von der Gesamtheit des Evaluationsprozesses ableiten zu können.

³² Stockmann Reinhard, Sozialwissenschaftliche Evaluationsforschung, Handbuch zur Evaluation – eine praktische Anleitung, Waxmann Verlag GmbH, Münster 2007, S. 27

Daraus folgen 3 Zielsetzungen:

- a) Zustandsevaluation
- b) Veränderungsevaluation
- c) Wirksamkeitsevaluation

Bei der Zustandsevaluation werden alle Eigenschaften, die den Evaluationsgegenstand betreffen, ermittelt. Die Veränderungsevaluation beschreibt den prozesshaften Verlauf, der wiederum einer genauen Analyse unterliegt.

Beim Wirkungsverlauf geht es ebenfalls um den Zustand des Forschungsobjektes wie bei der Veränderungsevaluation mit dem Unterschied, dass sich das Interesse auf die Folgen fokussiert.³³

3.2. Evaluationsstandards

In nahezu allen professionellen Berufs- und Arbeitsfeldern gibt es Standards und ethische Richtlinien bzw. Normen. Sie sollen die Qualität einer Tätigkeit oder Dienstleistung sicherstellen. Darüber hinaus machen Standards die Tätigkeit des Gesundheits- und Krankenpflegepersonales gegenüber den Klienten transparent.

Die historische Entwicklung der Evaluation geht zurück bis 1930. USA – Roosevelt etablierte New Deal; es gab ein soziales Programm der Regierung gegen die Arbeitslosigkeit. Hier wurde der Vorschlag gemacht, dieses Programm zu evaluieren.

1957 wurde in Folge des „Sputnikschocks“ durch die Initiative von John F. Kennedy viele Millionen Dollar dem Schulwesen zur Verbesserung von Lehr- und Lernmethoden zugewiesen. Diese Auswirkungen wurden evaluiert.

1969 wurden von der Community Mental Health Centre 1% der Programmmittel für Evaluation ausgegeben.

³³Vgl. Gollwitzer Mario, Jäger S. Reinhold, Evaluation – Work Book, Beltz Verlag, Weinheim Basel, 1. Auflage, 2007, S. 23 - 25

1981 – 1982 erfolgte die Etablierung von „Standards for Evaluations of Educational Programs, Projects and Materials of the Joint Committee on Standards for Educational Evaluation.“ JCS und die erste Veröffentlichung der Evaluationsstandards für den erziehungswissenschaftlichen Bereich fanden im Laufe der Jahre in immer mehr Themenfelder ihre Anwendung.

1994 wurden diese Standards noch einmal überarbeitet mit dem Titel „The Program Evaluation Standards“.³⁴ Im deutschen Sprachraum blieben sie jedoch lange Zeit eher unbeachtet, bis zur Gründung der „Deutschen Gesellschaft für Evaluation (DeGEval 1997).

Nach der Auffassung der DeGEval soll eine professionelle Evaluation vier grundlegende Eigenschaften aufweisen:

- 1) „Nützlichkeit
- 2) Durchführbarkeit
- 3) Fairness und
- 4) Genauigkeit“³⁵

³⁴Vgl. Beywl W., (Red.), 2004, Deutsche Gesellschaft für Evaluation, Standards für Evaluation/Deutsche Gesellschaft für Evaluation, 3., durchges. Drucklauf, S. 41 - 49

³⁵ Gollwitzer Mario, Jäger S. Reinhold, Evaluation – Work Book, Beltz Verlag, Weinheim Basel, 1. Auflage, 2007, S. 29

1) Nützlichkeitsstandards

Die Gruppe der Beteiligten müssen ermittelt werden, damit auf ihre Anforderungen und Bedürfnisse eingegangen werden kann. Der Evaluationszweck muss deutlich bestimmt werden und klar ersichtlich sein. Die Glaubwürdigkeit gehört zu den wichtigsten Voraussetzungen und bietet die Grundlage zur späteren Akzeptanz von Evaluationsergebnissen. Der Umfang und die Auswahl von Informationen muss sorgfältig erfasst werden und sollten breit gefächert sein. Die Transparenz von Werten muss klar ersichtlich, vollständig und nachvollziehbar sein. Ausschlaggebend sind auch der zeitliche Rahmen des Projektes sowie der daraus folgende Nutzen der Evaluation.

2) Durchführbarkeitsstandards

Diese Standards sollen sicherstellen, dass eine Evaluation möglichst realistisch, gut durchdacht, diplomatisch durchgeführt und kostenbewusst angelegt wird.

Die angewendeten Verfahren sollen praktisch durchführbar sein und im Verhältnis Kosten / Nutzen stehen. Ein diplomatisches Vorgehen ist dabei wichtig, damit eine hohe Akzeptanz erreicht werden kann.

3) Fairnessstandards

Diese Standards sollen sicherstellen, dass rechtlich und ethisch korrekt mit allen Beteiligten und Betroffenen umgegangen wird. Formale Vereinbarungen sind schriftlich zu fixieren. Sicherheit, Würde und Rechte der Beteiligten und Betroffenen sind zu schützen. Stärken und Schwächen des Evaluationsgegenstandes sind möglichst vollständig, objektiv und fair zu überprüfen und jegliche unterschiedlichen Sichtweisen sind dabei zu berücksichtigen. Die Ergebnisse sollen gegenüber allen Beteiligten nach bestem Wissen und Gewissen zugänglich gemacht werden.

4) Genauigkeitsstandards

Genauigkeitsstandards sollen die Verfügbarkeit der Informationen für den entsprechenden Evaluationsgegenstand und die Fragestellung bereitstellen.

Es muss eine eindeutige Identifikation des Evaluationsgegenstandes gegeben sein. Der Zweck, die Fragestellungen und das Vorgehen müssen nachvollziehbar sein und dokumentiert werden. Die Informationsquellen sind anzugeben und müssen reliabel und valide sein. Die Daten unterliegen einer systematischen Prüfung und werden somit kontrolliert. Ergebnisse einer Evaluation sollen begründet werden, damit sie von Beteiligten und Betroffenen eingeschätzt werden können.³⁶

³⁶Vgl. Gollwitzer Mario, Jäger S. Reinhold, Evaluation – Work Book, Beltz Verlag, Weinheim Basel, 1. Auflage, 2007, S. 29 -31

3.3. Evaluationsmodelle

Durch die Gütekriterien wird deutlich, dass Evaluationsforschung nicht ohne Evaluationsmodelle oder – theorien auskommt. Evaluationsmodelle sind Instrumente zur Steuerung. Ein Vertreter der methodischen und methodologischen Orientierung ist Tyler (1949), der wesentliche Beiträge zur Curriculumforschung und zur Programmevaluation geleistet hat. In seinem Buch „Basic Principles of Curriculum and Instruction“ beschreibt er das Problem der Zielfrage der Evaluationsforschung.

Seiner Meinung nach sollte die Evaluation im Bildungsbereich folgendermaßen vollzogen werden:

- a) „Formulierung allgemeiner Ziele
- b) Klassifikation der Ziele
- c) Beschreibung dieser Ziele durch geeignete Verhaltenskategorien
- d) Identifikation von Situationen und Bedingungen, in denen das fragliche Verhalten gezeigt werden kann
- e) Auswahl oder Entwicklung von wissenschaftlichen Messmethoden zur Überprüfung der Wirkung
- f) Datengewinnung und
- g) Vergleich zwischen den empirischen Ergebnissen mit den zuvor definierten Zielen.“³⁷

³⁷Gollwitzer Mario, Jäger S. Reinhold, Evaluation – Work Book, Beltz Verlag, Weinheim Basel, 1. Auflage, 2007, S. 32

3.3.1. Bewertungsorientierte Ansätze

Als Vertreter der bewertungsorientierten Ansätze werden Owens (1973) und Wolf (1975) genannt. Beide haben unabhängig ähnliche theoretische Positionen entwickelt. Es werden bei einer allgemeinen Evaluationsfragestellung zwei Parteien gebildet. Die der Betroffenen und die der Beteiligten. Es werden die Evaluationsexperten zu einer Sache befragt. Die Methoden der sachlichen Auseinandersetzung sind festgelegt.

Die wichtigsten Fragen sind:

- 1) Welches sind die besten Ziele?
- 2) Wie kann das Evaluationsdesign optimal entwickelt werden?
- 3) Wie ist ein bestimmtes Ergebnis zu interpretieren?

Innerhalb des bewertungsorientierten Ansatzes haben die Aspekte der Bewertungsmaßstäbe und die Bewertung von Ergebnissen eine besondere Bedeutung. Die Bewertung von Ergebnissen bezieht sich auf die Schlussfolgerungen, die aus der bereits vollzogenen Evaluation gezogen werden können.³⁸

³⁸Vgl. Gollwitzer Mario, Jäger S. Reinhold, Evaluation – Work Book, Beltz Verlag, Weinheim Basel, 1. Auflage, 2007, S. 33 - 34

3.3.2. Nutzungsorientierte Ansätze

Als ein Vertreter des nutzungsorientierten Ansatzes wird Kirkpatrick (1987) genannt, der sich darüber Gedanken gemacht hat, welchen Zwecken unterschiedlichen Arten von Ergebnissen dienen. Er unterscheidet dabei vier Ebenen. Die Reaktionsebene, die Ebene des Lernerfolges, die Verhaltensebene und die Ebene objektiver Endergebnisse.

Dieses Modell von Kirkpatrick wird von Schenkel (2000) erweitert und ergänzt. Er fügt noch die Produktebene und die Mehrwertebene hinzu. Die Produktebene wird noch vor der Reaktionsebene eingereiht. Die Mehrwertebene beschreibt den Nutzenfaktor. Wie wirkt sich die Intervention langfristig pädagogisch oder psychologisch aus?

Diese Tabelle stellt die beiden Modelle gegenüber:³⁹

KIRKPATRICK (1987)	SCHENKEL (2000)
	Produktebene: Wie bewerten Experten Bildungsmaßnahmen?
Reaktionsebene	Wie reagieren die Lernenden auf die Bildungsmaßnahme?
Ebene des Lernerfolges	Fand eine Verbesserung der Kenntnisse und Fähigkeiten der Lernenden statt?
Verhaltensebene	Hat sich das Verhalten der Lernenden am Arbeitsplatz verändert?
Ebene objektiver Endergebnisse	Welche Ergebnisse erzielen die Bildungsmaßnahmen insgesamt?
	Mehrwertebene: Wie ist die Bildungsmaßnahme zu beurteilen?

³⁹Gollwitzer Mario, Jäger S. Reinhold, Evaluation – Work Book, Beltz Verlag, Weinheim Basel, 1. Auflage, 2007, S. 35

Jede Ebene gibt die Möglichkeit eines Feedbacks und deutet auf eine formative Evaluation hin. Die formative Evaluation dient im Wesentlichen der Verbesserung und Optimierung des Programmes unter den vorgesehenen Praxisbedingungen. Durch bewusstes Eingreifen in eine Ebene kann die Evaluation modifiziert und somit eine Weiterentwicklung erreicht werden. Im Gegensatz zur summativen Evaluation. Diese beschreibt die Effektivität eines Programms und die optimalen Ergebnisse.

Im Nachfolgenden werden die zusammengefassten chronologischen Schritte und Aufgaben einer idealtypischen Programmevaluation beschrieben:

- Klärung von Zielen und Fragestellungen der Evaluation sowie Überlegungen zu den Standards: Dieser Schritt befasst sich mit der Zielsetzung, die nicht immer deutlich formuliert ist. Das Erhebungsdesign muss auf die Fragestellung abgestimmt werden.
- Planung der Evaluation, Entscheidung für ein Erhebungsinstrument unter der Berücksichtigung von Gütekriterien sowie Auswahl der Teilnehmer: Es müssen Gespräche mit allen Beteiligten geführt werden, um Ziele und eventuelle Probleme abklären zu können. Die wichtigsten Fragen in diesem Zusammenhang sind z. B.: Wer wird berücksichtigt? Wie viele Personen nehmen teil? Unter Berücksichtigung der Gütekriterien wird ein geeignetes Versuchsdesign festgelegt.
- Datenerhebung unter Ausschaltung der Störeinflüsse: Es gibt unterschiedliche Möglichkeiten der Datenerhebung (Fragebögen, Interviews, Beobachtungen,...). Störeinflüsse müssen dabei so gut es geht ausgeschaltet werden. Eine gut geplante Messung wird sich als valide und reliabel herausstellen.
- Datenanalyse und Verfassung des Evaluationsberichtes: Die Daten werden nach der Kontrolle den statistischen Analysen und Methoden unterzogen. Die Ergebnisse sollen die Ziele bestätigen oder widerlegen. Als Abschluss dient der Evaluationsbericht, der sich auch an die Zielgruppe richten soll.
- Bewertung des Evaluationsprojektes: Abschließend wird eine Bewertung der durchgeführten Evaluation vorgenommen. Dies beinhaltet die Beurteilung

der eigenen Evaluationsdurchführung sowie deren Ergebnisse. Dieser Schritt wird auch als Qualitätsstandard gefordert.⁴⁰

4. Evaluation von Curricula

4.1. Gegenüberstellung Curricula 1998 – Curricula 2003

Die professionelle Pflege unterliegt ständig Veränderungen und Erneuerungen. Die gesetzlichen Abänderungen des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes führten zu einer Weiterentwicklung und Neuorientierung in der Ausbildung von Gesundheits- und Krankenpflegepersonals.

Der Begriff „Curriculum“ kommt aus dem Lateinischen und heißt übersetzt Zeitabschnitt, Ablauf in der Zeit, Wettlauf oder Laufbahn bzw. auch Lebenslauf – „Curriculum Vitae“. Schon im 16. Jahrhundert bedeutete „Curriculum“ des sich jährlich wiederholenden Unterrichts. Die Hauptfunktion von Lehrplänen liegt im Festlegen von Lehr- und Lerninhalten für den Unterricht. Ziel ist es wohl, Ausbildungsinhalte besser zu vernetzen und den Focus in der Ausbildung auf die Eigenständigkeit der Pflege und den Pflegeprozess zu richten. Gemäß des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes sieht das „offene Curriculum“ fächerübergreifende Unterrichtseinheiten vor, die themengebunden miteinander vernetzt sind. Die „Offenheit“ des Curriculums bezieht sich auf die Situationsbedingungen der am Unterricht Beteiligten. Für LehrerInnen und auch für die Auszubildenden stellt sich ein Gestaltungsspielraum für den jeweiligen Unterricht dar. Auf die Thematik „offenes Curriculum“ wird in der Zusammenfassung noch einmal diskutiert.

Der Aufbau ist demgemäß durchgehend fächerübergreifend strukturiert und beinhaltet Querverweise. Neben den Bildungszielen und Lerninhalten werden auch deren Organisation, Methodik und auch letztendlich eine Evaluation berücksichtigt.⁴¹

Ein Curriculum an sich ist nie wirklich „fertig gestellt“ und unterliegt durch die Anpassung an die Berufspraxis ständig neuen Veränderungen.

⁴⁰ Vgl. Wottawa, H. & Thierau, H., Lehrbuch Evaluation. 2., vollst. Überarb. Und aktualisierte Auflage. Bern: Hans Huber, 1998, S. 37

⁴¹ Vgl. Hofmann Renate (Hrsg.), Handbuch Praxisanleitung, Eine Einführung für Praxisanleiter und PraxisanleiterInnen im Gesundheits- und Krankenpflegebereich, 1. Auflage 2008, S. 37 - 39

Basis und Ausgangspunkt für das „Curriculum alt“ (1998) waren das Bundesgesetz für den gehobenen Dienst in Gesundheits- und Krankenpflege sowie das Berufsbild und die einzelnen Tätigkeitsbereiche. Für das „Curriculum neu“ wurden zusätzlich noch die Vorgaben und Empfehlungen der Europäischen Kommission hinzugezogen.

Die Philosophie des „alten“ Curriculum geht von einem Gesundheitsverständnis vom Gesunden zum Kranken aus und orientiert sich an dem bedürfnisorientierten Pflegemodell nach Roper. Die Lehrinhalte sind besonders im ersten Ausbildungsjahr nach den Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) strukturiert. Ein wichtiger Bestandteil stellt das Stufenmodell des ÖBIG-Redaktionsteams, auf Basis des „Aarauer Modells“ (1996) und des Modells von Benner (1997), dar. Dieses Modell berücksichtigt nicht nur den Grundgedanken „vom Gesunden zum Kranken“, sondern auch vom „Einfachen zum Komplexen“ bzw. „Struktur vor Detail“.

Der Pflegeprozess als professionelle Problemlösungsmethode nimmt eine wichtige Rolle im Curriculum „alt“ ein.

Die Ziele der theoretischen und auch der praktischen Ausbildung sind zuerst in ihrer Definition relativ offen formuliert und auf die jeweiligen Ausbildungsjahrgänge abgestimmt. Die genaueren Zieldefinitionen können innerhalb der jeweiligen Unterrichtsfächer gefunden werden. Hier gliedern sie sich zur zusätzlichen Zielbeschreibung noch in Themenschwerpunkt, empfohlene Unterrichtseinheiten und abschließende Querverweise. Klare Vorgaben der Prüfungsmodi sind vorgegeben. Auffallend ist, wenn man die einzelnen Unterrichtsgegenstände gegenüberstellt, dass das Fach „Grundlagen der Pflegewissenschaft und Forschung“ besonders detailliert in Makroziele, Mesoziele und Mikroziele dargestellt wurde. Dabei wurde eigens auf die Zielerreichung eingegangen. Didaktische Hinweise sind im „alten“ Curriculum nicht zu finden, mit Ausnahme des Faches „Kommunikation, Konfliktbewältigung, Supervision und Kreativitätstraining“. Hier werden didaktische Ansätze angegeben und nochmals auf den Grundgedanken des Curriculums „Struktur vor Detail“ hingewiesen.⁴²

Wie das „neue“ Curriculum zeigt, bedarf es einer regelmäßigen Evaluation, um den heutigen Anforderungen gerecht zu werden. Im Curriculum „neu“ – 2003

⁴²Vgl. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, Offenes Curriculum – allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege, Ausbildung, Wien, Juni 1998

wurde die Darstellung der einzelnen Unterrichtsgegenstände verbessert. Es werden Grobziele, Themenschwerpunkte und Querverweise übersichtlich dargestellt. Besonders der Punkt „didaktischer Kommentar“ kann für die Unterrichtsgestaltung sehr hilfreich sein und zeigt einen Versuch zur Vereinheitlichung von Literatur in den einzelnen Schulen.

Im Gegensatz zum „alten“ Curriculum, welches sich auf das Pflegemodell nach Roper bezieht, geht das „neue“ Curriculum auf keine bestimmte Theorie ein, sondern orientiert sich an Theorien mit abgeleiteten Begriffserklärungen und Schlüsselbegriffen.

Schlüsselbegriffe könnten einen bildungstheoretischen Bezug auf Wolfgang Klafki zulassen. Er orientierte sich bei der Entwicklung seines didaktischen Modells am Schulunterricht und hält an der kritisch-konstruktiven Didaktik fest. Wobei „kritisch“ gemeint ist, dass die schulische und gesellschaftliche Wirklichkeit so einwirkt, dass Selbstbestimmung, Mitbestimmung und Solidarität gefördert wird. „Konstruktiv“ weist auf eine entwickelte Unterrichts-Utopie, die erst mal nicht an bestehende institutionelle Rahmenbedingungen und Lehrpläne angepasst sein muss. Klafki beruft sich dabei unter anderem auf Rousseau, Herder und Hegel; Bildung an sich wird als ein Hervorbringen innerlicher, eigener Kräfte verstanden, die zur individuellen Wesensverwirklichung führt.⁴³

Das Curriculum „neu“ ist nicht nach den ATL´s gegliedert, sondern nach den Dimensionen des pflegerischen Handelns.

Die Anzahl der Praktikumsstunden reduzierte sich. Neben der Schaffung eines schulautonomen Bereiches erhöhte sich die Anzahl der Theoriestunden.

Erstmals wird versucht, die praktische Ausbildung in das Curricula aufzunehmen, um eine Verbindung zwischen Theorie und Praxis herzustellen. Die gesetzlich geforderte Dokumentationsform über die praktische Ausbildung wurde als „Praxiskatalog“ definiert, der die Fähigkeiten, Fertigkeiten, Qualifikationen und Kompetenzen beschreiben soll und am Ende der Ausbildung nachzuweisen sind. Die Strukturierung erscheint übersichtlich. Anders bei den Querverweisen, die auf den ersten Blick nicht sehr konkret erkenntlich sind.⁴⁴

⁴³Klafki Wolfgang, Die bildungstheoretische Didaktik im Sinne kritisch-konstruktiver Didaktik, www.moloko.de/didaktiker/klafki.html, 16. Juni 2008

⁴⁴ Vgl. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, Offenes Curriculum – allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege, Ausbildung, Wien, November 2003

Offen bleiben die aus der Praxis ergebende Problematik der Gestaltung von angeleiteten Praktika und insbesondere die Inhaltspunkte der praktischen Diplomprüfung. Auch in diesen Bereichen der Ausbildung wäre eine Tendenz zur Vereinheitlichung notwendig. Eine mögliche Definition bleibt den einzelnen Schulen frei, diese in eine „Schulordnung“ zu verfassen, um zumindest schulinterne Normen zwischen LehrerInnen für Gesundheits- und Krankenpflege und SchülerInnen zu generalisieren.

Auch andere Curricula wie zum Beispiel das „Hessische Curriculum“ geht nicht sehr konkret auf die praktische Ausbildung ein. Es ist ebenfalls offen bzw. nicht festgelegt und kombiniert mit der Theorie, wobei eine Aufgabenteilung zwischen Pflegepädagogen und Praxisanleitern erfolgt.⁴⁵

Ein weiteres Problem stellt sich in der Praxis dar, dass das offene Curriculum keine aufbauenden Lernsituationen verlangt. Es stellt keine Forderungen bezüglich Jahrgang und Stationszuteilung. Hier können Theorie und Praxis völlig von einander getrennt sein. Zum Beispiel darf ein(e) Schüler(in) auf einer Chirurgie Praktikum absolvieren, ohne vorher an der Theorie teilgenommen zu haben. Es ist aber auch umgekehrt möglich. SchülerInnen nehmen an der Theorie teil und haben bereits vorher zu diesem Lernziel das Praktikum schon abgeschlossen. Diese Schnittstelle wird vom Curriculum nicht eingefordert. Dadurch stellt sich für die SchülerInnen ein völlig durcheinander gewürfeltes, unkoordiniertes Ausbildungsprogramm dar und lässt eine noch größere Spalte zwischen Theorie und Praxis entstehen. Dies verhält sich konträr im Sinne der „Ganzheitlichkeit“.

Im Ausbildungsprogramm sollte Theorie und Praxis miteinander verbunden werden. Dazu ist es notwendig die beiden Begriffe zu klären.

„Theorie ist das Denken, das Verstehen, das Reflektieren der Wirklichkeit während die Praxis das Handeln, das Tun, in einer konkreten Situation darstellt.“⁴⁶

⁴⁵ Vgl. Hahn S., Evaluation der Lernsoftware, Vorstellung des Hessischen Curriculum, Projektarbeit im Rahmen des fachdidaktischen Hauptseminars, Humboldt – Universität zu Berlin, Medizinische Fakultät, Berlin 26. 05. 2002, S. 5 - 6

⁴⁶ Hofmann Renate (Hrsg.), Handbuch Praxisanleitung, Eine Einführung für Praxisanleiter und PraxisanleiterInnen im Gesundheits- und Krankenpflegebereich, 1. Auflage 2008, S. 45

In der theoretischen Ausbildung erfährt der /die SchülerIn einen theoriegeleiteten Umgang mit PatientenInnen, der in der Praxis oftmals nicht immer nachvollziehbar ist.

Für die Praxis ist theoretisches Wissen eine Grundvoraussetzung und macht praktisches Handeln erst möglich.⁴⁷

Erwähnenswert ist, dass das neue Curriculum näher auf didaktische Grundsätze eingeht und auch auf klassische Lerntheorien zurückgreift.

4.2. Zusammenfassung

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen wurde in den Jahren 1998 bis 2003 ein neues Curricula für die Gesundheits- und Krankenpflege entwickelt. Es wird betont, dass ein Curriculum nie wirklich fertig gestellt sein kann und immer einer Evaluation unterliegt. Das Konzept des „offenen Curriculum“ wurde beibehalten, um den Anforderungen in der Praxis zu entsprechen bzw. entgegenzukommen. Zu klären ist, ob der Begriff „Offenheit“ nicht ein unmittelbarer Widerspruch zum Begriff „Vereinheitlichung“ ist. Die Offenheit bezieht sich hier auf die Situationsbedingungen der am Unterricht Beteiligten. Die einzelnen Themen des Unterrichtes haben Empfehlungscharakter. Die Methodik wurde im didaktischen Kommentar der einzelnen Unterrichtsfächer verankert. Es wurden Grobziele festgelegt. Die Feinzielabstimmung erfolgt durch die LehrerInnen und Lernenden. Die Struktur des Curriculums wurde keinem Pflegemodell angepasst. Pflege-theorien sollen laut dem Curriculum im Unterricht herangezogen werden, um „Pflege denken zu lernen“.

Wesentliche Schwerpunkte stellen der Pflegeprozess, die praktische Ausbildung und der Praxiskatalog dar.

⁴⁷Vgl. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, Offenes Curriculum – allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege, Ausbildung, Wien, November 2003, S. 17

5. Ausbildung der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe in Europa

Die Europäisierung der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung erweist sich aufgrund der unterschiedlichen Curricula und Ausbildungsziele als sehr schwierig; ebenso die Literaturrecherche zu diesem Thema. Es gibt kaum Unterlagen, die verlässlich die Ausbildung einzelner europäischer Länder belegen. Viele Quellen weisen auf den Autor H. Rindermann hin, diese sind jedoch auf keinem Wege mehr erhältlich. Einen wesentlichen Hinweis gibt es auf der Internetseite der WHO auf die Autorin Margarete Landenberger. In ihrem Buch stellt sie die Ausbildungssysteme der Gesundheits- und Krankenpflege in Deutschland, Großbritannien, Niederlanden und Österreich gegenüber. Man könnte auch in diesem Fall absichtlich „vergleichen“ verwenden, denn jedes Land möchte sich doch in irgendwelcher Form in der EU positionieren.

Aus historischer Sicht für die Pflegeausbildung gilt als wichtigster Meilenstein das „Europäische Übereinkommen“ von 1967. Dies behandelt die schulischen Zugangsvoraussetzungen, Dauer und Planung der Ausbildung, Ausbildungsinhalte, Theorie – Praxis – Verhältnis sowie die Schulorganisation. Die WHO spricht sich für die Vereinheitlichung eindeutig aus und zwar im Interesse der Pflege des Menschen in seiner Gesamtheit und der Förderung bzw. Erhaltung der Gesundheit. 1987 gibt die WHO in dem Konzept „people`s needs for nursing care“ die vier Schritte des Pflegeprozesses zur Orientierung für qualitative und quantitative, didaktische und professionelle, pflegerische Handlungen vor. 1988 veröffentlicht die WHO in Wien grundlegende Gesundheitsziele: „Diese beschreiben den zukünftigen Auftrag der beruflichen Pflege im Sinne der Gesundheitsförderung und Gesundheitserhaltung, der Vermeidung von Krankheit, des Pflegens während der Krankheit und Rehabilitation unter Berücksichtigung körperlicher, psychischer und sozialer Aspekte des Lebens.“⁴⁸

⁴⁸Landenberger M. et al., Ausbildung der Pflegeberufe in Europa, Vergleichende Analyse und Vorbilder für eine Weiterentwicklung in Deutschland, Schönlank Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG., 2005, S. 18

Alle Mitglieder sind aufgefordert, die Bedürfnisse des Pflegewesens zu identifizieren; die Rolle, Qualifikation und Arbeitsfelder der professionellen Pflege zu bewerten. Eine wesentliche Forderung stellt dabei das Zugangsniveau der Ausbildung dar. Die WHO vertritt die Position, dass die Pflegeausbildung nach der Sekundarstufe II im Hochschulbereich festzulegen ist. Diese Forderung kann jedoch nicht jedes Land in der EU nachkommen. Es gab in den 70iger Jahren europäische Standards, die zu Ausbildungsverbesserungen geführt haben. In den 90iger Jahren gab es jedoch wiederum einzelne Ausbildungsreformen, die zu den heutigen unterschiedlichen Zugangsvoraussetzungen, Ausbildungsdauer und Ausbildungsniveaus in der EU führten, obwohl man die Pflegeausbildung vergleichbar zu gestalten versuchte z.B.: durch ein übertragbares Leistungspunktesystem (European Credit Transfer System – ECTS). In diesem Bezug ist auch noch die „Kopenhagener Erklärung 2002“ mit dem Programm „Allgemeine und berufliche Bildung 2010“ zu erwähnen.⁴⁹

Da die Aufnahmekriterien in der EU teilweise sehr unterschiedlich sind, werden sie kurz dargestellt, um auch die darauf folgende praktische Ausbildung etwas transparenter zu machen.

⁴⁹ Vgl. Landenberger M. et al., Ausbildung der Pflegeberufe in Europa, Vergleichende Analyse und Vorbilder für eine Weiterentwicklung in Deutschland, Schönlank Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG., 2005, S. 17 - 23

5.1. Zulassungsbedingungen in Europa

5.1.1. Zulassungsbedingungen in Deutschland

Grundsätzlich gelten für den Beginn der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung ein Mindestalter von 17 Jahren und die gesundheitliche Eignung für den Beruf. Die Bewerber müssen entweder einen Realschulabschluss oder eine gleichwertige abgeschlossene Fachoberschulreife vorweisen.

Eine weitere Möglichkeit ist ein Hauptschulabschluss oder gleichwertige Schulbildung, zusammen mit erfolgreich abgeschlossener Berufsausbildung mit vorgesehener Ausbildungsdauer von mindestens 2 Jahren oder Erlaubnis als KrankenpflegehelferIn, durch eine geregelte Ausbildung von mindestens 1-jähriger Dauer in Krankenpflegehilfe oder Altenpflegehilfe.

5.1.2. Zulassungsbedingungen in Großbritannien

Die Zugangsvoraussetzungen in Großbritannien sind etwas strenger als in Deutschland. Das Mindestalter beträgt 17,5 Jahre und eine gesundheitliche Eignung zum Beruf ist vorzulegen. Für alle Stufen der Gesundheits- und Pflegeausbildungen gilt normalerweise der Abschluss des „General Certificate of Secondary Education“. Dies entspricht in Deutschland der Fachhochschulreife. Die Bewerber müssen fünf Prüfungsfächer, die sie allerdings selbst aussuchen können, mit der Note „Grade C-Level“ bestanden haben. Einige Universitäten verlangen einen Abschluss mit der Note „A-Level“. Dies entspricht dem Abitur in Deutschland. Der bildungspolitische Druck auf die Universitäten nimmt zu, die Aufnahmekriterien zu senken. Dennoch können einzelne Universitäten diese Kriterien autonom bestimmen. Krankenhäuser haben ebenfalls die Möglichkeit förderungswürdige Mitarbeiter die Ausbildung an Universitäten berufsbegeleitend zukommen zu lassen.

5.1.3. Zulassungsbedingungen in den Niederlanden

Seit 1997 findet die Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflege nicht mehr an den krankenhausgebundenen Ausbildungsstätten statt, sondern an beruflichen Fachschulen und Fachhochschulen. Die Grundausbildung unterliegt in den Niederlanden fünf Niveaus. Die einzelnen Niveaus der Gesundheits- und Pflegeausbildung, die für die Zulassungsbedingungen erforderlich sind, sind unterschiedlich:

- Niveau 1: 10 Jahre Schulunterricht bis zur Ausbildung zum PflegeassistentIn oder Assistierende, leisten hauswirtschaftliche Tätigkeit, Ausbildungsdauer 1 Jahr
- Niveau 2: 10 Jahre Schulunterricht (Schulpflicht bis zum 16. Lebensjahr)
Voraussetzung zur Ausbildung zu Helfende in der Heim- und häuslichen Pflege, Schwerpunkte Haushaltsführung und Körperpflege, Ausbildungsdauer 2 Jahre
- Niveau 3: MAVO – entspricht etwa den Hauptschulabschluss in Deutschland; Voraussetzung zur Ausbildung zu Versorgende in der individuellen Gesundheitspflege, bieten Hilfestellungen in der Pflege und in seinem primären Umfeld an, Ausbildungsdauer 3 Jahre
- Niveau 4: HAVO – entspricht etwa der Fachhochschulreife in Deutschland oder MAVO; Voraussetzung zur Ausbildung zu Pflegefachkräfte, Verantwortungsbereich liegt in der Planung und Umsetzung des Pflegeprozesses, unterstützen den Patienten in komplexen medizinischen Situationen, Ausbildungsdauer 4 Jahre
- Niveau 5: VWO entspricht dem Abitur, Pflegende mit Hochschulabschluss (Bachelor), sie gestalten den Pflegeprozess und planen selbständig bei komplexen Situationen, wo es keine Standards gibt. Sie haben in der Durch-

führung eine Vorbildwirkung (PflegeexpertIn). Ausbildungsdauer des Studiums 4 Jahre

In den Ausbildungsinstitutionen werden Bewerbungsgespräche durchgeführt. Studierende, über den berufsbegleitenden Lehrweg, bewerben sich bei einer Gesundheitseinrichtung.

5.1.4. Zulassungsbedingungen in Österreich

Die Aufnahmebedingungen in Österreich sind im GuKG § 54 verankert:

- „Eine für die im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege erforderliche körperliche und geistige Eignung“ (im GuKG 1997 ist nicht ersichtlich, wie diese Eignung nachzuweisen ist. Meistens durch ein ärztliches Attest; die geistige Eignung durch einen Aufnahmetest und einem Aufnahmegespräch).
- „Die zur Erfüllung der Berufspflicht erforderliche Vertrauenswürdigkeit und Unbescholtenheit.“ (ein polizeiliches Führungszeugnis ist vorzulegen)
- „Eine erfolgreiche Absolvierung von mindestens zehn erfolgreich abgeschlossenen Schulstufen.“
- „Vollendung des 17. Lebensjahres“

Die Eignungen und Zulassungen werden von den jeweiligen Gesundheits- und Krankenpflegeschulen überprüft.⁵⁰

5.1.5. Zulassungsbedingungen in Frankreich

Voraussetzung zur Aufnahme ist ein Abitur und ein positiv absolvierter psychologischer Test. Der Bewerber muss gesund und geimpft sein. Es folgt ein Aufnahmegespräch über ein Gesundheits- oder Sozialthema. Das Durchschnittsalter liegt zwischen 17. und 18. Lebensjahr. Das Abitur kann durch eine 3jährige Berufspraxis in einem Krankenhaus oder durch eine 5jährige Tätigkeit in einem anderen Bereich ersetzt werden.

⁵⁰Landenberger M. et al., Ausbildung der Pflegeberufe in Europa, Vergleichende Analyse und Vorbilder für eine Weiterentwicklung in Deutschland, Schönlank Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG., 2005, S. 156

5.1.6. Zulassungsbedingungen in Schweden

Für eine erfolgreiche Aufnahme entscheiden die allgemeine Hochschulreife, sowie gute Kenntnisse in den Fächern Schwedisch, Englisch, Mathematik und Naturwissenschaften. Durchschnittsalter wird ebenfalls zwischen 17 und 18 Jahren angegeben.

5.1.7. Zulassungsbedingungen in Portugal

Die Aufnahmebedingungen für die Krankenpflegeausbildung in Portugal bilden ein Abitur (nach 12jähriger Schulbildung) und ein Mindestalter von 18 Jahren. Ein Numerus Clausus (gute Kenntnisse) werden in den Fächern Biologie, Physik und Chemie verlangt. Darüber hinaus ist ein Aufnahmetest zu absolvieren und der Nachweis der gesundheitlichen Eignung ist zu erbringen.

5.1.8. Zulassungsbedingungen in Italien

Die Aufnahme in Italien setzt eine höhere Reife (13jährige Schulbildung) und ein Mindestalter von 18 Jahren voraus. Der Bewerber muss einen Multiple – Choice-Test in Allgemeinbildung, Biologie, Gesundheitssystem etc. bestehen und ein ärztliches Zeugnis über die psychische und physische Gesundheit vorweisen. Zusätzlich wird ein polizeiliches Führungszeugnis (Unbescholtenheit) gefordert.⁵¹

⁵¹Vgl. European Commission (2000), Study of Specialist Nurses in Europe, Brussels: Internal Market DG

5.2. Theorie und Praxis-Transfer an europäischen Pflegeschulen

5.2.1. Die praktische Ausbildung und der Theorie-Praxis-Transfer in Deutschland

Die Ausbildungsziele sind ausgerichtet auf präventive, kurative, rehabilitative und palliative Versorgungssituationen, sowie auf ambulante und stationäre Strukturen der Gesundheitsversorgung. Es wird in einen eigenverantwortlichen, mitwirkenden und interdisziplinären Aufgabenbereich unterschieden. Neu dazu gekommen sind Aufgaben der Beratung, Anleitung und Unterstützung der Klienten und deren Bezugspersonen. Der gepflegte Mensch ist als Individuum zu sehen, der durch seine Erkrankung eine Einschränkung seiner Individualität und Selbstbestimmung erlebt. Zur qualitativen und quantitativen, curriculare und didaktischen Orientierung wird der Pflegeprozess gesetzlich eingefordert. Ebenfalls muss der pflegewissenschaftliche Bezug im pflegerischen Handeln miteinbezogen werden.

Die Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung wird in Theorie und Praxis geteilt. Die verpflichtende Stundenanzahl der Theorie beträgt eine Mindeststundenanzahl von 2100; die der Praxis 2500 Stunden, die in stationären und außerstationären Einrichtungen der kurativen Versorgung zu absolvieren sind.

Die praktische Ausbildung wird auch als betriebspraktischer Anteil definiert und ist wie folgt in verschiedene Bereiche gegliedert: ⁵²

I) Allgemeiner Bereich	800 h
1. Gesundheits- und Krankenpflege von Menschen aller Altersgruppen in der stationären Versorgung in kurativen, rehabilitativen und palliativen Gebieten in den Fächern Innere Medizin, Geriatrie, Neurologie, Chirurgie, Gynäkologie, Pädiatrie, Wochen- und Neugeborenenpflege	500 h
2. Gesundheits- und Krankenpflege von Menschen aller Altersgruppen in der ambulanten Versorgung in präventiven und palliativen Gebieten	700 h

II) Differenzierungsbereich	
1. Gesundheits- und Krankenpflege Stationäre Pflege in den Fachgebieten Innere Medizin, Chirurgie und Psychiatrie oder	700 h
2. Gesundheits- und Kinderkrankenpflege Stationäre Pflege in den Fachgebieten, Pädiatrie, Neonatologie, Kinderchirurgie, Neuropädiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie	500 h
III) Zur Verteilung auf die Bereiche I und II	

Gesamtstundenanzahl

2500 h⁵³

⁵²Landenberger M, Stöcker G. et al., Ausbildung der Pflegeberufe in Europa, Vergleichende Analyse und Vorbilder für eine Weiterentwicklung in Deutschland, Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG., 2005, S. 55

⁵³Landenberger M, Stöcker G. et al., Ausbildung der Pflegeberufe in Europa, Vergleichende Analyse und Vorbilder für eine Weiterentwicklung in Deutschland, Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG., 2005, S. 55

Zur besseren Vernetzung von schulischer und praktischer Ausbildung in der Krankenpflege sieht das Berufsgesetz vor, dass die Begleitung der SchülerInnen in der Praxis durch Praxisanleitungen erfolgen und von Seiten der Schule, durch LehrerInnen eine Praxisbegleitung leisten muss. Die Praxisanleitung muss sich von den Lerninhalten der jeweiligen Organisation informieren und den jeweiligen Lernerfolg überprüfen. Die PraxisanleiterInnen sind im Auftrag des Pflegemanagements Mitglied des Pflorgeteams am praktischen Einsatzort der Schüler.

Die Theorie-Praxis-Verknüpfung ist über die Praxisbegleitung sicherzustellen. Zu deren Aufgaben gehören: Beratung zu pädagogischen und inhaltlichen Fragen der praktischen Ausbildung, Beurteilung und Nachbesprechung von Praktikumsberichten, sowie die Durchführung von Veranstaltungen zur Vor- und Nachbereitung der berufspraktischen Ausbildung und deren Zielen. Der/die LehrerIn begleitet die SchülerIn in den Einrichtungen in Form von Einzel- und Gruppenunterricht, Reflexionsgesprächen, Themenbearbeitung und Projektarbeit und ist nicht identisch mit dem klinischen Unterricht anzusehen.⁵⁴

5.2.2. Die praktische Ausbildung und der Praxis-Theorie-Transfer in Großbritannien

„Ziel des Pflege- und Gesundheitsstudiums in Großbritannien ist die Gewährleistung einer patientenzentrierten Pflege und Betreuung (Care), die auf wissenschaftlichem Wirksamkeitsnachweis (Evidence) beruht, die zur Gesundheitsförderung führt und die kenntnisreiche, fundierte Praktiker (Knowledgeable Practitioners) hervorbringt.“⁵⁵

Das Ausbildungsprogramm in Großbritannien gestaltet sich sehr interessant und unterscheidet sich gravierend zu den anderen Ländern.

⁵⁴Vgl. Landenberger M, Stöcker G. et al., Ausbildung der Pflegeberufe in Europa, Vergleichende Analyse und Vorbilder für eine Weiterentwicklung in Deutschland, Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG., 2005, S. 48 - 57

⁵⁵Landenberger M, Stöcker G. et al., Ausbildung der Pflegeberufe in Europa, Vergleichende Analyse und Vorbilder für eine Weiterentwicklung in Deutschland, Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG., 2005, S. 94, zit. n.: Filkins 2003c:3

1. Die gesamte Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung findet an den Universitäten statt.
2. Die Ausbildung enthält zwei Phasen. In der ersten Phase muss der/die StudentIn eine Grundausbildung absolvieren. (Common Foundation Programm). Der Grundkurs dauert ein Jahr. In der zweiten Phase, als Schwerpunktphase (Branch Programme und Educational Specialist Programme) bezeichnet, muss sich der/die StudentIn für ein Spezialgebiet entscheiden. Spezialgebiete sind Erwachsenenpflege, Kinderpflege, mentale Krankenpflege/psychiatrische Pflege oder Lernbehindertenpflege. Die Ausbildung der Phase dauert zwei Jahre.
3. Es gibt fünf unterschiedliche Ausbildungsniveaus. Das erste Niveau schließt mit einem „Certificate in Higher Education“(HE) ab und befähigt Konzepte auf individuelle Patienten zu übertragen. Die Stufe zwei endet mit einem Abschluss „Diploma in Higher Education“ und kann Theorien und Konzepte anwenden und evaluieren. Der Absolvent kann Problemlösungsstrategien aus gut definierten Problemen generieren, auswählen und auf das Individuum anwenden. Die Ausbildung dauert drei Jahre.

Die dreijährige Ausbildung mit Abschluss „Diploma oder Bachelor Registered Nurse (RN)“ befähigt über ein vertieftes und ausgedehntes Wissen und Kenntnisse und trifft selbständige Entscheidungen.

Der Abschluss „Master-Level“ (Stufe vier) befähigt fortgeschrittene Kompetenzen in komplexen und unvorhersehbaren Situationen. Der Absolvent ist berechtigt, angestellt oder in freier Praxis zu arbeiten, übt eine lehrende Rolle aus oder ist in der Forschung tätig.

Die fünfte und letzte Stufe ist der Abschluss „Doctorate Level“. Die Absolventen sind in der Lehre, Forschung und Politik tätig.

Das Studium in den Gesundheits- und Pflegeberufen besteht zu 50 % aus Theorie und zu 50 % aus Praxisausbildung in Krankenhäusern, ambulanten Einrichtungen usw. Die Praxisausbildung des Diploma in Higher Education and Bachelor Degree ist gleich. Aufgrund der Praxiszeit dauert die Ausbildung 51 Wochen pro Jahr, gegenübergestellt der anderen Studiengänge anderer Fachrichtungen, die nur 36 Wochen pro Jahr vorsehen.

Die Praxisausbildung beginnt nach dem ersten halben Jahr des theoretischen Unterrichtes und variiert von wenigen Tagen bis zu mehrere Wochen. Während

der Praxisphasen wird dem Studierenden⁵⁶ ein eigener Mentor (Clinical Supervisor) zugewiesen, der die Auszubildenden begleitet und anleitet. Die Hochschulen beschäftigen zusätzlich spezielle Theorie-Praxis-Verbindungs-Tutoren (Link Tutors), um die Schnittstelle Theorie-Praxis besser versorgen zu können. Die Hochschulen selbst stellen ebenfalls Fachkräfte bereit, die für die Beschaffung, Entwicklung und Beratung der Praxisstellen zuständig sind, aber auch die Ausbildungsstellen selbst beurteilen.

Diese Strukturierung könnte eine Vorbildfunktion für eine Reform des österreichischen Ausbildungssystems haben.

5.2.3. Die praktische Ausbildung und Praxis-Theorie-Transfer in den Niederlanden

Die Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflege findet seit 1997 nicht wie vorher an krankenhausgebundenen Ausbildungsstätten statt, sondern an Fachschulen und Fachhochschulen. Seit 2000 gibt es fünf verschiedene Niveaus, die sich in ihrer Verantwortung der Pflegekräfte unterscheiden. Niveaus eins bis vier beinhalten eine Berufsausbildung; Niveau fünf beinhaltet ein berufsfähiges Bachelor-Studium mit darauf aufbauendem Master-Abschluss an einer Fachhochschule oder Universität.

Innerhalb aller Niveaus gibt es zwei unterschiedliche Bildungswege.

Der eine ist der berufsbegleitende Ausbildungsweg, auch „Lernen und Arbeiten“ genannt, findet an einer Berufsfachschule und alternativ an der Fachhochschule statt. Es handelt sich dabei um eine praxisorientierte Ausbildung. Das Praktikum findet in der jeweiligen Gesundheitseinrichtung statt, an dem der Studierende einen Dienstvertrag hat (berufsbegleitend) und nimmt 70 % der Ausbildung in Anspruch. Die restlichen 30 % umfasst der theoretische Teil und wird in Blockphasen unterrichtet.

Der zweite berufliche Ausbildungsweg ist die schulische Ausbildung, auch „Lernen und Praktikum“ genannt und findet ebenfalls an einer Berufsfachschule oder an Fachhochschulen statt. Die Studierenden müssen Schulgebühren bezahlen. Der theoretische Unterricht überwiegt mit 70 % gegenüber dem Prakti-

⁵⁶ Die männliche Form dient nur zur Vereinfachung im Text und beinhaltet beide Geschlechter

kum mit 30 %. Für beide Ausbildungswege werden für die Praktika Mentoren bereitgestellt.

Diese zwei gleichwertigen beruflichen Ausbildungswege führen zu Abschlüssen des Qualifikationsniveaus 2, 3 und 4 mit MBO-V („Middelbare Beroepsopleiding-Verpleegkunde“ = Mittlere Berufsbildende Pflege) und auch zum Abschluss auf Niveau 5 mit dem Abschluss HBO-V („Hogere BeroepsOpleiding-Verpleegkunde“ = höhere Berufsausbildung Pflege). Die Ausbildungsniveaus sind aufeinander aufbauend. Jede Stufe qualifiziert für ein Tätigkeitsfeld, das sich in der Verantwortung und der Komplexität der jeweiligen Pflegesituation unterscheidet. Seit 2004 wird an Fachhochschulen und Universitäten die Studien für Bachelor- und Masterabschluss angeboten. Die Pflegenden sind in der Lage mit allen Klienten zu arbeiten. Es werden keine Unterschiede mehr gemacht. Sie sind berechtigt mit Kindern, psychiatrischen Klienten, mit alten Menschen und auch mit Menschen mit Behinderung zu arbeiten.⁵⁷

5.2.4. Die praktische Ausbildung und Praxis-Theorie-Transfer in Österreich

In Österreich gliedert sich die Ausbildung ebenfalls in fünf Qualifikationsstufen und zwar in Heimhilfe/Dorfhilfe, in Alten- und PflegehelferIn, in den gehobenen Pflegefachdienst, in das Studium für Pflegewissenschaft und Pflegeforschung mit dem Abschluss für Magister/Magistra bzw. Master of Science und der Abschluss des Doktorates in Pflegewissenschaft. Der gehobene Pflegefachdienst unterscheidet sich nochmals in die allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege, in die Kinder- und Jugendlichenpflege und in die psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege.

Die Ausbildung für den gehobenen Pflegefachdienst in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege gliedert sich ebenfalls in den theoretischen und in den praktischen Teil. Die Organisation der praktischen Ausbildung erfolgt durch die jeweilige Gesundheits- und Krankenpflegeschule und umfasst insgesamt

⁵⁷Vgl. Landenberger M, Stöcker G. et al., Ausbildung der Pflegeberufe in Europa, Vergleichende Analyse und Vorbilder für eine Weiterentwicklung in Deutschland, Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG., 2005, S. 111 - 135

mindestens 2 480 Stunden. Die theoretische Ausbildung mindestens 2 000 Stunden.

Weiters ist gesetzlich geregelt, dass mindestens 2 % der praktischen Ausbildungszeit (dies sind 50 Stunden innerhalb 3 Ausbildungsjahren) durch Lehrkräfte für Gesundheits- und Krankenpflege anzuleiten sind.

An den Praxisstellen gibt es eigene PraxisanleiterInnen. Diese sind zwar nicht vom Dienst des Stationsalltages freigestellt, aber verantwortlich für die Lehrziele und auch der Beurteilung der SchülerInnen. Die praktischen Einsätze absolvieren die SchülerInnen im Rahmen einer 40 Stundenwoche. Die Mindeststundenanzahl eines Praktikums eines Fachbereiches beträgt 160 Stunden.⁵⁸

5.2.5. Zusammenfassende Darstellung

Die WHO stellte bereits vor vielen Jahren die Forderung, dass die Aufnahmekriterien innerhalb der EU konform sein müssen und zwar durch den Schulabschluss der Sekundarstufe II. In Großbritannien und in den Niederlanden trifft dies zu, in Österreich und Deutschland dagegen nicht. Hier bleiben die schulischen Zugangsvoraussetzungen unter der europäischen Norm.

Die Dauer der Ausbildung zum gehobenen Pflegefachdienst beträgt in Deutschland, Österreich und Großbritannien drei Jahre. In den Niederlanden dauert die Ausbildung vier Jahre. Es gibt zwei Möglichkeiten der Ausbildungswege – einen betrieblichen oder einen fach(hoch)schulischen Weg. Daneben gibt es eine ein-, zwei- und dreijährige Ausbildung.

In allen beschriebenen Ländern ist der Theorie-Praxis-Transfer ein wichtiger Bestandteil der Ausbildung. Diese Verknüpfung bietet eine besondere Herausforderung. In den meisten Ländern haben Schüler⁵⁹ den Status als Praktikanten. In Deutschland haben die SchülerInnen einen Ausbildungsvertrag mit dem jeweiligen Träger und erhalten eine reguläre Ausbildungsvergütung. In Österreich erhalten sie ein Taschengeld.

⁵⁸Vgl. Landenberger M, Stöcker G. et al., Ausbildung der Pflegeberufe in Europa, Vergleichende Analyse und Vorbilder für eine Weiterentwicklung in Deutschland, Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG., 2005, S. 139 - 176

⁵⁹Die männliche Form dient nur zur Vereinfachung im Text und beinhaltet beide Geschlechter

Die Dauer der praktischen Gesamtausbildung ist in den EU-Ländern teilweise sehr unterschiedlich, obwohl die EU-Richtlinie 50 : 50 % vorgibt. In Deutschland und Österreich ist das Verhältnis Theorie und Praxis ca. 45 : 55 %, in Großbritannien 50 : 50 %. In den Niederlanden variieren diese Differenzen. Bei der betrieblichen Fachausbildung beträgt die Praxis 70 %, bei der schulischen Ausbildung beträgt der praktische Anteil 30%. Die Praktika sollen in allen Ländern den Auszubildenden einen breiten Einblick in den stationären und den ambulanten Bereich sowie in allen anderen Settings der Gesundheitsversorgung wie Prävention, Gesundheitsberatungen, Akutversorgungen, Tageskliniken, Ambulanzen, Rehabilitationen und palliative Institutionen vermitteln. Zur Sicherstellung der Schnittstelle Theorie-Praxis stellt jedes Land eine Form von sogenannten PraxisanleiterInnen an den jeweiligen Praxisstellen sowie eigene Lehreinheiten durch die LehrerInnen der Schule zur Verfügung.

Für die Organisation der praktischen Ausbildung ist die Schulleitung zuständig. Für die Qualität der jeweiligen Praxisstellen ist die Handlungsfähigkeit der Schule sehr beschränkt.

In den Niederlanden gibt es einen genauen Praxisplan für jeden einzelnen Studierenden. Jeder Praxiseinsatz muss genau dokumentiert werden. Dieser Plan unterscheidet sich in Lang- und Kurzzeitpflege, in Patienteneinheit (Individuelle Pflege oder in Gruppen), berücksichtigt die Alterskategorie der Klienten und die Pflegekomplexität. Außerdem werden zusätzlich allgemeine und persönliche Lernziele des Praxiseinsatzes definiert. Der Praxisplan wird in Form eines Nachweisheftes vom Praktikanten geführt und soll den Praktikumsverlauf, sowie die Evaluation am Ende des Praktikums dokumentieren. In Österreich gibt es ein ähnliches Instrument zur Steuerung und Evaluierung des Lernerfolges der PraktikantInnen durch einen Praxiskatalog. Eine Dokumentation der praktischen Ausbildung ist in Österreich gesetzlich gefordert.⁶⁰

⁶⁰ GuKG, 2007, § 19.6.

6. Der Praxiskatalog

6.1. Ein gesetzlich geforderter Nachweis - der Praxiskatalog

Die Krankenpflege selbst unterliegt vielen Veränderungen. Deshalb ist es notwendig Lernziele in der Grundausbildung konkret zu formulieren, damit die erfolgreiche Umsetzung des theoretischen Wissens in die Berufspraxis möglich ist.

Der Gesetzgeber hat im Rahmen der Neufassung des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes und der Ausbildungsverordnung klar den Schwerpunkt in den Bereich der praktischen Ausbildung verlegt. In der Ausbildungsverordnung ist die Pflicht zur Führung von Aufzeichnungen über den Verlauf der praktischen Ausbildung und über die Kontrolle der Zielerreichung gesetzlich vorgeschrieben:

„Die Schüler haben im Rahmen der praktischen Ausbildung Aufzeichnungen über die durchgeführten Tätigkeiten zu führen. Diese sind von der Betreffenden Lehr- oder Fachkraft schriftlich zu bestätigen.“⁶¹

So sind viele Schulen in den verschiedenen Bundesländern bemüht, durch eigens geschaffene Dokumentationsinstrumente dem Gesetz zu entsprechen. Daher gibt es in der Art und Weise einige unterschiedliche Dokumentationsformen. Das Ausbildungsinstrument „Praxiskatalog“ ist als zentrale Grundlage der praktischen Ausbildung zu sehen und stellt somit eine Qualitätssicherung dar. Der Praxiskatalog soll als ein Leitfaden für Mindestanforderungen der praktischen Ausbildung gesehen werden, um Fertigkeiten, Qualifikationen und Kompetenzen zu erwerben. Das Problem in der Durchführung der Dokumentation liegt an den speziellen und lernortspezifischem, breitgefächerten Lernangebot. Daher können bei allen Kompetenznachweisen, die mir bekannt sind, Ergänzungen vorgenommen werden.

Erwähnenswert ist, dass der Schwerpunkt auf präventive und gesundheitsfördernde Pflege verlagert wurde und der Focus nicht mehr so sehr auf kurative Pflege ausgerichtet ist. Die Qualifikationen und fachspezifischen Fertigkeiten

⁶¹ BGBl. 179. Verordnung/1999 Guk-AV

sind nicht mehr an die medizinische Fachrichtung gebunden, sondern im Rahmen der Fachkompetenz den einzelnen Dimensionen zuzuordnen.

Der Praxiskatalog soll sich inhaltlich an dem aktuellen Pflegewissen und an pädagogischen-didaktischen Ansätzen orientieren.

Ein wesentlicher Schwerpunkt in der Gestaltung eines Kompetenznachweises liegt in der Durchführung, welche im selbstorganisierten und eigenverantwortlichen Lernen der SchülerInnen liegt. Der eigenverantwortliche Tätigkeitsbereich verlangt schon in der Ausbildung Eigenständigkeit, Selbstorganisation und Verantwortung. Wichtige Kriterien des eigenständigen Handelns sind dabei die Selbstreflexion und die Fremdeinschätzung.⁶²

Als Grundlage für die Anforderungen eines Praxiskataloges wurden neben den gesetzlichen Richtlinien regional verwendete Ausbildungsinstrumente, Entwürfe der Unterrichtsfächer und das Strukturkonzept des Unterrichtsfaches Gesundheits- und Krankenpflege herangezogen.⁶³

Laut Curriculum soll sich ein Kompetenznachweis in folgende Bereiche gliedern:

1. „Grundlegende Pflegefertigkeiten, Qualifikationen und Kompetenzen
2. Fertigkeiten, Qualifikationen und Kompetenzen in den Dimensionen pflegerischen Handelns
3. Pflegefertigkeiten, Qualifikationen und Kompetenzen im Zusammenhang mit Diagnostik und Therapie“⁶⁴

Im folgenden Kapitel werden drei unterschiedliche Versionen des Pflegekataloges dargestellt, die nach den Bestimmungen des Curriculums abgeleitet wurden und in der praktischen Ausbildung angewendet werden.

⁶²Vgl. Kompetenz- und Qualifikationsnachweis in der praktischen Ausbildung für die allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege, Magistrat der Stadt Wien, Wiener Krankenanstaltenverbund Generaldirektion, Februar 2006, S. 1 - 3

⁶³Vgl. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, Offenes Curriculum, Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege, Wien, November 2003, S. 47

⁶⁴Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, Offenes Curriculum, Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege, Wien, November 2003, S. 47

6.2. Praktische Beispiele des Praxiskataloges

Das Landeskrankenhaus Feldkirch, Schule für Gesundheits- und Krankenpflege, Akademisches Lehrkrankenhaus, stellte mir ihren Kompetenznachweis zur Verfügung.

Nach den allgemeinen Informationen und gesetzlichen Bestimmungen ist die Kompetenzmappe in vier Bereiche in Anlehnung an Oelke (1998) gegliedert:

1. Selbstkompetenz

Dieser Kompetenzbereich betrifft die Fähigkeit und Bereitschaft sich in der Ausbildung und im Team zu entwickeln und sich dabei selbst einzubringen. Schwerpunkte sind Selbstreflexionsfähigkeit, Mitverantwortung, Selbstvertrauen, Selbstbewusstsein und Selbstbestimmung.

2. Sozial-kommunikative Kommunikative Kompetenz

Hier wird die Fähigkeit und Bereitschaft angesprochen, sich mit anderen Menschen vorurteilsfrei und verantwortungsbewusst auseinanderzusetzen. Schwerpunkte sind Kritikfähigkeit, Konfliktfähigkeit, Empathie, Rollendistanz, Frustrationstoleranz, Gesprächs- und Beratungsfähigkeit, Argumentations- und Artikulationsfähigkeit.

3. Methodische Fachkompetenz

Ziele für die methodische Fachkompetenz sind für bestehende Lern- und Arbeitsaufgaben selbständig Lösungswege zu finden und auch anzuwenden. Schwerpunkte liegen im organisatorischen, problemlösungsorientierten Bereich.

4. Instrumentell-technische Fachkompetenz

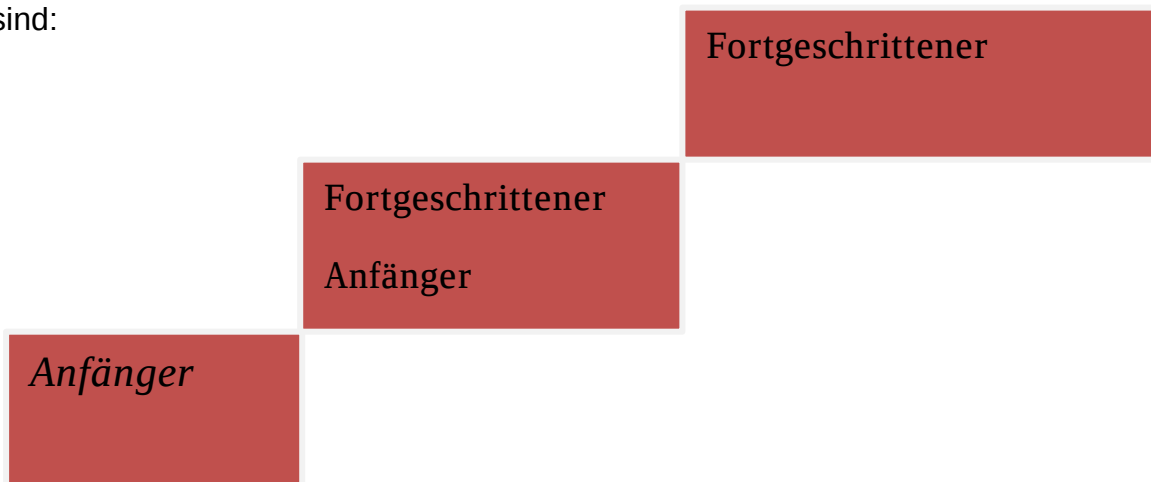
Im Vordergrund stehen die manuellen Tätigkeiten, die selbständig, fachlich und methodisch richtig durchzuführen sind.⁶⁵

⁶⁵Vgl. Kompetenznachweis, Landeskrankenhaus Feldkirch, Schule für Gesundheits- und Krankenpflege Feldkirch, 2. Vollständig überarbeitete Version, August 2007, S. 9

Der administrative Teil dient zur besseren Nachvollziehbarkeit der praktischen Ausbildungsstellen und der geleisteten Unterschriften.

Die Grundausbildung erstreckt sich über die ganze Berufsausübung und ist nicht mit dem Diplom der Gesundheits- und Krankenpflege abgeschlossen, sondern soll auf ein lebenslanges Lernen vorbereiten. Die individuelle und berufliche Entwicklung jedes einzelnen wird in der Literatur in Phasen beschrieben.

Patricia Benner (1994) beschreibt in Anlehnung an das Modell von Dreyfus und Dreyfus (1986) diese Phasen in fünf Ebenen für die Gesundheits- und Krankenpflege. Die Vorarlberger Pflegearbeitsgruppe definiert nach der Wiener Arbeitsgruppe nur drei Kompetenzabschnitte, die für die Ausbildungszeit relevant sind:



Die Arbeitsgruppe definiert gut strukturierte Merkmale, die die einzelnen Kompetenzabschnitte betreffen. Eine ausführliche Darstellung befindet sich im Anhang.⁶⁶

Um einen Beurteilungsbezug herstellen zu können, wird ein Qualifikationsbogen hinzugezogen. Die Lernenden müssen das Deckblatt eigenverantwortlich ausfüllen. Ebenso müssen die Auszubildenden zur Zwischenqualifikation, sowie zur Endqualifikation, eine Selbsteinschätzung durchführen. Im Rahmen des Qualifikationsgespräches wird die Fremdeinschätzung durch die verantwortliche Fachkraft auf der Station festgelegt. Zu dieser Beurteilung können andere Do-

⁶⁶Vgl. Kompetenznachweis, Landeskrankenhaus Feldkirch, Schule für Gesundheits- und Krankenpflege Feldkirch, 2. Vollständig überarbeitete Version, August 2007

kumente wie zum Beispiel Verlaufsprotokolle, oder der Kompetenznachweis herangezogen werden. Abschließend folgt ein Nachbesprechungstermin mit einer Lehrperson.

Der Kompetenznachweis der Wiener Arbeitsgruppe ist sehr ähnlich aufgebaut und ähnlich auch im Handling.

Das Instrument besteht aus einem Kompetenznachweis und einem Qualifikationsnachweis.

Der Kompetenznachweis beinhaltet Lernziele, Fertigkeiten und Verhaltensweisen. Die Lernziele sind wiederum in Selbstkompetenz, sozial-kommunikative und Fachkompetenz dargestellt. Der Kompetenznachweis beinhaltet Lernziele, die von 1 – 32 nummeriert und ident sind mit den Lernzielen im Qualifikationsnachweis. Es wurde von dem „Benner-Modell“ abgesehen. Die SchülerInnen müssen zu Praktikabeginn Lernziele definieren und farblich kennzeichnen. In weiterer Folge muss die Durchführung einer Handlung angeleitet und geübt werden. Erst nach Einholen eines Feedbacks darf das Ziel durch eine Fachkraft bestätigt werden. Dauert ein Praktikum länger als 300 Stunden, dann kann auch eine zweite Bestätigung eingeholt werden. Die Beurteilungskriterien hängen unmittelbar mit dem Kompetenznachweis zusammen. Zur besseren optischen Darstellung befinden sich Beispiele im Anhang.

Erwähnenswert ist noch, dass für das erste Praktikum mindestens 10 Lernziele und in den weiteren Praktika mindestens 15 Lernziele vorgesehen sind. Um das Erstgespräch zeitlich zu verkürzen, wird empfohlen, eine Mustermappe an jeder Praktikumsstelle anzulegen, in der mögliche Lernziele vordefiniert sind.

Der Qualifikationsnachweis stellt die aktualisierte Form des Beurteilungsbogens dar, der während des Zwischengesprächs und bei der Endqualifikation zu Hilfe genommen wird. Schwerpunkt bildet hier die Selbst- und Fremdeinschätzung. Das Verzeichnis der Lernorte dient als Wegweiser und beinhaltet zusätzlich die Namen der beurteilenden Fachkräfte.^{67 68}

⁶⁷Vgl. Hofmann Renate (Hrsg.), Handbuch Praxisanleitung, Eine Einführung für Praxisanleiter und PraxisanleiterInnen im Gesundheits- und Krankenpflegebereich, 1. Auflage 2008, S. 99 - 107

Der Praxiskatalog von Niederösterreich wurde vom Arbeitskreis der LehrerInnen für Gesundheits- und Krankenpflege Niederösterreichs herausgegeben. Er wurde nach den folgenden drei Handlungsbereichen, die im Curriculum vorgeschlagen werden, definiert:

1. Grundlegende Pflegefertigkeiten und Qualifikationen
2. Dimensionen pflegerischen Handelns
3. Pflege in Zusammenhang mit Diagnostik und Therapie

Unter jedem einzelnen Lernziel besteht die Möglichkeit den Bezug zur Theorie zu dokumentieren. Jedes Ziel besitzt ein Hauptkennzeichen und mehrere Nebenkennzeichen. Die Zielerreichung kann einmal durch eine Fachkraft bestätigt werden. Ein Freiraum für Anmerkungen pro Ziel wurde geschaffen. Ein Beispiel jeder einzelnen Dimension kann im Anhang begutachtet werden.⁶⁹

Ein Verzeichnis macht die geleisteten Praktika jahrgangsspezifisch nachvollziehbar. Eine Liste von Handzeichen der beurteilenden Fachkräfte ist ebenfalls vorhanden.

⁶⁸Vgl. Kompetenz- und Qualifikationsnachweis in der praktischen Ausbildung für die allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege, Magistrat der Stadt Wien, Wiener Krankenanstaltenverbund Generaldirektion, Februar 2006

⁶⁹Praxiskatalog zur Ausbildung in der Allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege für den gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege, Arbeitskreis der LehrerInnen der Gesundheits- und Krankenpflegeschulen Niederösterreichs im Auftrag der ARGE Schuldirektoren, 2. Überarbeitete Auflage, Maudrich 2007

II. Empirischer Teil

7. Problembeschreibung

Die bisherigen Gegenüberstellungen der einzelnen Dokumentationsformen der praktischen Ausbildung zum gehobenen Dienst der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege in Österreich konnten kein einheitliches Bild zeigen. Und doch entsprechen sie den Anforderungen des „Offenen Curriculums“ (2003).

Der Kompetenznachweis stellt die Mindestanforderungen an die Auszubildenden, die erreicht werden müssen, um das Diplom der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege absolvieren zu können. Der Praxiskatalog soll in allen Bereichen der praktischen Ausbildung angewendet werden und dient sowohl als Basis für die Grundausbildung, als auch als Grundstruktur für lebenslanges Lernen im Berufsalltag.

Die Qualifikation eines/einer SchülerIn hat nach konkreten Zielen zu erfolgen. Daraus soll sich eine überprüfbare praktische Ausbildung und somit eine objektive Beurteilung der erbrachten Leistungen ergeben. Die Schwierigkeit liegt darin, dass diese Kriterien nicht nur innerhalb einer Schule erfüllt werden sollen, sondern österreichweit oder nach der WHO europaweit einheitlich und vergleichbar gemacht werden.

Das Curriculum 2003 sieht vor, die Schnittstelle theoretischer Unterricht und Praktikum mittels Praxiskataloges fließender zu gestalten und somit ein fächerübergreifendes Lernen bzw. Pflegeverständnis zu erzeugen.

Durch die eigenständige Führung eines Kompetenznachweises hat der/die SchülerIn die Möglichkeit zur Selbstkontrolle und erkennt schon während seiner/ihrer Ausbildung die Wichtigkeit, Verantwortung über sich selbst und andere zu übernehmen.

Alle diese Anforderungen des Praxiskataloges wurden aus der Sicht der SchülerInnen, PraxisanleiterInnen und LehrerInnen für Gesundheits- und Krankenpflege untersucht.

7.1. Fragestellungen der empirischen Erhebung

Konkret sollten mit dieser empirischen Untersuchung folgende Fragestellungen beantwortet werden:

- Kann der Praxiskatalog als Instrument zur Qualitätssicherung in der praktischen Ausbildung dienen?
- Kann der Praxiskatalog eine Transparenz erforderlicher Basisfertigkeiten bzw. Basisfähigkeiten bieten?
- Dient der Praxiskatalog als Leitfaden für grundlegende Pflegefertigkeiten und Qualifikationen, Dimensionen pflegerischen Handelns und Pflege im Zusammenhang mit Diagnostik und Therapie?
- Kann der Praxiskatalog als Grundlage für ein einheitliches Beurteilungsschema in der praktischen Ausbildung herangezogen werden?

7.2. Methode

7.2.1. Untersuchungsplan

Zur Beantwortung des selbst entworfenen Fragebogens wurden die SchülerInnen des 3. Jahrganges der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflegeschulen Hollabrunn, Baden, Krems und Zwettl untersucht. Die Vorsitzenden der ARGE der DirektorInnen und der LehrerInnen für Gesundheits- und Krankenpflege, sowie DirektorInnen und Pflegedienstleitungen der genannten Institutionen wurden informiert.

Als Erhebungsinstrument wurde ein Fragebogen herangezogen. Die Schüler der ersten und zweiten Jahrgänge wurden bei der Erhebung nicht berücksichtigt, da sie zur Zeit der Untersuchung noch zu kurz in der Ausbildung standen und daher der Umgang mit dem Praxiskatalog teilweise noch nicht routiniert ist. Der Pretest wurde an der Gesundheits- und Krankenpflegeschule Zwettl durchgeführt und erfolgte in der 19. Kalenderwoche. Er wurde an acht Gesundheits- und KrankenpflegelehrerInnen durchgeführt. Nach einigen Abänderungen und Anpassungen stand nun die wirkliche Erhebung in den Startlöchern. Der Zeit-

raum erstreckte sich zwischen der 23. – 35. Kalenderwoche. Es wurden 110 Schüler und Schülerinnen befragt.

Um den Kompetenznachweis aus der Sicht der PraktikerInnen zu erfassen, wurde der Fragebogen auch an PraxisanleiterInnen durchgeführt. Diese Untersuchung fand im Bezirk Zwettl statt. Es wurden Institutionen ausgewählt, die regelmäßig SchülerInnen aus der Gesundheits- und Krankenpflegeschule Zwettl Praktikumsstellen zur Verfügung stellen:

Das Landesklinikum Waldviertel Zwettl

LPH – Frohsinn

Zwettler Bürgerstiftung –Seniorenzentrum St. Martin

Hilfswerk Zwettl

Caritas Hauskrankenpflege

Zur Erhebung der gleichen Thematik bei LehrerInnen für Gesundheits- und Krankenpflege wurde ein Leitfadeninterview herangezogen. Diese Interviews wurden an den Schulen Hollabrunn, Baden und Zwettl durchgeführt. Es wurden 15 LehrerInnen interviewt.

Zunächst wurden induktive, inhaltsanalytische Kategorien zu Hauptkategorien zusammengefasst. Eine deduktive Herangehensweise mit ordinalen Kategorien erlaubt eine statistische Zusammenhangsanalyse zwischen Qualitätssicherung, Transparenz erforderlicher Basisfertigkeiten, Leitfaden für die praktische Ausbildung und Grundlage für ein einheitliches Beurteilungsschema bezüglich des Praxiskataloges. Zum Abschluss des Leitfadeninterviews wurden Vorschläge für die zukünftige praktische Ausbildung erhoben.

7.2.2. Untersuchungsteilnehmer

Für die Erhebung des Schülerfragebogens wurde der 3. Jahrgang 2007/2008 der genannten Schulen herangezogen. Auf eine sozialdemografische Erhebung wurde in diesem Fall verzichtet, da es keine Relevanz auf die Ergebnisse im Vorfeld zeigte und den Fragebogen an sich nur in die Länge gezogen und der Zeitaufwand gestiegen wäre.

Bei den Fragebögen für die PraxisanleiterInnen wurde ebenso auf eine sozialdemografische Erhebung verzichtet. Einzig wurde die Länge der Berufspraxis erhoben.

Bei den Interviews wurden LehrerInnen für Gesundheits- und Krankenpflege befragt, die praktische Anleitungen mit den SchülerInnen durchführen und daher einen praktischen Bezug zum Praxiskatalog haben. Auf eine sozialdemografische Erhebung wurde verzichtet.

7.2.3. Erhebungsinstrument

Als Untersuchungsinstrument wurde ein Fragebogen gewählt, weil diese Erhebungsform aufgrund der Vorgabe und des Umfangs der Stichprobe als geeignetstes Instrument erschien. Am Anfang und am Ende des Fragebogens wurde die Frage gestellt, wie die Probanden den Praxiskataloges insgesamt bewerten. Dies sollte den externen Einfluss durch die Fragestellungen ausschließen.

Der Fragebogen wurde in Anlehnung an die Likert-Skala konstruiert und gliedert sich in folgende vier Teile: „Qualitätssicherung“, „Transparenz erforderlicher Basisfertigkeiten“, „Leitfaden für die praktische Ausbildung“ und „Grundlage für ein einheitliches Beurteilungsschema“.

Die Frage 44 kommt nur im Fragebogen für die SchülerInnen vor und erfragt den aktuellen Wissensstand durch Selbsteinschätzung. Es wurden Themenbereiche aus dem Praxiskatalog herangezogen.

Frage 44 lautet: „Ich weiß bescheid über“

Die Fragebogenaktion wurde von den SchülerInnen unerwartet positiv aufgenommen. Es wurde immer wieder betont, dass ihnen dadurch ein Mitspracherecht ihrer Ausbildung vermittelt wurde. Diese Aussage steht etwas im Widerspruch, für die im Curriculum und im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz geforderte Eigenständigkeit und Selbstverantwortung in Verbindung mit Mitspracherecht während der Ausbildung. Dies ist natürlich auch nur eine subjektive Meinung und ist auch nicht Thema bei dieser Diplomarbeit und sei daher auch nur am Rande erwähnt!

7.2.4. Pretest

Nach der Erstellung des Fragebogens wurden acht Fragebögen an LehrerInnen der Gesundheits- und Krankenpflegeschule Zwettl durchgeführt. Dieser Pretest sollte als Feedback dienen und den Fragebogen auf die Anwendbarkeit prüfen. Dies fand in der 22. Kalenderwoche statt.

In einem Bewertungsblatt zur Beurteilung des Fragebogens wurden drei offene Fragen gestellt:

- Ist die Aufgabenstellung/Vorgangsweise für Sie klar und verständlich?
- Ist der Fragebogen für Sie übersichtlich und gut anwendbar?
- Sind die Kategorien ausreichend definiert oder fehlen Ihnen Überbegriffe zu diesen Kategorien?

Hier wurden von den befragten TeilnehmerInnen einige Verbesserungsvorschläge gemacht, die am Fragebogen angewendet wurden. Es wurden keine Angaben zu fehlenden Abschnitten gemacht. Nach Rücksprache mit Herrn Mag. Dr. phil. V. Kozon PhD wurde das Erhebungsinstrument als anwendbar und ausreichend strukturiert beurteilt.

7.2.5. Untersuchungsdurchführung

Der Fragebogen wurde mit Hilfe der Software „grafstat“ (www.grafstat.de) erstellt. Der Hinweis auf dieses Programm entstammt der Literatur von Holger Mittelstädt „Evaluation von Unterricht und Schule, Strategien und Praxistipps, Verlag an der Ruhr, 2006, S.83“.

Für die anonyme Fragebogenuntersuchung wurde wie schon erwähnt, die Erlaubnis der DirektorInnen der Gesundheits- und Krankenpflegeschulen, der Pflegedienstleitungen der verschiedenen Institutionen und der Vorsitzenden der ARGE Niederösterreich der DirektorInnen und der Gesundheits- und KrankenpflegelehrerInnen eingeholt.

Als eine große Hilfe erwies sich, die von Herrn Direktor der Gesundheits- und Krankenpflegeschule Hollabrunn zur Verfügung gestellte Informationsstunde für die Fragebogenerhebung. Die Vergabe der Fragebögen wurde von mir selbst übernommen, um zu gewährleisten, dass die Instruktionen immer gleich erfolgten. Die SchülerInnen zeigten sich motiviert und benötigten im Durchschnitt 20 – 30 Minuten für das Ausfüllen des Fragebogens. Da die Befragung innerhalb einer Unterrichtseinheit erfolgte, waren nur wenig „missing data“ zu verzeichnen.

In der Gesundheits- und Krankenpflegeschule Zwettl befanden sich gerade alle Schüler im Juni im „diplombezogenen Praktikum“ in der Stadt Zwettl. Die Ausgabe der Fragebögen erfolgte durch mich auf den jeweiligen Stationen. Die Abgabestelle erfolgte im Sekretariat in der Schule, um auch die Anonymität zu gewährleisten.

Durch die Unterstützung der einzelnen Schulen wurde eine Rücklaufquote bei den Schülern von beinahe 100 Prozent erzielt.

Bei der Untersuchung der Praxisanleiter haben 27 Probanden teilgenommen. Auch hier wurde auf die Wahrung der Anonymität Rücksicht genommen. Die Fragebögen konnten bei den Pflegedienstleitungen der jeweiligen Institution bzw. im Sekretariat der Gesundheits- und Krankenpflegeschule Zwettl abgegeben werden. Bei den Fragebögen der PraxisanleiterInnen sind nur 2 „missing data“ zu verzeichnen.

Die 15 qualitativen Leitfadeninterviews wurden auf Tonband aufgenommen und anschließend transkribiert. Nach der Transkription des gesammelten Interviewmaterials wurde zunächst – unterstützt vom Datenverarbeitungsprogramm ATLAS.ti – ein Kategoriensystem im Sinne der „Qualitativen Inhaltsanalyse“ nach Mayering entwickelt.

8. Auswertung der Erhebung

8.1. Ergebnisse der SchülerInnenfragebögen

Die durch die Fragebogen gewonnenen Daten wurden in diesem Bericht tabellarisch und in Textform dargestellt. Einige Fragen wurden auch graphisch dargestellt um eine bessere Darstellung zu ermöglichen. Die folgende Tabelle bezieht sich auf die Ergebnisse der SchülerInnen:

Fragen des Fragebogens	Mehrfach Antworten möglich in %	Stimme voll zu in %	Stimme eher zu in %	Stimme eher nicht zu in %	Stimme nicht zu in %
1. Wie bewerten Sie den Praxiskatalog insgesamt a) Sehr gut b) Gut c) Befriedigend d) ausreichend e) Mangelhaft f) Ungenügend (nur eine Antwort mögl.)	a) 0,92 b) 15,60 c) 48,62 d) 21,10 e) 11,01 f) 2,75				
2. Der Praxiskatalog bringt neue Fragestellungen hervor		14,68	55,96	25,69	3,67
3. Der Praxiskatalog fördert das Einbringen von Argumenten		14,55	39,09	36,36	10,00
4. Der Praxiskatalog geht individuell auf jede(n) Schüler(in) ein		2,75	18,35	52,29	26,61
5. Der Praxiskatalog verbreitet nur Langeweile		7,27	38,18	42,73	11,82
6. Der Praxiskatalog belegt mein spezifisches Wissen		9,09	57,27	27,2	6,36
7. Der Praxiskatalog bietet mehrere Lösungsmöglichkeiten, wenn der erwartete Lernerfolg nicht eintritt		3,67	27,52	44,04	24,77
8. Alle Betroffenen sind über die Handhabung des Kataloges gut eingeschult		0,92	21,10	44,04	33,94

9. Der Katalog wird regelmäßig durch professionelles Personal kontrolliert		3,67	28,44	44,04	23,85
10. Ich selber kontrolliere den Katalog regelmäßig		29,36	52,29	14,68	3,67
11. Zum Praxiskatalog existieren noch zusätzliche Verlaufskontrollen auf den Stationen		20,91	33,64	32,73	12,73
12. Die einzelnen Kriterien der Dimensionen treffen immer genau auf meinen jeweiligen Lernerfolg zu		3,64	35,45	47,27	13,67
13. Ich erkenne durch den Praxiskatalog ein eigenes versetztes Denken		5,50	40,37	48,62	5,50
14. Der Praxiskatalog deckt die Ansprüche a) im stationären Bereich b) im ambulanten Bereich c) in der Langzeitpflege d) im extramuralen Bereich e) in keinem der genannten Bereiche ab	a) 84,55 b) 24,55 c) 61,82 d) 29,02 e) 14,55				
15. Der Praxiskatalog macht kleine Schritte des Lernens ersichtlich		4,55	47,27	33,64	14,55
16. Der Praxiskatalog ist eine Lernunterstützung		13,76	44,04	31,19	11,01
17. Es macht Spaß einen Praxiskatalog zu führen		3,67	20,18	46,79	29,63
18. Der Praxiskatalog ist als Grundlage der Beurteilung zu sehen		5,45	41,82	36,36	16,36
19. Ich bin stolz auf meine erreichten Ziele		48,18	46,36	3,64	1,82

20. Der Praxiskatalog gibt mir ein klares Feedback zu meinen Leistungen		10,91	40,00	42,73	6,36
21. Der Praxiskatalog verlangt zu viel und ich fühle mich deshalb überfordert		1,82	23,64	54,44	20,00
22. Durch die laufende Dokumentation bin ich besonders motiviert meine Lernziele zu erreichen		7,27	42,73	42,73	7,27
23. Es ist mir oft unklar, worauf es bei den Praktikumsziele ankommt		10,91	43,64	30,91	14,55
24. Ich vergesse oft Lernziele abzeichnen zu lassen		18,18	29,09	36,36	16,36
25. Der Praxiskatalog erzeugt bei mir einen Druck Pflegetätigkeiten zu lernen		11,93	31,19	38,53	18,35
26. Ich vergleiche den Praxiskatalog mit meinen Kollegen(innen)		14,55	27,27	30,00	28,18
27. Der Praxiskatalog gibt mir klare Regeln vor		11,82	44,55	32,73	19,91
28. Ich kann meine erreichten Ziele immer im Katalog wiederfinden		17,27	40,91	33,64	8,18
29. Wie oft kontrollieren Sie Ihre Zielerreichung a) täglich b) wöchentlich c) 14tägig d) zur Mitte des Praktikums e) am Ende des Praktikums	a) 1,83 b) 14,68 c) 13,76 d) 45,87 e) 47,71				
30. Der Praxiskatalog verkürzt den Zeitfaktor für das Erlernen einer Pflegetätigkeit		4,55	19,09	52,73	23,64
31. Die Selbstkontrolle ist eine gute Methode sich den Unterrichtsstoff einzuprägen		7,34	42,20	39,45	11,01
32. Der Praxiskatalog hat mir geholfen, den Unterrichtsstoff der einzelnen Dimensionen einzuprägen		4,55	26,36	49,09	20,00

33. Durch den Praxiskatalog wurde meine Selbständigkeit beim Lösen von Aufgaben gefördert		13,64	30,00	39,09	17,27
34. Der Praxiskatalog entspricht meinen tatsächlichen Leistungen		9,09	34,55	41,82	14,55
35. Durch die Verwendung des Kataloges kann ich meinen kontinuierlichen Lernerfolg erkennen		10,00	36,36	42,73	10,91
36. Durch die hohen Lernanforderungen des Kataloges habe ich oft große Angst zu versagen		3,64	29,36	33,64	36,36
37. Die Beurteilungen, die ich bekommen habe, entsprechen meinen tatsächlichen Leistungen, die mit dem Praxiskatalog übereinstimmen		19,27	40,37	29,36	11,01
38. Ich kann gegen Ende meiner Ausbildung jedes Kriterium im Praxiskatalog gegenzeichnen und mit dem „Ziel erreicht“ bestätigen		9,26	28,70	31,48	30,56
39. Kriterien im Katalog werden oft abgezeichnet, ohne dass sich der Praxisanleiter davon überzeugt		15,45	33,64	30,00	20,91
40. Es wäre mir lieber, es gäbe keinen Praxiskatalog		23,64	28,18	33,64	14,55
41. Aufzeichnungen im Praxiskatalog beeinflussen die Endbeurteilung des jeweiligen Praktikums		4,55	28,18	40,00	27,27
42. Durch die Führung des Kataloges wurde die Beurteilung objektiver		2,73	35,45	39,09	22,73

43. Wann ist ein Ziel erreicht? a) Pflegehandlung gesehen b) Unter Anleitung durchgeführt c) Selbständig, richtig durchgeführt d) Selbständig, richtig und routiniert durchgeführt	a) 5,54 b) 8,40 c) 52,73 d) 33,33				
45. Der Praxiskatalog ist ... a) Einfach und verständlich b) Gut formuliert c) Übersichtlich strukturiert d) Nichts davon trifft zu Mehrfachantworten möglich; n = 109; Nennungen = 121	a) 8,26 b) 13,76 c) 44,95 d) 44,04				
46. Wie würden Sie eine Gesamtbeurteilung des Praktikums kataloges bewerten? a) sehr gut b) gut c) befriedigend d) ausreichend e) mangelhaft f) ungenügend	a) 0,00 b) 10,91 c) 40,91 d) 27,27 e) 20,91 f) 0,00				

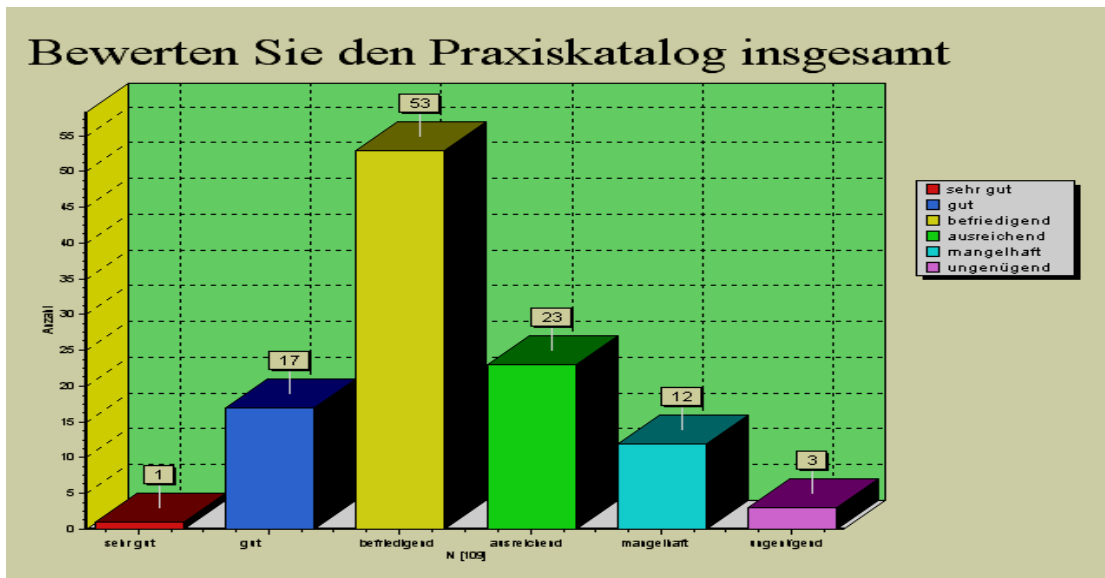
44. Ich weiß bescheid über ...	n = 105	
Grundlagen der Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung		90,48 %
eigenes Gesundheitsverhalten		95,24 %
den Pflegeprozess, Pflegemaßnahmen,...		93,33 %
Aufnahme-, Transferierungs-, Entlassungsmanagement		91,43 %
Körperhygiene		99,05 %
den Umgang mit Desorientierung		92,38 %
Vitalfunktionen		100,0 0%
Ernährung, Sondennahrung		98,10 %
Ausscheidung		100,00 %
Intimität und Sexualität		95,24 %
die Begleitung sterbender Menschen		94,29 %
Verabreichung von Medikamenten und Nebenwirkungen		98,10 %
Blutabnahmen, Punktionen, Untersuchungen, Eingriffe		88,57 %
Stomata, Drainagen, Spülungen		92,38 %
Verbände, Verbandwechsel, Untersuchungsmaterial		97,14 %
Monitoring		88,57 %
Anwendung von Pflegemodellen		70,48 %
Transkulturelle Aspekte in der Pflege		73,33%

8.2. Interpretation der Ergebnisse (SchülerInnen)

Zur Erhebung der Qualitätssicherung des Praxiskataloges wurden 14 Fragen gestellt: (SchülerInnen)

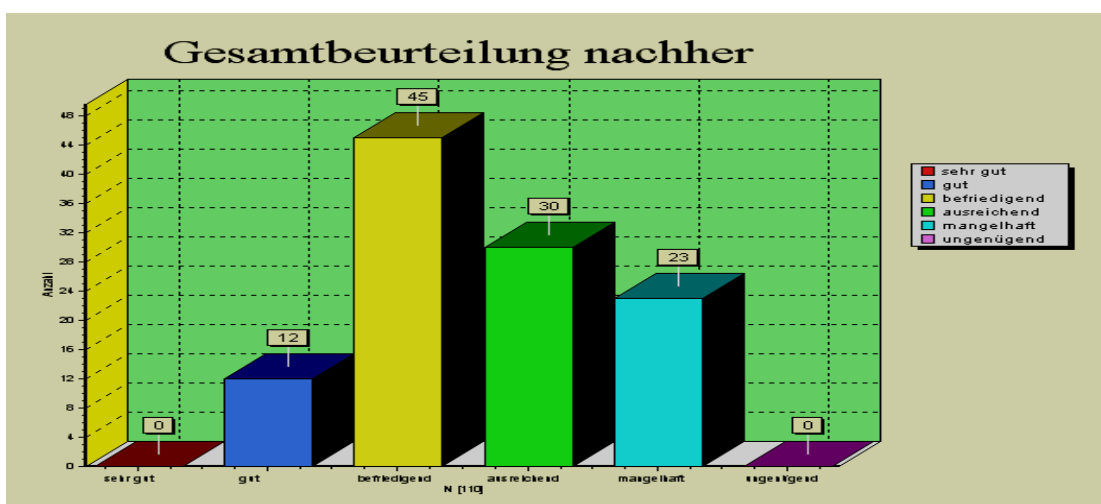
Frage: „Wie bewerten Sie den Praxiskatalog insgesamt“ (vorher)

Abbildung 1



0,92 % der SchülerInnen bewerteten den Praxiskatalog als sehr gut; 5,60 % als gut; 48,62 % als befriedigend; 21,10 % als ausreichend; 11,01 % als mangelhaft und 2,75 % als ungenügend. Als letzte Frage wurde nochmals nach der Gesamtbeurteilung des Praxiskataloges gefragt, um Meinungsänderungen nach den einzelnen Fragen zu erfassen:

Abbildung 2



Nach der Befragung empfanden 0,00 % den Praxiskatalog als sehr gut; 10,91 % bewerteten den Katalog als gut; 40,91 % als befriedigend; 27,27 % als ausreichend; 20,91 % als mangelhaft und 0,00 % als ungenügend.

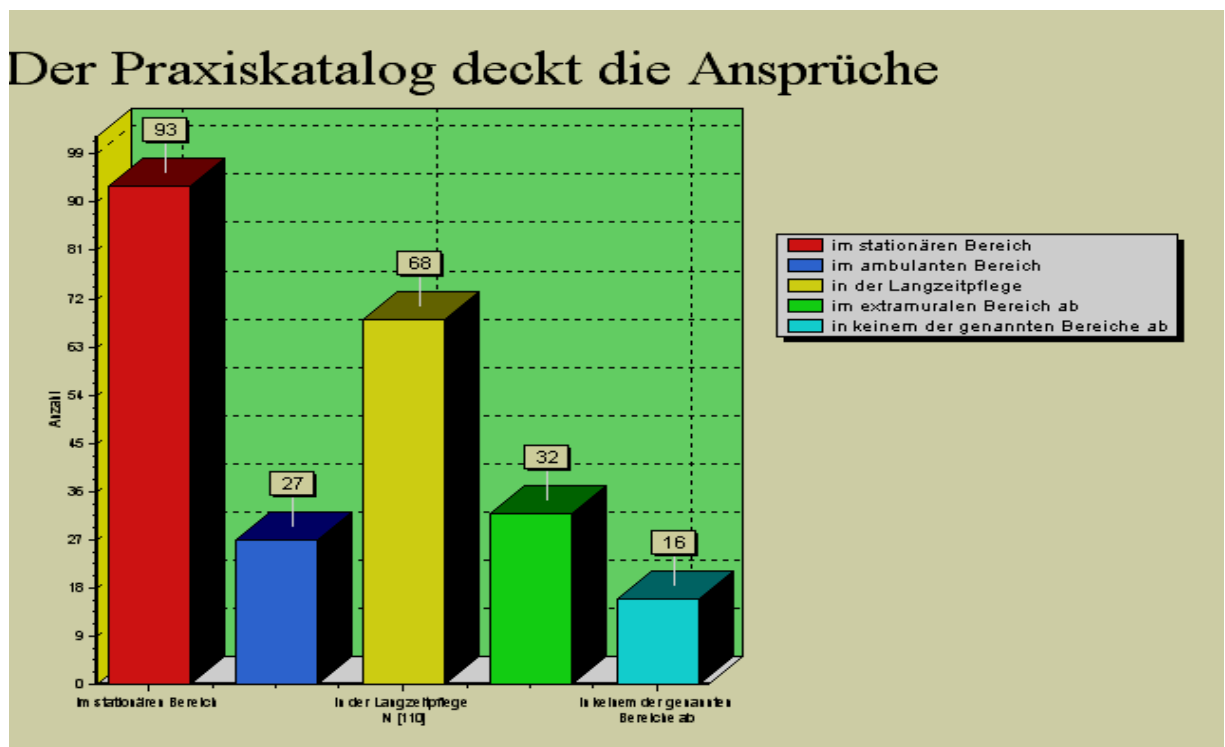
8.2.1. Ergebnisse und Interpretation der Fragebögen (SchülerInnen); Themenschwerpunkt: Qualitätssicherung

Zur Erhebung der Qualitätssicherung des Praxiskataloges wurden 14 Fragen gestellt. Aus der Sicht der SchülerInnen bringt der Praxiskatalog neue Fragestellungen hervor (70,64 %; 14,68 stimmen voll zu; 55,96 stimmten eher zu) und fördert das Einbringen von Argumenten (53,64 %; 14,55 % stimmen voll zu; 39,09 % stimmen eher zu)), obwohl er nicht auf jede(n) Schüler(in) individuell eingeht (78,90 %; 52,29 % stimmten eher nicht zu; 26,61 % stimmten nicht zu).

Der Praxiskatalog belegt das spezifische Wissen der SchülerInnen (66,36 %; 9,09 % stimmen voll zu; 57,27 % stimmen eher zu). 54,12 % (48,62 % stimmen eher nicht zu; 5,50 % stimmen nicht zu)) der Befragten gaben an, kein eigenes vernetztes Denken durch den Praxiskatalog zu erkennen. 60,91 % (47,27 % stimmen eher nicht zu; 13,64 % stimmen nicht zu) sind der Meinung, dass die einzelnen Kriterien der Dimensionen nicht auf den jeweiligen Lernerfolg zutreffen und auch keine weiteren Lösungsmöglichkeiten bieten, falls der erwartete Lernerfolg nicht eintritt (68,81 %; 44,04 % stimmen eher nicht zu; 24,77 % stimmen nicht zu). Um dies in der Praxis auszugleichen, existieren noch zusätzliche Verlaufskontrollen auf den Stationen (53,64 %; 32,73 % stimmen eher zu; 12,73 % stimmen nicht zu). Der Praxiskatalog wird nicht regelmäßig durch professionelles Personal kontrolliert (67,89 %; 44,04 % stimmen eher nicht zu; 23,85 % stimmen nicht zu). Die Mitglieder des gehobenen Dienstes sind nicht gut über das Handling des Kataloges eingeschult (77,98 %; 44,04 % stimmen eher nicht zu; 33,94 % stimmen nicht zu). Der Praxiskatalog wird von den SchülerInnen selbst regelmäßig kontrolliert (81,65 %; 29,36 stimmen voll zu; 52,29 % stimmen eher zu) und verbreitet keine Langeweile bei den Auszubildenden (54,55 %; 42,73 % stimmen eher nicht zu; 11,82 % stimmen nicht zu).

Für 84,55 % der SchülerInnen deckt der Praxiskatalog im stationären Bereich die Ansprüche ab. 24,55 % stimmten für den ambulanten Bereich; 61,82 % für die Langzeitpflege; 29,09 % für den extramuralen Bereich. Nur 14,55 % gaben an, dass der Praxiskatalog in keinem der genannten Bereiche die Ansprüche abdeckt. Bei dieser Frage waren Mehrfachnennungen möglich. Es wurden von 110 Teilnehmern 236 Nennungen abgegeben.

Abbildung 3



8.2.2. Themenschwerpunkt: Der Praxiskatalog als Leitfaden

Für 57,8 % (13,76 % stimmen voll zu; 44,04 % stimmen eher zu) der Befragten wird der Praxiskatalog als Leitfaden angesehen und macht kleine Schritte des Lernens ersichtlich (51,82 %; 4,55 % stimmen voll zu; 47,27 % stimmen eher zu). Obwohl es oft unklar ist, worauf es bei den Praktikumszielen ankommt (54,55 %; 10,91 % stimmen voll zu; 43,64 % stimmen eher zu), gaben 58,18 % (17,27 % stimmen voll zu; 40,91 % stimmen eher zu) der SchülerInnen an, die erreichten Ziele im Katalog immer wieder finden zu können. Der Praxiskatalog gibt für die praktische Ausbildung klare Regeln vor (56,37 %; 11,82 % stimmen voll zu; 44,55 % stimmen eher zu), hilft aber nicht, sich den Unterrichtsstoff der einzelnen Dimensionen einzuprägen (69,09 %; 49,09 % stimmen eher nicht zu; 20,00 % stimmen nicht zu).

Der Katalog erzeugt bei den SchülerInnen keinen Druck um Pflögetätigkeiten zu erlernen (56,88 %; 38,53 % stimmen eher nicht zu; 18,53 % stimmen nicht zu). Ganz im Gegenteil. Genau die Hälfte der Befragten fühlt sich durch die laufende Dokumentation besonders motiviert, Lernziele zu erreichen. Die SchülerInnen sind stolz auf die erreichten Ziele (94,54 %; 48,18 % stimmen voll zu; 46,36 % stimmen eher zu) und fühlen sich durch das Führen des Praxiskataloges nicht

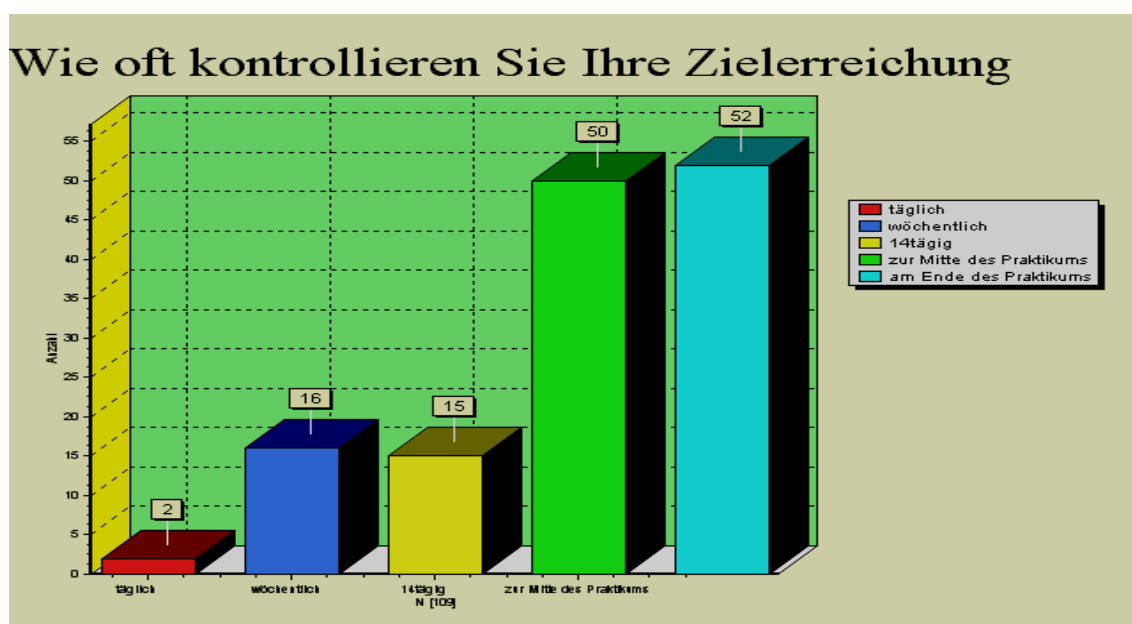
überfordert (74,44 %; 54,44 % stimmen eher nicht zu; 20,00 % stimmen nicht zu), obwohl das Führen des Praxiskataloges selbst für 76,15 % (46,79 % stimmen eher nicht zu; 29,36 % stimmen nicht zu) keinen Spaß macht.

41,82 % (14,55 % stimmen voll zu; 27,27 % stimmen eher zu) der Befragten vergleichen die Zielerreichung mit den KollegInnen. 47,27 % (18,18 % stimmen voll zu, 29,09 % stimmen eher zu) vergessen oft Lernziele abzeichnen zu lassen.

8.2.3. Themenschwerpunkt: Der Praxiskatalog als ein einheitliches Beurteilungsschema

1,83 % der SchülerInnen geben an, die Ziele täglich zu kontrollieren; 14,68 % kontrollieren sie wöchentlich. 13,76 % unterziehen die erreichten Ziele einer Kontrolle 14tägig. Mehrheitlich jedoch kontrollieren die SchülerInnen die Zielerreichung zur Mitte des Praktikums (45,87 %) und am Ende des Praktikums (47,71 %). Bei dieser Frage waren Mehrfachnennungen möglich. 109 Teilnehmer gaben 135 Nennungen. Missing data = 1.

Abbildung 4



76,37 % (52,73 % stimmen eher nicht zu; 23,64 % stimmen nicht zu) sind der Meinung, dass sich durch den Praxiskatalog der Zeitfaktor für das Erlernen einer Pflgetätigkeit nicht verkürzt und weder die Selbstkontrolle keine gute Me-

thode ist, sich den Unterrichtsstoff einzuprägen 50,46 % (39,45 % stimmen eher nicht zu; 11,01 % stimmen nicht zu), noch die durch den Praxiskatalog geforderte Selbständigkeit beim Lösen von Aufgaben fördert (56,36 %; 39,09 % stimmen eher nicht zu; 17,27 % stimmen nicht zu). Durch die Verwendung des Praxiskataloges können keine kontinuierlichen Lernerfolge erkannt werden (53,64 %; 42,73 % stimmen eher nicht zu; 10,91 % stimmen nicht zu) und die Dokumentation der Lernziele entsprechen nicht den tatsächlichen Leistungen (56,37 %; 41,82 % stimmen eher nicht zu; 14,55 % stimmen nicht zu). Interessant hingegen ist, dass für 59,64 % (19,27 % stimmen voll zu; 40,37 % stimmen eher zu) der Befragten, die Beurteilung den tatsächlichen Leistungen entspricht, die wiederum mit dem Praxiskatalog übereinstimmt. Trotzdem sind 67,27 % der SchülerInnen überzeugt, dass die Aufzeichnungen im Praxiskatalog die Endbeurteilung nicht beeinflussen und die Beurteilung an sich durch die fortlaufende Dokumentation nicht objektiver wurde (61,82 %; 39,09 % stimmen eher nicht zu; 22,73 % stimmen nicht zu).

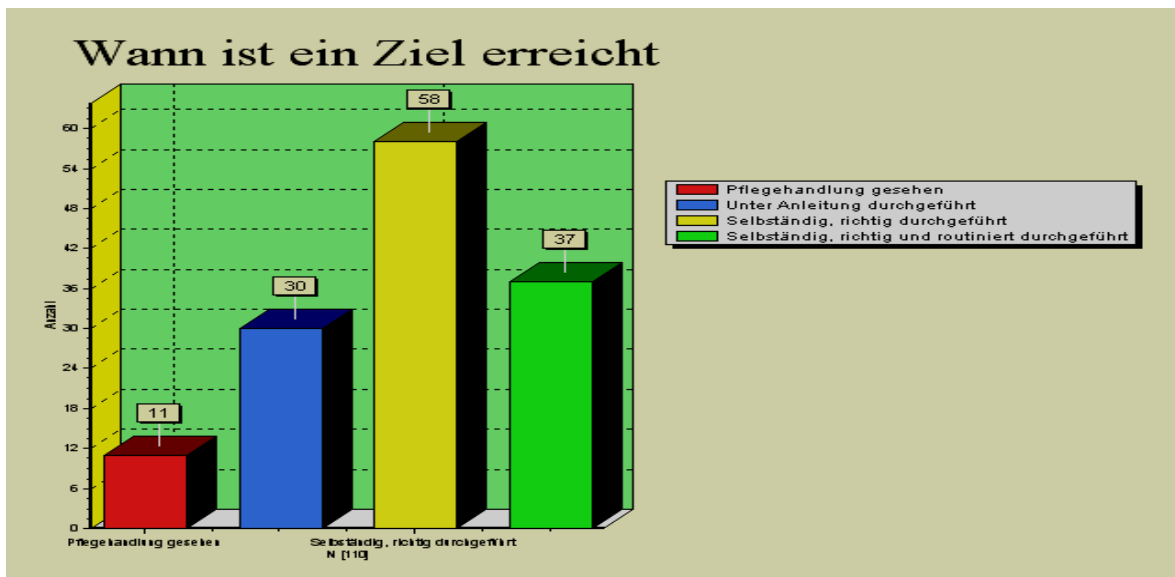
62,04 % (31,48 % stimmen eher nicht zu; 30,56 % stimmen nicht zu) der DiplomandInnen können nicht jedes Kriterium im Praxiskatalog mit dem „Ziel erreicht“ bestätigen. Dies wirft eine erneute Frage auf. Beeinflusst das „Nicht erreichen von Zielen“ auch die Endbeurteilung oder zählen nur die absolvierten Ziele und wie erfolgreich diese bestanden wurden? Dies konnte durch diese Untersuchung nicht erhoben werden. 50,91 % (15,45 % stimmen voll zu; 33,64 % stimmen eher zu) der SchülerInnen gaben an, dass Kriterien nur dann abgezeichnet werden, wenn sich die PraxisanleiterInnen vorher vom Lernerfolg überzeugen.

70 % (33,64 % stimmen eher nicht zu; 36,36 % stimmen nicht zu) der Befragten gaben an, keine Angst des Versagens aufgrund der Lernanforderungen des Praxiskataloges zu haben. Trotzdem wäre es 51,82 % (23,64 % stimmen voll zu; 28,18 % stimmen eher zu) der SchülerInnen lieber, es gäbe keinen Praxiskatalog!

Interessante Ergebnisse brachte die Frage, ab wann eigentlich nun ein Ziel erreicht wurde. Diese Frage wurde von allen 110 Teilnehmern beantwortet und es wurden teilweise auch zwei Antworten abgegeben. Dies kann nur so interpretiert werden, dass die/der einzelne SchülerIn die Zielerreichung in den jeweili-

gen Institutionen sehr unterschiedlich erlebt. Es wurden 136 Nennungen zur Auswertung hinzugenommen.

Abbildung 5



Für 10,00 % der SchülerInnen ist ein Ziel erreicht, wenn die Pflegehandlung gesehen wurde; für 27,27 % wenn die Pflegehandlung unter Anleitung durchgeführt wurde. 52,73 % gaben an, dass ein Ziel erreicht wurde, wenn die Pflegehandlung selbständig und richtig durchgeführt wurde. Für 33,33 % der Befragten trifft dies zu, wenn die Pflegehandlung selbständig, richtig und routiniert durchgeführt wurde.

Für die Frage 44 wurden Lernziele aus dem Praxiskatalog herangezogen, um die Eigenständigkeit, aber auch die Selbsteinschätzung des/der SchülerIn zu erheben: „Ich weiß bescheid über“ wurde von den DiplomandInnen folgendermaßen beantwortet:

Grundlagen der Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung (90,48%); eigenes Gesundheitsverhalten (95,24 %); den Pflegeprozess, Pflegemaßnahmen (93,33 %); Aufnahme-, Transferierungs-, Entlassungsmanagement (91,43 %); Körperhygiene (99,05 %);

Den Umgang mit Desorientierung (92,38 %); Vitalfunktionen (100 %); Ernährung, Sondennahrung (98,10 %); Ausscheidung (100 %); Intimität und Sexualität (95,24 %); die Begleitung sterbender Menschen (94,29 %); Verabreichung von Medikamenten und Nebenwirkungen (98,10 %); Blutabnahmen; Punktionen, Untersuchungen, Eingriffe (88,57 %); Stomata, Drainagen, Spülungen

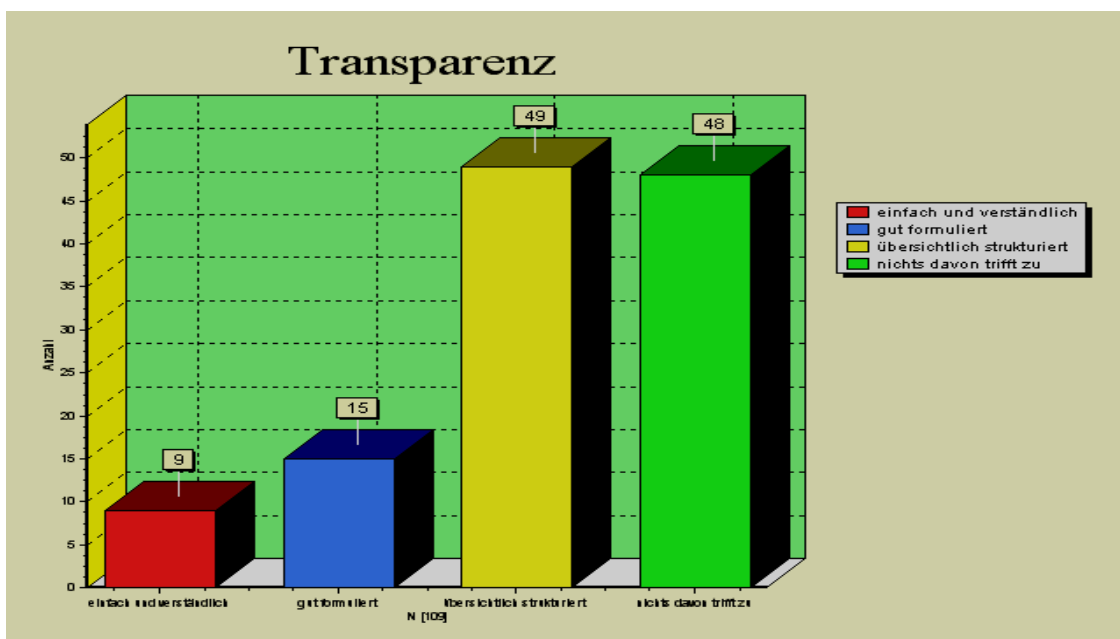
(92,38 %); Verbände, Verbandwechsel, Untersuchungsmaterial (97,14 %); Monitoring (88,57 %); Anwendung von Pflegemodellen (70,48 %); transkulturelle Aspekte in der Pflege (73,33 %).

Es wurden 1741 Nennungen von 105 Teilnehmern abgegeben. 5 der Befragten enthielten sich der Stimme.

8.2.4. Themenschwerpunkt: Transparenz des Praxiskataloges

Für 8,26 % der SchülerInnen ist der Praxiskatalog einfach und verständlich; gut formuliert ist er für 13,76 %. Übersichtlich strukturiert ist der Praxiskatalog für 44,95 %. Für 44,04 % trifft keines der genannten Kriterien zu. Bei dieser Frage waren Mehrfachnennungen möglich. Es haben 109 SchülerInnen geantwortet und es wurden 121 Nennungen abgegeben. Es konnte nur ein „Missing data“ verzeichnet werden.

Abbildung 6



8.3. Ergebnisse der PraxisanleiterInnenfragebögen

Die folgende Tabelle bezieht sich auf die Ergebnisse der PraxisanleiterInnen

Fragen des Fragebogens	Mehrfach antworten möglich in %	Stimme zu in %	Stimme eher zu in %	Stimme eher nicht zu in %	Stimme nicht zu in %
1. Wie bewerten Sie den Praxiskatalog insgesamt: a) Sehr gut b) Gut c) Befriedigend d) ausreichend e) mangelhaft f) ungenügend (nur eine Antwort mögl.)	a)7,41 b)18,52 c)33,33 d)22,22 e)18,52 f)0,00				
2. Der Praxiskatalog bringt neue Fragestellungen hervor		25,93	48,15	25,93	0,00
3. Der Praxiskatalog fördert das Einbringen von Argumenten		14,81	59,26	18,52	7,41
4. Der Praxiskatalog geht individuell auf jede(n) Schüler(in) ein		7,41	25,93	48,15	18,52
5. Der Praxiskatalog verbreitet bei den/der Schüler(in) nur Langeweile		11,11	37,04	29,63	22,22
6. Durch den Praxiskatalog entstehen Verbesserungsvorschläge für die praktische Ausbildung		3,70	44,44	40,74	11,11
7. Durch den Praxiskatalog werden auch schwierige Fragen aufgeworfen		18,52	59,26	18,52	3,70
8. Durch den Praxiskatalog erkenne ich die Stärken und Schwächen des/der einzelnen Schüler(in) besser		7,41	22,22	51,85	18,52
9. Der Praxiskatalog vermittelt Praxisnähe		3,70	51,85	25,93	18,52
10. Der Praxiskatalog belegt die Qualität der praktischen Ausbildung		7,41	25,93	51,85	14,81

11. Alle Beteiligten sind über das Handling gut eingeschult		3,70	44,44	40,74	11,11
12. Die einzelnen Kriterien der Dimensionen treffen immer genau auf den jeweiligen Lernerfolg zu		0,00	48,15	40,74	11,11
13. Der Praxiskatalog zeigt auf, dass es große Abweichungen zwischen Theorie und Praxis gibt		18,52	37,04	40,74	3,70
14. Die Führung des Praxiskataloges verkürzt den Zeitfaktor für das Erlernen einer Pflege Tätigkeit		7,41	7,41	33,33	51,85
15. Der Praxiskatalog geht ausreichend auf die einzelnen Dimensionen der AEDL ein		25,93	40,74	25,93	7,41
16. Der Praxiskatalog fördert die Selbständigkeit des/der Schüler(in) beim Lösen von Aufgaben		7,41	44,44	29,63	18,52
17. Der Praxiskatalog deckt die Ansprüche a) Im stationären Bereich b) Im ambulanten Bereich c) In der Langzeitpflege d) Im extramuralen Bereich e) In keinem der genannten Bereiche ab (Mehrfachnennungen mögl.)	a) 37,04 b) 7,41 c) 29,63 d) 14,81 e) 40,74				
18. Durch die Benützung des Praxiskataloges erkenne ich ein vernetztes Denken der/des Schülers(in)		0,00	40,74	51,85	7,41
19. Durch den Praxiskatalog sind kleine Schritte des Lernens ersichtlich		11,11	48,15	25,93	14,81
20. Der Praxiskatalog ist eine Lernunterstützung		25,93	29,63	33,33	11,11
21. Der Praxiskatalog ist als Leitfaden der praktischen Ausbildung zu sehen		33,33	40,74	14,81	11,11
22. Durch den Praxiskatalog können die SchülerInnen ihren Lernerfolg selbst kontrollieren		22,22	40,74	22,22	14,81
23. Durch den Praxiskatalog sind die Schüler besonders motiviert Lernziele zu erreichen		14,81	33,33	37,04	14,81
24. Durch den Praxiskatalog haben die Schüler Angst zu versagen		0,00	14,81	44,44	40,74

25. Durch den Praxiskatalog sind Entwicklungen und Tendenzen des individuellen Lernens zu erkennen		11,11	44,44	37,04	7,41
26. Der Praxiskatalog lässt vertiefende Interessen des/der Schülers(in) zu		7,41	44,44	37,04	11,11
27. Der Praxiskatalog dient als Nachschlagewerk		37,04	18,52	29,63	14,81
28. Der Praxiskatalog verleiht Sicherheit während der praktischen Ausbildung		7,41	40,74	33,33	18,52
29. Die SchülerInnen vergessen oft Lernerfolge abzeichnen zu lassen		29,63	25,93	22,22	22,22
30. Der Praxiskatalog erzeugt einen Lerndruck		3,70	18,52	55,56	22,22
31. Der Praxiskatalog gibt klare Normen vor		29,63	37,04	25,93	7,41
32. Der Praxiskatalog bietet mehrere Lösungsvorschläge, wenn der erwartete Lernerfolg noch nicht eingetreten ist		11,11	25,93	44,44	18,52
33. Der Katalog wird regelmäßig durch professionelles Personal kontrolliert		37,50	45,83	12,50	4,17
34. Zum Praxiskatalog existieren noch zusätzliche Verlaufskontrollen auf der Station		55,56	25,93	7,41	11,11
35. Alle erforderlichen Lernziele können im Katalog wiedergefunden werden		14,81	40,74	29,63	14,81
36. Der Praxiskatalog gibt den Schülern ein klares Feedback		3,70	44,44	29,63	22,22
37. Der Praxiskatalog verlangt von den meisten SchülerInnen zu viel und deshalb sind viele damit überfordert		11,11	25,93	40,74	22,22
38. Durch den Praxiskatalog kann eine objektivere Beurteilung erfolgen		7,41	37,04	29,63	25,93
39. Durch den Praxiskatalog kann eine Beurteilung genau nachvollziehbar gemacht werden und entsprechen den tatsächlichen Leistungen		3,70	22,22	55,56	18,52

40. Am Ende der Ausbildung ist jedes Kriterium gegengezeichnet und mit dem „Ziel erreicht“ bestätigt		8,00	24,00	20,00	48,00
41. Wann ist ein Ziel im Praxiskatalog erreicht bzw. wird abgezeichnet a) Pflegehandlung gesehen b) Pflegehandlung unter Anleitung durchgeführt c) Pflegehandlung selbständig und richtig durchgeführt d) Pflegehandlung selbständig, richtig und routiniert durchgeführt (Mehrfachnennungen mögl.)	a) 0,00 b) 19,23 c) 57,69 d) 34,62				
42. Wie oft kontrollieren Sie die Zielerreichung? a) täglich b) wöchentlich c) 14tägig d) zur Mitte des Praktikums e) am Ende des Praktikums (Mehrfachantworten mögl.)	a) 8,00 b) 12,00 c) 8,00 d) 56,00 e) 48,00				
43. Nach welchem Maßstab orientieren Sie den Zeitfaktor? a) Am eigenen Arbeiten b) Am Gefühl c) Am Vergleich mit anderen Schülern d) An der Uhr (Mehrfachantworten mögl.)	a) 40,00 b) 36,00 c) 44,00 d) 4,00				
44. Der Praxiskatalog ist einfach und verständlich		3,85	26,92	46,15	23,08
45. Es ist mir oft unklar, worauf es bei manchen Praktikumszielen wirklich ankommt		19,23	57,69	19,23	3,85

46. Der Praxiskatalog ist (zutreffendes ankreuzen) a) Gut verständlich b) Übersichtlich strukturiert c) Vermittelt Zusammenhänge von Pflegesituationen d) Nichts davon trifft zu	a) 7,69 b) 50,00 c) 23,08 d) 34,62				
47. Wie würden Sie eine Gesamtbeurteilung des Praktikums kataloges bewerten? a) Sehr gut b) Gut c) Befriedigend d) Ausreichend e) Mangelhaft f) ungenügend	a) 0,00 b) 25,93 c) 25,93 d) 18,52 e) 25,93 f) 3,70				

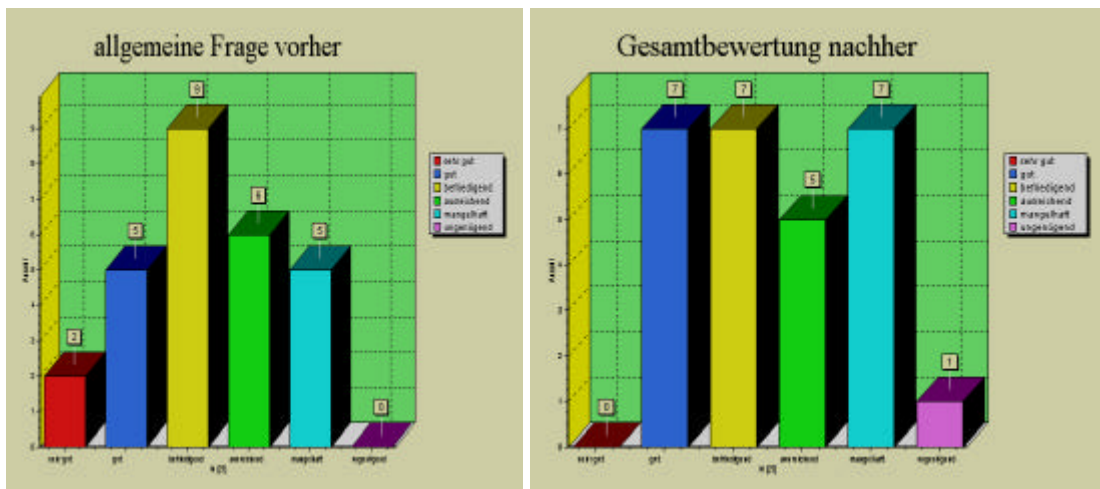
48. Wie lange haben Sie schon Berufspraxis? a) 0-5 Jahre b) 6-10 c) 11-15 d) 16-20 e) länger	a) 44,44 b) 18,52 c) 11,11 d) 7,41 e) 18,52				
--	--	--	--	--	--

8.3.1. Interpretation der Fragebogenerhebung der PraxisanleiterInnen

Die Frage 1 und 47: „Wie bewerten Sie den Praxiskatalog insgesamt?“ wurde als erste und letzte Frage gestellt, um mögliche externe Stimuli durch die Befragung zu beobachten und es kam zum folgenden Ergebnis:

Ergebnis am Anfang und am Ende des Fragebogens: n = 27

Abbildung 7



Von den 27 Teilnehmern beurteilten am Beginn des Fragebogens 7,41% (rot) den Praxiskatalog allgemein mit sehr gut, 18,52% (blau) mit gut, 33,33 % (gelb) mit befriedigend, ausreichend mit 22,22 % (grün) und 18, 52 % (hellblau) mit mangelhaft. Von den Teilnehmern gab es keine Zustimmung für ungenügend (violett). Am Ende des Fragebogens ergab es doch ein verändertes Bild durch die Befragung selbst. Keiner (rot) der Teilnehmer empfand den Praxiskatalog als sehr gut, 25,93 % (blau) befanden ihn für gut. Für befriedigend stimmten ebenfalls 25, 93 % (gelb) zu. 18,52 % (grün) hielten die Dokumentationsform für ausreichend und 25,93% (hellblau) für mangelhaft; 3,70 % (violett) für ungenügend.

8.3.2. Ergebnisse und Interpretation der Fragebögen (PraxisanleiterInnen); Themenschwerpunkt: Qualitätssicherung

Zur Erhebung der Qualitätssicherung des Praxiskataloges wurden 17 Fragen gestellt.

Auf die Frage, ob der Praxiskatalog neue Fragestellungen hervorbringt stimmten 25,93 % der Befragten voll zu und 48,09 % eher zu. Also insgesamt sind 74,08 % der Meinung, dass der Katalog neue Fragestellungen in der Praxis hervorbringt. Interessant dazu ist die Frage 7. Sie behandelt die Art der Fragen, die der Praxiskatalog aufwirft. 77,78 % der PraxisanleiterInnen stimmen zu (18,52 voll zu; 59,62 % eher zu), dass diese Dokumentationsform nicht nur neue, sondern auch schwierige Fragen aufwirft. Vom Prozentsatz her gesehen wurden diese 2 Fragen fast deckungsgleich beantwortet. Knapp über die Hälfte der Befragten (51,85 %;) 40,74 % stimmen eher nicht zu; 11,11 % stimmen nicht zu) gaben an, keine Verbesserungsvorschläge für die praktische Ausbildung durch den Praxiskatalog zu erhalten.

Der Praxiskatalog fördert das Einbringen von Argumenten (74,07 %;) 14,81 % stimmen voll zu; 59,26 % eher zu), geht aber nicht individuell auf jede(n) SchülerIn ein (66,67 %; 48,15 % stimmen voll zu; 18,52 % stimmen eher zu). Außerdem lässt diese Dokumentationsform die Stärken und Schwächen des/der einzelnen Schüler(in) nicht erkennen (70,37 %; 51,85 % eher nicht zu; 18,52 % stimmen nicht zu).

Knapp die Hälfte (51,85 %; 7,41 % stimmen voll zu; 44,44 % stimmen eher zu) der Befragten ist der Meinung, dass der Praxiskatalog die Selbständigkeit beim Lösen von Aufgaben der SchülerInnen fördert und daher keine Langeweile (51,85 %; 29,63 % stimmen eher nicht zu; 22,22 % stimmen nicht zu) verbreitet. Durch die fortlaufende Dokumentation der Schüler verkürzt sich der Zeitfaktor für das Erlernen einer Pflegetätigkeit (85,18 %; 33,33 % stimmen eher nicht zu, 51,85 % stimmen nicht zu).

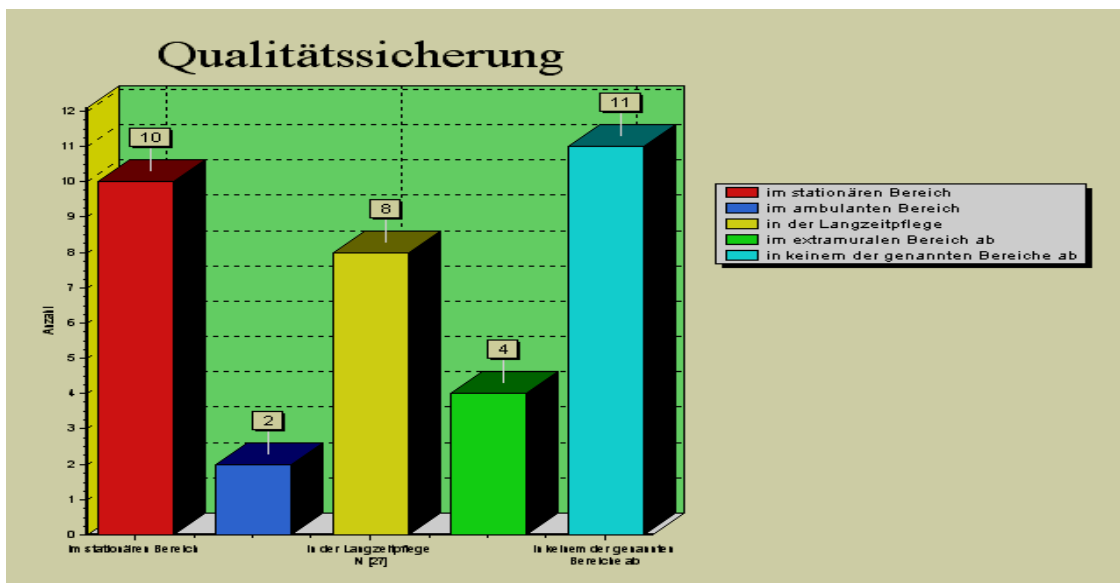
Der Praxiskatalog vermittelt Praxisnähe (55,55 %; 3,70 % stimmen voll zu; 51,85 % stimmen eher zu), belegt jedoch nicht die Qualität der praktischen Ausbildung (66,66 %; 51,85 % stimmen eher nicht zu; 14,81 % stimmen nicht zu). Für 55,56 % (18,52 % stimmen voll zu; 37,04 % stimmen eher zu) zeigt der

Praxiskatalog große Abweichungen zwischen Theorie und Praxis auf. Es wird zwar für 66,67 % (25,93 % stimmen voll zu; 40,74 % stimmen eher zu) der Befragten auf die einzelnen Dimensionen der AEDL ausreichend eingegangen, aber für 51,85 % (40,74 % stimmen eher nicht zu; 11,11 % stimmen nicht zu) treffen die einzelnen Kriterien der Dimensionen nicht immer genau auf den jeweiligen Lernerfolg zu.

Von den PraxisanleiterInnen (51,85 %; 40,74 % stimmen eher nicht zu; 11,11 % stimmen nicht zu) selbst wird angegeben, dass nicht alle Beteiligten über das Handling des Kataloges gut eingeschult sind.

Die Frage 17 erhebt die Einsatzgebiete des Praxiskataloges und geht auf die Ansprüche in den verschiedenen Bereichen ein, die durch ihn abgedeckt werden sollte. „Der Praxiskatalog deckt die Ansprüche ... ab.“

Abbildung 8



Bei dieser Frage war eine Mehrfachwahl möglich. 27 Teilnehmer gaben 35 Nennungen ab. Davon gaben 37,04 % an, dass der Praxiskatalog die Ansprüche im stationären Bereich abdeckt. Für 7,41 % trifft dies auf den ambulanten Bereich zu, 29,63 % für die Langzeitpflege und für 14,81 % entspricht der Praxiskatalog im extramuralen Bereich den Anforderungen. 40,74 % sind der Meinung, dass diese Dokumentationsform in keinem der genannten Bereiche die Ansprüche abdeckt.

8.3.3. Themenschwerpunkt: Der Praxiskatalog als Leitfaden

Grundsätzlich wird der Praxiskatalog von 74,07 % (33,33 % stimmen voll zu, 40,74 % stimmen eher zu) der PraxisanleiterInnen als Leitfaden für die praktische Ausbildung angesehen.

Durch die geforderte Verlaufsdocumentation der praktischen Ausbildung können die SchülerInnen ihren Lernerfolg selbst kontrollieren (62,96 %; 22,22 % stimmen voll zu; 40,74 % stimmen eher zu) und es werden kleine Schritte des Lernens ersichtlich (59,26 %; 11,11 % stimmen voll zu; 48,15 % stimmen eher zu). Der Praxiskatalog wird zwar als eine Lernunterstützung angesehen (55,56 %; 25,93 % stimmen voll zu; 29,63 % stimmen eher zu), aber wirkt sich nicht besonders auf die Motivation der SchülerInnen aus, Lernziele zu erreichen (51,85 %; 37,04 % stimmen eher nicht zu; 14,81 % stimmen nicht zu).

Für 77,78 % (55,56 % stimmen eher nicht zu; 22,22 % stimmen nicht zu) der Befragten erzeugt der Praxiskatalog keinen Lerndruck und 85,18 % (44,44 % stimmen eher nicht zu; 40,74 % stimmen nicht zu) sind der Meinung, dass die SchülerInnen durch die Dokumentation keine Angst des Versagens haben und auch oft vergessen, Lernerfolge abzeichnen zu lassen (55,56 %; 29,63 % stimmen voll zu; 25,93 % stimmen eher zu).

Der Praxiskatalog gibt zwar für 66,67 % (29,63 % stimmen voll zu; 37,04 % stimmen eher zu) klare Normen vor, aber verleiht keine Sicherheit für SchülerInnen während der praktischen Ausbildung (51,85 %; 33,33 % stimmen eher nicht zu; 18,52 % stimmen nicht zu).

Durch diese Dokumentationsform sind Entwicklungen und Tendenzen des individuellen Lernens zu erkennen (55,55 %; 11,11 % stimmen voll zu; 44,44 % stimmen eher zu) und sie lässt vertiefende Interessen des/der Schülers(in) zu (51,85 %; 7,41 % stimmen voll zu; 44,44 % stimmen eher zu).

62,96 % (44,44 % stimmen eher nicht zu; 18,52 % stimmen nicht zu) der PraxisanleiterInnen stimmen nicht zu, dass der Katalog mehrerer Lösungsvorschläge bietet, wenn der erwartete Lernerfolg noch nicht eingetreten ist. Insgesamt geben 81,49 % (55,56 % stimmen voll zu; 25,93 % stimmen eher zu) der Befragten an, dass noch zusätzliche Verlaufskontrollen auf den Stationen existieren,

obwohl 55,55 % (14,81 % stimmen voll zu; 40,74 % stimmen eher zu) der Meinung sind, dass alle erforderlichen Lernziele im Katalog wiedergefunden werden können.

Insgesamt stimmen 83,33 % (37,50 % stimmen voll zu; 45,83 % eher zu) der Befragten zu, dass der Praxiskatalog regelmäßig durch ein professionelles Personal kontrolliert wird.

8.3.4. Themenschwerpunkt: Der Praxiskatalog als Grundlage für ein einheitliches Beurteilungsschema – mit „Auszeichnung bestanden“ oder was sonst noch im Beurteilungsbogen steht

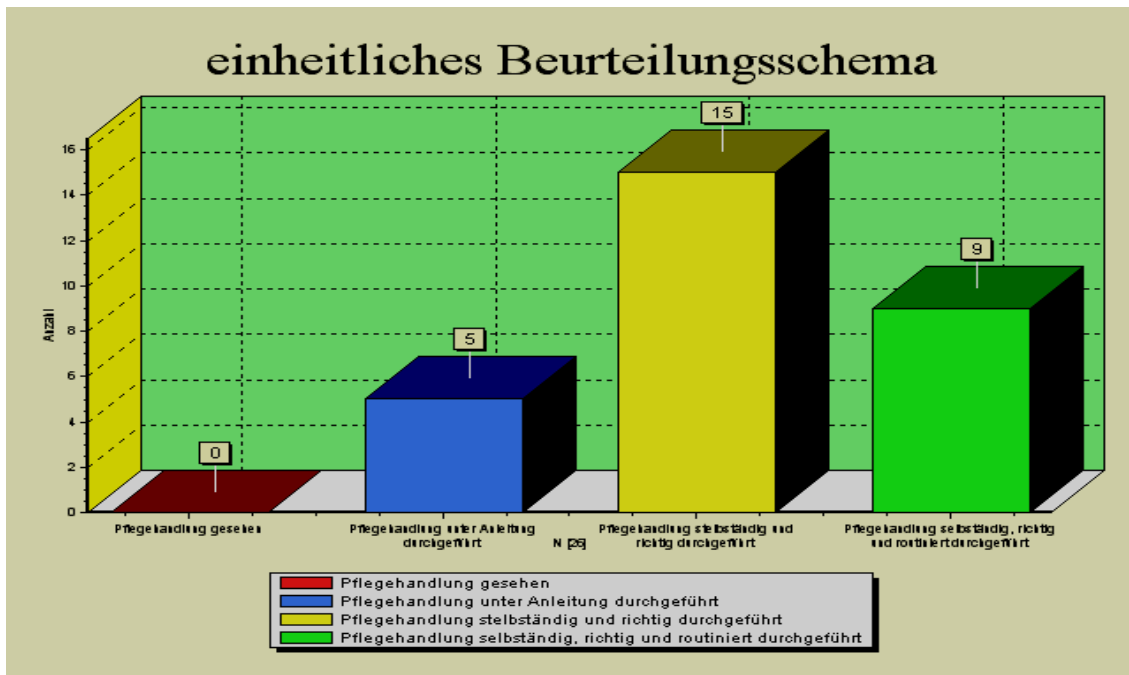
Ein weiteres Ziel des Praxiskataloges ist, als Grundlage für ein einheitliches Beurteilungsschema zu fungieren.

Auf die Frage, ob der Praxiskatalog den SchülerInnen ein klares Feedback gibt, stimmen 51,85 % (29,63 % stimmen eher nicht zu; 22,22 % stimmen nicht zu) der befragten PraxisanleiterInnen nicht zu. 62,96 % (40,74 % stimmen eher nicht zu; 22,22 % stimmen nicht zu) geben an, dass der Praxiskatalog von den meisten SchülerInnen nicht zu viel verlangt und deshalb nicht viele überfordert sind.

74,07 % (55,55 % stimmen eher nicht zu; 18,52 % stimmen nicht zu) der Befragten stimmen nicht zu, dass durch den Praxiskatalog eine Beurteilung genau nachvollziehbar gemacht wird und den tatsächlichen Leistungen entspricht. 55,56 % (29,63 % stimmen eher nicht zu; 25,93 % stimmen nicht zu) der PraxisanleiterInnen negieren eine objektivere Beurteilung durch den Katalog. Interessante Ergebnisse erbrachten die Fragen nach der Zielerreichung hervor. 68,00 % (20,00 % stimmen eher nicht zu; 48,00 % stimmen nicht zu) geben an, dass am Ende der Ausbildung nicht jedes Kriterium gegengezeichnet ist.

Auf die Frage ab wann ein Ziel erreicht bzw. abgezeichnet wird, beantworteten 0,00 % bei Pflegehandlung gesehen; 19,23 % bei Pflegehandlung unter Anleitung durchgeführt; 57,69 % bei Pflegehandlung selbständig und richtig durchgeführt; 34,62 % bei Pflegehandlung selbständig, richtig und routiniert durchgeführt. Bei dieser Frage wurde eine „Missing data“ verzeichnet. (n=26)

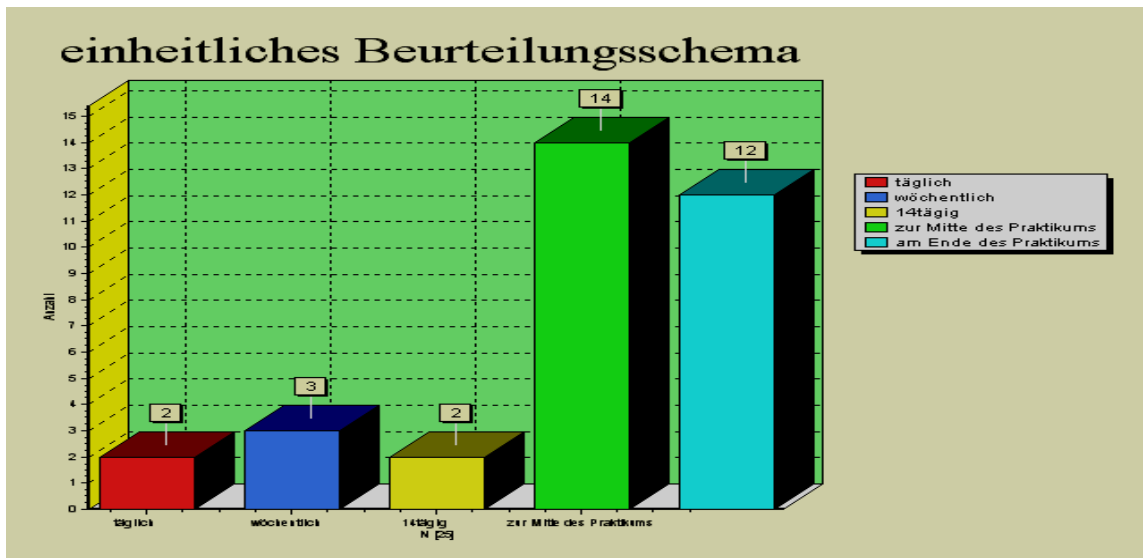
Abbildung 9



Da es keine schriftlichen Hinweise zur Handhabung des Praxiskataloges gibt, ist es nicht nur interessant, wann ein Ziel bestätigt wird, sondern auch wie oft die Zielerreichung per Dokumentation kontrolliert wird.

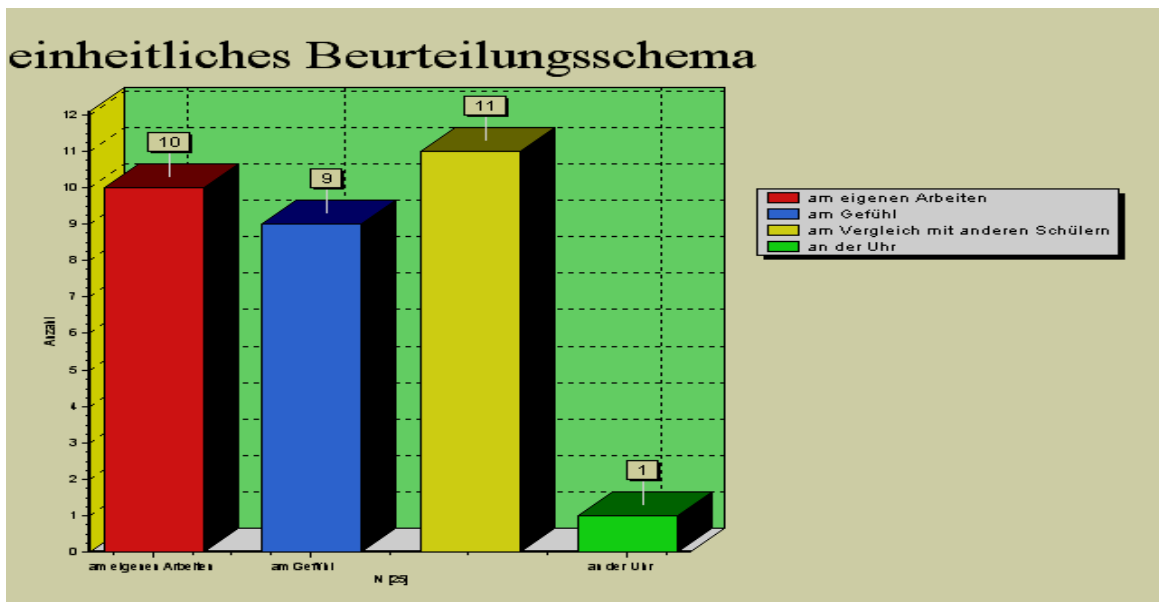
Hierbei waren Mehrfachnennungen möglich. Es wurden 33 Nennungen abgegeben. Von den 27 Befragten haben 25 Teilnehmer Antworten abgegeben. 8,00 % der PraxisanleiterInnen gaben an, die Ziele täglich zu kontrollieren. 12,00 % wöchentlich, 8,00 % 14täglich, 56,00 % zur Mitte des Praktikums und 48,00 % am Ende des Praktikums. n = 25

Abbildung 10



Wesentlich ist auch der Zeitfaktor für die Gegenzeichnung eines Zieles und auch für die Beurteilung. Auf die Frage „nach welchem Maßstab orientieren Sie den Zeitfaktor“ wurden folgende Ergebnisse erhoben:

Abbildung 11



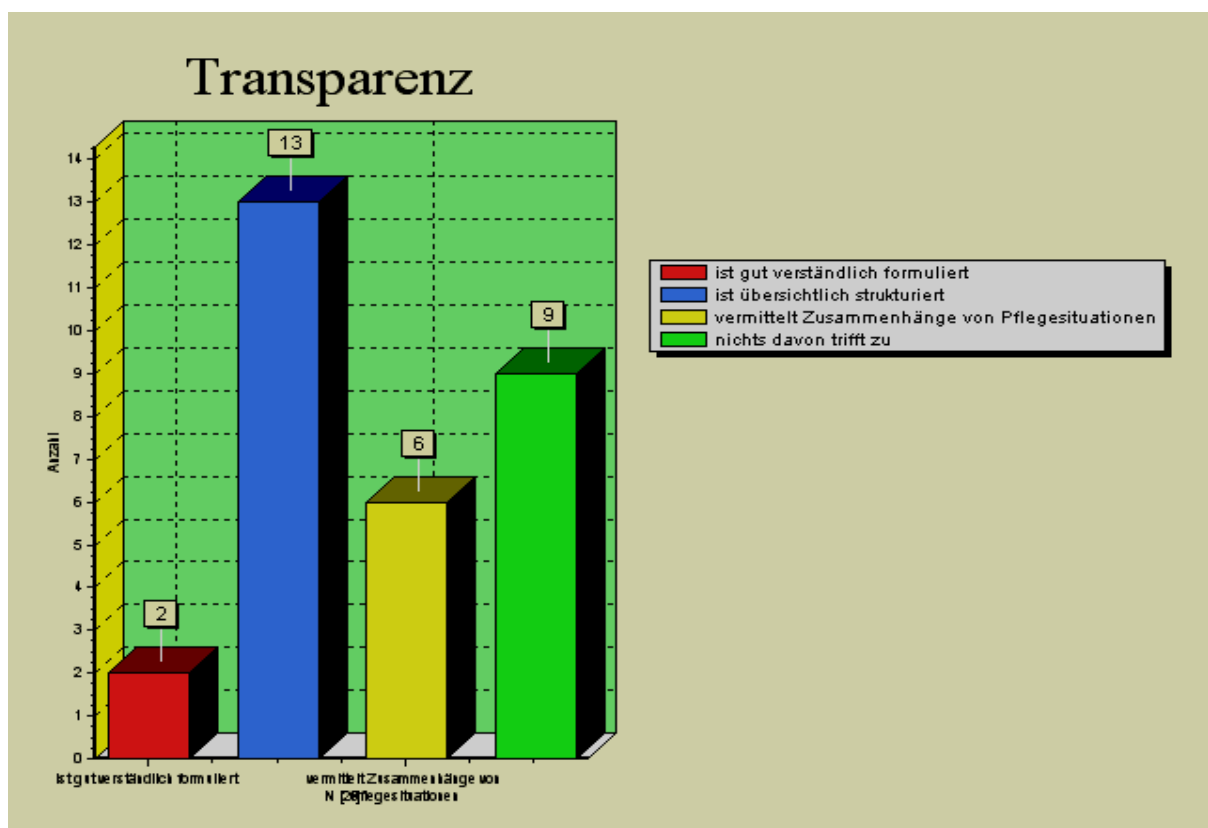
40,00 % der Befragten gaben an, bei der Beurteilung des Zeitfaktors sich am eigenen Arbeiten zu orientieren, 36,00 % am Gefühl, 44,00 % am Vergleich mit anderen Schülern und 4,00 % an der Uhr. Bei dieser Frage wurden wieder 2 „Missing data“ verzeichnet. n = 25

8.3.5. Themenschwerpunkt: Transparenz des Praxiskataloges

Der Praxiskatalog ist für 69,23 % (46,15 % stimmen eher nicht zu, 23,08 % stimmen nicht zu) der PraxisanleiterInnen nicht einfach und verständlich. Für 76,92 % (19,23 % stimmen voll zu, 57,69 % stimmen eher zu) der Befragten ist es oft unklar, worauf es bei manchen Praktikumszielen wirklich ankommt.

7,69 % der PraxisanleiterInnen geben an, dass der Praxiskatalog gut verständlich formuliert ist. 50,00 % der Befragten sind der Meinung, dass der Katalog übersichtlich strukturiert ist; 23,00 % geben an, dass diese Dokumentationsform Zusammenhänge von Pflegesituationen vermittelt. 34,62 % sind der Meinung, dass keines der genannten Kriterien zutrifft. n = 26

Abbildung 12



Von den befragten PraxisanleiterInnen haben 44,44 % 0 – 5 Jahre Berufspraxis. 18,52 % geben 6 – 10 Jahre; 11,11 % geben 11 – 20 Jahre und 18,52 % geben an über 20 Jahre Berufspraxis zu haben. n = 27

8.4. Auswertung der LehrerInneninterviews

Eine weitere Untersuchungsgruppe waren LehrerInnen für Gesundheits- und Krankenpflege. Es wurden insgesamt 15 LehrerInnen der Gesundheits- und Krankenpflegeschule Hollabrunn, Baden und Zwettl mittels Leitfaden interviewt. Die Interviews wurden anschließend transkribiert und einer qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayering unterzogen. Die Auswertung erfolgte über das Excel Programm.

Auf die 1. Frage: "Wie denken Sie darüber, entspricht der Katalog prinzipiell der Qualitätssicherung in der praktischen Ausbildung? Welche Vor- und Nachteile bringt er mit sich mit?" beantworteten alle 15 der Befragten mit prinzipiell ja. Und gaben folgende Vor- und Nachteile an:

<i>Schüler absolvieren ihre Praktika in den verschiedensten, unterschiedlichsten Einrichtungen in Niederösterreich und haben einen einheitlichen Praxiskatalog (2x);</i>	<i>alle haben die gleichen Kriterien, man hat jahrgangsspezifische Vorgaben, ist aber auch individuell und je nach Praktikumsstelle handhabbar; dokumentiert den Fortschritt von Schülern, es besteht ein schriftlicher Kontakt zum Personal zum Schüler und zu den LehrerInnen;</i>
<i>Dies ist auch für Praxisanleiter von Vorteil, wenn alle die gleiche Dokumentationsform haben;</i>	<i>Schüler selbst haben einen Überblick; (11x)</i>
<i>dokumentiert den Fortschritt der Schüler (7x);</i>	<i>Schüler sind aufgefordert, sich auf das Praktikum selbst vorzubereiten, sie müssen selbst Ziele auswählen und diese mit den Stationen absprechen;</i>
<i>fördert die Eigenverantwortlichkeit der Schüler;</i>	<i>gibt einen Überblick über erlernte Fähigkeiten</i>
<i>die DGKS muss sich mit dem Inhalt auseinandersetzen, wenn es richtig gemacht werden soll;</i>	<i>Schüler haben einen einheitlichen Praxiskatalog;</i>
<i>Schüler müssen selbst Lernziele einfordern;</i>	<i>Ziele sind vorgegeben und werden nicht mehr dem einzelnen überlassen bzw. der Station überlassen;</i>
<i>das Einfordern von Zielen verbessert die Ausbildung;</i>	<i>Schüler haben einen Überblick welche Ziele sie bis jetzt erreicht haben und welche noch fehlen;</i>

Da die SchülerInnen die Praktika in verschiedenen und unterschiedlichen Einrichtungen absolvieren ist es wichtig, eine einheitliche Dokumentationsform zu schaffen. Diese Anforderung erfüllt für die Befragten der Praxiskatalog. Auch für die PraxisanleiterInnen ist es von Vorteil, wenn alle PraktikantenInnen eine einheitliche Form haben, um den enormen Zeitaufwand zu reduzieren. Der Praxiskatalog dokumentiert den Fortschritt der SchülerInnen und fördert die Eigenverantwortung. Der/die SchülerIn selbst, muss sich auf das Praktikum vorbereiten, Ziele auswählen und diese mit den jeweiligen Stationen bzw. PraxisanleiterInnen besprechen. Alle Beteiligten müssen sich mit dem Inhalt der praktischen Ausbildung auseinandersetzen und wissen dadurch über die Lernziele bescheid.

Der Praxiskatalog ermöglicht eine individuelle Handhabbarkeit und ermöglicht einen Überblick über das Erlernte, aber auch über Ziele, die noch erreicht werden müssen.

Dass die SchülerInnen selbst Lernziele in der praktischen Ausbildung einfordern können, wird als besonderes Merkmal angegeben. Ziele sind vorgegeben und sind nicht mehr dem Einzelnen bzw. der Station selbst überlassen. Dieses Einfordern von Zielen verbessert die Ausbildung und wird auch gleichzeitig als Qualitätssicherung angesehen.

Dennoch bringt der Praxiskatalog nicht nur Vorteile mit sich. Von allen befragten LehrerInnen für Gesundheits- und Krankenpflege wurden auch Nachteile genannt:

<i>Zu kompliziert für Schüler, verzerrt die Qualitätssicherung;</i>	<i>Handhabung für Schüler teilweise sehr schwammig, besonders die Zieldefinition ist teilweise sehr schwammig, ab wann ist ein Ziel erreicht;</i>
<i>großer Zeitaufwand für Praxisanleiter und Schüler; die Selbstbeurteilung der Schüler fehlt;</i>	<i>teilweise sehr unübersichtliche Verteilung der Tätigkeiten, die zusammengesetzt werden müssen, weil sie auch zusammen gehören;</i>

<i>ist von seiner Struktur her sehr umfangreich; die Taxonomie im Endverhalten – Wissen, Verstehen, Beurteilen, Analysieren – fehlt innerhalb der Ziele;</i>	<i>es gibt noch gewisse Schwachstellen, die noch nicht überarbeitet worden sind, z.B.: Themenbereiche wie OP-Bereich, Intensiv, hier wäre eventuell ein Detailkatalog für Spezialstationen notwendig;</i>
<i>nicht auf allen Stationen einsetzbar;</i>	<i>im extramuralen Bereich nicht einsetzbar;</i>
<i>ist unübersichtlich;</i>	<i>für Schüler sehr aufwendig in der Handhabung;</i>
<i>sehr umfangreich und unübersichtlich für Schüler, aber auch für Praxisanleiter und Stationen;</i>	<i>stellt für Lehrer, Schüler und Praxisanleiter einen ziemlichen Arbeitsaufwand dar.</i>
<i>sehr umfangreich und unübersichtlich für Schüler, aber auch für Praxisanleiter bzw. für die Stationen;</i>	

Als eine besondere Anforderung an den Praxiskatalog wird die Handhabung angesehen. Sie sollte einfach für SchülerInnen und PraxisanleiterInnen gestaltet sein, damit die Dokumentation vereinheitlicht werden kann und somit auch der Qualitätssicherung entspricht. Ein wesentlicher Kritikpunkt stellt die ungenaue Zieldefinition dar. Wann ist ein Ziel erreicht und auch wie wurde ein Ziel erreicht. Auch die Selbstbeurteilung der SchülerInnen fehlt.

Der Praxiskatalog als Dokumentation der praktischen Ausbildung wird von der Struktur her als sehr umfangreich und unübersichtlich für SchülerInnen und PraxisanleiterInnen angesehen. Einzelne Schritte von Pflegetätigkeiten müssen in unterschiedlichen Teilbereichen des Kataloges zusammengesucht werden, um einem Ziel zu entsprechen. Dieses Zusammensuchen kann in der späteren Ausbildung nicht mehr analysiert werden. Dadurch ist ein vernetztes Denken der SchülerInnen nicht möglich. Das Arbeiten mit dem Katalog wird mit sehr großem Arbeits- und Zeitaufwand verbunden. Der Praxiskatalog kann nicht in allen Bereichen eingesetzt werden. Besonders Spezialstationen wie OP-Bereich oder Intensiv würden einen Detailkatalog verlangen.

Frage 2: „Gibt es Ihrer Meinung nach Themenbereiche in der praktischen Ausbildung, die zu wenig gar nicht im Curriculum berücksichtigt wurden, oder zu viel beinhaltet oder aber auch überflüssig sind?“

Diese Frage wurde teilweise sehr konträr beantwortet:

<i>Für allgemeine Stationen ist das Wichtigste vorhanden;</i>	<i>für spezielle Stationen fehlen viele Details;</i>
<i>es gibt einige Zusatzprotokolle von den Stationen (z.B.: Intensiv und Hauskrankenpflege);</i>	<i>Zusatzprotokolle verschwinden leider oft nach dem Praktikum und können im Katalog nicht mehr berücksichtigt werden;</i>
<i>Geriatric ist ein Thema, welches sicherlich zu wenig behandelt wird;</i>	<i>Geriatric müsste noch viel intensiver behandelt werden, im Unterricht als auch im Praktikum und auch eigens im Praxiskatalog dokumentiert;</i>
<i>der Themenbereich Behinderung wird viel zu wenig besprochen, insbesondere der Umgang mit geistiger Behinderung;</i>	<i>im Praxiskatalog fehlen auf jeden Fall einige Themenbereiche, viele Stationen haben eigene Kataloge kreiert, damit es die Handhabung erleichtert;</i>
<i>im Praxiskatalog gibt es teilweise Überschneidungen, Themen sind teilweise doppelt angeführt z.B.: VATI-Lagerung;</i>	<i>einige Stationen haben eigene Praktikumsziele definiert, die extra eingeklebt werden, weil die Praktikumsziele sehr verstreut sind - doppelter Aufwand für Schüler und Praxisanleiter; OP-Bereich fehlt;</i>
<i>psychosoziale Bereiche fehlen;</i>	<i>es sind viele Inhalte, aber keiner überflüssig;</i>
<i>einige Stationen haben eigene Verlaufsdokumentationen entwickelt mit speziellen Zielen z.B.: sozialpsychiatrische Abteilung;</i>	<i>es sind viele Inhalte, aber keiner überflüssig;</i>
<i>es gibt keine fehlenden Bereiche;</i>	<i>wenn man sich mit dem Katalog auseinandergesetzt hat, findet man alle Themenbereiche;</i>
<i>diese Frage kann von einem Lehrer nicht beantwortet werden, die Verantwortung des Führens des Kataloges obliegt allein dem Schüler oder der Schülerin;</i>	<i>nicht jeder Schüler kann jedes Ziel erreichen aufgrund der unterschiedlichen Lernziele des einzelnen Jahrganges; nicht jede Situation trifft jeder Schüler im Praktikum an.</i>

Die Antworten zu dieser Frage sind sehr unterschiedlich. Für allgemeine Stationen ist das Wichtigste im Praxiskatalog vorhanden und auch ausreichend. Für spezielle Stationen fehlen Teilbereiche. Insbesondere wurden Intensiv und OP-

Bereich, Hauskrankenpflege, psychosoziale und sozialpsychiatrische Bereiche genannt. Die Themenbereiche Geriatrie und der Umgang mit Behinderung, insbesondere mit geistiger Behinderung, müssten noch viel intensiver im Unterricht, als auch in der Praxis, sprich Praxiskatalog, behandelt werden.

Einige Stationen haben eigene Zielkataloge formuliert, weil die Praktikumsziele sehr verstreut sind. Diese werden extra eingeklebt, aber auch oft verloren. Es entsteht ein doppelter Arbeitsaufwand für SchülerInnen durch die Kontrolle der Ziele im Praxiskatalog.

Teilweise gibt es auch Überschneidungen; Themenbereiche sind teilweise doppelt angeführt. Als Beispiel wurde hier die VATI-Lagerung genannt.

Für gut die Hälfte (7) der Befragten ist der Praxiskatalog ausreichend. Es fehlen keine Themenbereiche, wenn man sich mit dem Katalog gut auseinandersetzt. Es ist auch nicht Sinn der Sache, sämtliche Feinheiten herauszuarbeiten und dann als Grundlage zu verwenden, da nicht alle SchülerInnen auf spezielle Stationen kommen, sondern nur auf Wunsch dort Praktika absolvieren. Außerdem trifft nicht jede(r) Schüler(in) im Praktikum jede Situation an.

Frage 3: Der Praxiskatalog soll eine Grundlage für ein einheitliches Beurteilungsschema sein. Trifft das in der Praxis für Sie zu?

Dies ist für viele der Befragten ein sehr emotionales Thema, das in der Praxis viele Probleme aufwirft und immer wieder Diskussionspunkt zwischen SchülerInnen, PraxisanleiterInnen und LehrerInnen für Gesundheits- und Krankenpflege sein dürfte. Diese Frage wurde sehr konkret und klar beantwortet:

<i>Hat nichts mit Beurteilung zu tun, es besteht kein Zusammenhang zwischen Praxiskatalog und Beurteilungsbogen;</i>	<i>eine Selbsteinschätzung des Schülers fehlt; kann in der Praxis nicht als Beurteilungsgrundlage angesehen werden;</i>
<i>wie das Ziel erreicht wird, kann nicht nachvollziehbar gemacht werden;</i>	<i>es sollte auch das Fehlen von Zielen in die Beurteilung miteinbezogen werden;</i>
<i>kann nicht als einheitliches Beurteilungsschema angesehen werden. Vor allem im 1. Ausbildungsjahr werden Tätigkeiten von DGKS/DGKP nicht angekreuzt, weil den Schülern zu wenig Übung zugetraut wird, oft kommen die Schüler dann nicht mehr auf die Station und es fehlen ihnen dann die Unterschriften für die jeweiligen Ziele;</i>	<i>in welchem Ausbildungsjahr das Ziel erreicht wurde, ist oft nicht ersichtlich, was genau sollen oder müssen Schüler in welchem Ausbildungsjahr können?;</i>
<i>es sollte jahrgangsspezifische Dokumentationsformen geschaffen werden;</i>	<i>dient nur als Leitfaden zur Beurteilung, die Schnittstelle, wie hat der Schüler sein Ziel erreicht, fehlt;</i>
<i>ist nur als Grundlage für die Beurteilung anzusehen;</i>	<i>der Katalog dient zur Orientierung zur Beurteilung – es werden Ziele verfolgt; es gibt individuelle Zielvorgaben von Anleitern, die zur Beurteilung herangezogen werden;</i>
<i>es ist vor allem unklar, wie am Ende die Zielerreichung aussehen soll;</i>	<i>es bleibt offen wie das Ziel am Ende erreicht wird;</i>
<i>die Zielerreichung kann nicht verfolgt werden;</i>	<i>offen bleibt, ob es jemand nur gesehen hat, oder selbständig durchgeführt hat;</i>

<i>die Beurteilung selbst ist jedoch sehr schwierig, da der Praxiskatalog nur die Zielerreichung angezeigt und nicht das „Wie“, somit ist der Katalog und die Beurteilung von einander unabhängig;</i>	<i>Zielerreichung ist nicht gleichgesetzt dem Beurteilungsschema;</i>
<i>Katalog dient nur zur Zielerreichung, Beurteilung hat ein eigenes Schema und somit hat die Zielerreichung nichts mit dem Beurteilen zu tun;</i>	<i>es besteht kein Zusammenhang; als Beurteilungsschema sehr schwierig – es folgt keine Abschätzung mit welcher Leistung das Ziel erreicht wurde und kann daher nicht zur Beurteilung herangezogen werden;</i>
<i>der Praktikums katalog wäre eine gute Grundlage für ein Beurteilungsschema, nur sollte er noch verfeinert werden, damit man auch eine Beurteilung aufgrund dessen machen kann;</i>	<i>die Spalte „Wie wurde ein Ziel erreicht“ fehlt; eine objektive Beurteilung ist nicht möglich, da die Kriterien sehr allgemein geschrieben sind z.B.: reagiert adäquat;</i>
<i>es müssen mehrere Spalten geschaffen werden, damit der Verlauf dokumentiert werden kann z.B.: teilweise selbständig durchgeführt, unter Anleitung gesehen oder durchgeführt.“</i>	

Zwischen Beurteilung und Praxiskatalog besteht kein Zusammenhang. Begründet wird dies durch die Zieldefinition. Es geht nicht hervor, wie das Ziel erreicht wurde. Es bleibt offen, ob die SchülerInnen die betreffende Pflegehandlung nur gesehen haben oder selbständig durchgeführt haben. Außerdem ist es oft nicht ersichtlich, in welchem Ausbildungsjahr das Ziel erreicht wurde. Es sollte jahrgangsspezifische Dokumentationsformen geschaffen werden, um auch genau zu definieren, welche Lerninhalte in welchem Ausbildungsjahr die Schüler erfüllen müssen. Auch das „Nicht-erreichen“ von Zielen sollte in die Beurteilung mit einbezogen werden. Eine Selbsteinschätzung der SchülerInnen fehlt

Die Interviews brachten nicht nur Kritikpunkte hervor. Sechs Interviewpartner bewerteten den Praxiskatalog als eine gute Grundlage für ein Beurteilungsschema:

<i>Der Praxiskatalog ist eigentlich schon eine Grundlage für ein einheitliches Beurteilungsschema, da der Verlauf sehr gut aufgezeigt wird;</i>	<i>bis jetzt gibt es keinen besseren Versuch zur Vereinheitlichung, der Weg ist schon richtig, nur gehört er noch etwas verfeinert;</i>
<i>wenn es korrekt gemacht wird, dann ist der Praxiskatalog eine Grundlage für ein einheitliches Beurteilungsschema;</i>	<i>er dient vor allem als Leitfaden zur Beurteilung;</i>
<i>ist eine Orientierung zur Beurteilung;</i>	<i>die Einheitlichkeit ist dadurch verbessert, da mehrere Schulen den gleichen Katalog verwenden;</i>
<i>die Einheitlichkeit ist dadurch verbessert, da mehrere Schulen den gleichen Katalog verwenden;</i>	<i>der Schüler weiß im Vorfeld welche Lernziele zu erfüllen sind.“</i>

Der Praxiskatalog wird deshalb als Grundlage für ein einheitliches Beurteilungsschema angesehen, weil Fortschritte und der Verlauf der praktischen Ausbildung dokumentiert und vor allem nachvollziehbar gemacht werden. Ein wesentliches Kriterium dafür ist die Vereinheitlichung. Jede(r) Schüler(in), egal in welcher Schule, sollte nach gleichen Richtlinien beurteilt werden. Die PraktikantInnen können sich durch den Praxiskatalog schon im Vorfeld auf die betreffenden Lernziele vorbereiten und orientieren.

Frage 4: Kann Ihrer Meinung nach die praktische Ausbildung durch PraxisanleiterInnen und mittels Praxiskatalog ausreichend abgedeckt werden?

4a) Welche Verbesserungsvorschläge haben Sie für die praktische Ausbildung?

Die Interviews erbrachten bei dieser Frage sehr viele Gemeinsamkeiten. Grundsätzlich wird die praktische Ausbildung durch PraxisanleiterInnen und Praxiskatalog als ausreichend reflektiert, obwohl sich doch herauskristallisiert, dass die Handhabung mit dem Praxiskatalog in den Anfängen doch sehr

schwierig und undurchsichtig ist. Alle der Befragten gaben spontan Verbesserungsvorschläge an:

<i>Die Praxisanleiter müssten eigens nur für Schüler zuständig sein, sie arbeiten ständig mit den Schülern zusammen und müssten auch dementsprechend honoriert werden;</i>	<i>Schüler sollten mehr Zeit mit PraxisanleiterInnen haben und mehr gemeinsam arbeiten;</i>
<i>Praxisanleiter sollten mehr mit den Schülern arbeiten, nicht nur einen halben Tag zu Praktikumsbeginn. Es sollte auf jeden Fall eine Woche sein. Das Ausfüllen des Praxiskataloges und die Beurteilung sollten mit dem Schüler gemeinsam geschehen.;</i>	<i>Anleiter machen zurzeit die Anleitung „daneben“, Schüler laufen mit – es gibt keine eigenständige Anleitung, nur punktuelle Anleitung; ein Praxisanleiter sollte nicht mehr als 4 Schüler anleiten.“</i>
<i>der Praxisanleiter sollte nur für Schüler zuständig sein;</i>	

Aus diesen Argumenten geht ganz klar hervor, dass für die praktische Ausbildung unbedingt PraxisanleiterInnen nur für SchülerInnen zuständig sein sollten. Die Betreuung der SchülerInnen sollte eine Hauptaufgabe sein. Dass die PraxisanleiterInnen für Patienten zuständig sind und auch im Turnusdienst stehen, wird als großes Manko angesehen. Auch die Honorierung wird angesprochen. Nicht nur das Anleiten von SchülerInnen wird nur so „daneben“ gemacht, es gibt in diesem Bereich auch keine Entlohnung dafür.

<i>Die Zielerreichung sollte so dokumentiert werden, dass eine realistische Benotung auch nachvollziehbar gemacht werden kann. Dann gibt es nicht immer mit „Auszeichnung bestanden“, sondern kann auch eine schlechtere Beurteilung argumentieren und beweisen. Es würde für die Beurteilung Richtlinien geben und es wäre objektiver;</i>	<i>Praxisanleiter sollten alle eine Ausbildung vorweisen können. Der Katalog kann keine Ausbildung der Anleiter ersetzen, der Katalog dient nur als Verlaufsprotokoll;“</i>
<i>zu wenig Anleiter sind geschult bezüglich Beurteilung, Feedback geben,...;</i>	<i>verstärkte Schulungen wären notwendig bezüglich Wahrnehmung, Vorgehensweise bei Beurteilungen;</i>
<i>Praxisanleiter sollen in der Ausbildung mehr hören an didaktischen Grundsätzen, Feedback und Beurteilungsschemen;</i>	<i>Praxisanleiter sollen Ausbildung haben;</i>

Hier wird wiederum die Definition bzw. die Art der Dokumentation der Ziele als Defizit beschrieben. Wäre die genaue Zielerreichung nachvollziehbar, dann könnte die Beurteilung darauf basieren und wäre somit objektiver. Als ein weiterer Kritikpunkt wurde die Ausbildung der Praxisanleiter genannt, die einer fundierten Sonderausbildung unterliegen sollte. Der Praxiskatalog wird zwar als Verlaufsprotokoll angesehen, aber die Hauptverantwortung für die praktische Ausbildung trägt der/die SchülerIn selbst und der/die PraxisanleiterIn.

<i>Es sollte jeder Bereich (Interne, Chirurgie,...) eigene Lern- und Lehrzielkataloge haben, die sie selbst zu Beginn der Praktika den Schülern überreichen sollten;</i>	<i>Wichtig wären einheitliche Theorie- und Praxisblöcke in allen Schulen in Niederösterreich. Blöcke sollen generalisiert werden und in allen Schulen gleich sein. Also 1. Jahrgang hat Theorieblock vom 1. September bis 23. Dezember in allen Schulen und so weiter;</i>
<i>die Eigenverantwortung des Schülers hilft auch die praktische Ausbildung nachvollziehbarer zu machen;</i>	<i>Angeleitetes Praktikum sollte nicht durch LehrerInnen der Gesundheits- und Krankenpflegeschule absolviert werden, sondern von den geschulten PraxisanleiterInnen.</i>

Eine Möglichkeit den Praxiskatalog transparenter zu gestalten wurde ein Detailkatalog von den Stationen selbst als Verbesserungsvorschlag angegeben. Einheitliche Blockgestaltung in den Schulen Niederösterreichs und eigene „Kliniklehrer“, die für die praktische Ausbildung zuständig sind, wurden als weitere Anliegen genannt.

Um weitere Ideen zur Verbesserung der Ausbildung erheben zu können, wurde die 4. Frage zum Schluss nochmals neu formuliert und wie folgt gestellt.

Frage 5: Wie soll Ihrer Meinung nach inhaltlich oder personell die praktische Ausbildung in Zukunft aussehen?

Manche der Befragten nutzten diese Chance teilweise mit großer Begeisterung und Emotion ihre Ideen für die praktische Ausbildung kund zu tun:

<i>Praxisanleiter sollen mindestens 3 – 5 Jahre Berufserfahrung nachweisen können;</i>	<i>Praxisanleiter sollen alle eine Zusatzausbildung haben. Bessere pädagogische Schulung und auch wie eine objektive Beurteilung zustande kommt;</i>
<i>Die Praxisanleiter sollen für gewisse Stunden, mindestens 10 Stunden pro Praxisblock, frei gestellt werden. Wichtig wäre eine Ausbildung für jede(n) PraxisanleiterIn, es sollte nur ausgebildete Praxisanleiter geben, die für Schüler zuständig sind;</i>	mit besserer Sonderausbildung und dementsprechender Entlohnung, die Praxisanleiter brauchen unbedingt pädagogische Ausbildung und auch mehr Ausbildung zum Thema Beurteilung eines Schülers;
Praxisanleiter brauchen mehr Zeit für die Schüler;	Anregungen der Praktiker sollen an der Führungsebene anerkannt werden;
Anleiter sollen oder müssen in Zukunft für diese Arbeit zur Verfügung haben und sie sollte nicht neben der Hauptarbeit geschehen;	die Schüler kommen auf den Stationen zu kurz, es sollte eigene Anleiter nur für Schüler geben;
sogenannte „Kliniklehrer“ wie sie die Schweiz hat, wären wünschenswert, die nicht im Turnusdienst stehen und nur für die praktische Ausbildung der Schüler zuständig sind.	

Wie die personelle Zukunft der praktischen Ausbildung aussehen sollte, ist für die meisten der Befragten ganz klar. Es soll unbedingt eine fundierte Sonderausbildung anstelle einer Weiterbildung für PraxisanleiterInnen mit pädagogischen Inhalten geben. Zielgruppe sollen Mitglieder des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege sein, die mindestens 3 – 5 Jahre Berufspraxis vorweisen können. So wie es für den theoretischen Teil der Ausbildung LehrerInnen für Gesundheits- und Krankenpflege gibt, sollte es „Kliniklehrer“ für die praktische Ausbildung nach dem „Schweizer-Modell“ geben und auch dementsprechend entlohnt werden. Da dieses Ziel jedoch sehr weit entfernt scheint,

wäre eine Freistellung für PraxisanleiterInnen als Übergangslösung denkbar. Als Richtwert wurden mindestens 10 Stunden pro Praxisblock angegeben.

Weitere Vorschläge können der Struktur von Gesundheits- und Krankenpflegeschulen zugeordnet werden:

<i>Es sollte eine „Schulstation“ im Langzeitbereich geben, in der der 3. Jahrgang eingearbeitet ist und unter Aufsicht die Pflege und die Administration wie ein Hauptdienst übernimmt. Tag- und Nachtdienst müssen von Schülern abgedeckt sein. Dienstübergabe sollte von Schüler zu Schüler unter Aufsicht durchgeführt werden;</i>	<i>es sollte genau definiert sein, welche Jahrgänge auf welche Stationen zugeteilt werden, und dies sollte in Österreich gleich sein. Zum Beispiel sollte nur der 3. Jahrgang auf eine Intensiv kommen und dafür auch alle Schüler, und es sollte kein 2. Jahrgang dort sein. Alle, die diplomiert haben, sollten zumindest einmal im Intensivbereich gearbeitet haben;</i>
<i>Es sollte „Lernwerkstätten“ geben, damit man Theorie und Praxis verbinden kann;</i>	<i>es sollte Pflegevisiten in Verbindung mit Fallbeispielen mit Schüler geben;</i>
<i>in denen sollten Lehrer für Gesundheits- und Krankenpflege, Schüler und Praxisanleiter arbeiten; „Pflege denken“ – der Diagnoseprozess muss mehr ausgebaut werden und muss weg gehen vom medizinischen Denken;</i>	<i>es sollte eigene Lernstationen geben, wo Schüler unter Aufsicht Hauptdienste absolvieren sollen.</i>

Zum Thema Struktur der Schule bezüglich praktischer Ausbildung kamen zum Teil sehr konkrete und schon sehr weit durchdachte Konzepte wie z.B.: eine Schulstation oder eine Lernwerkstatt.

Ein weiterer Schwerpunkt der praktischen Ausbildung wurde die jahrgangsspezifische Stationsaufteilung genannt und die Forderung, dass jeder/e Diplomierte/r während der gesamten Ausbildung, im 3. Jahrgang am geeignetsten, mindestens einmal auf einer Intensivstation gearbeitet hat. Ein wichtiger Anregungspunkt für die praktische Ausbildung stammt aus der Basisphilosophie. „Pflege denken lernen“ wurde als ein wichtiges Schlagwort genannt. Die praktische Ausbildung ist immer noch zu sehr an die Medizin geknüpft.

Bezüglich der inhaltlichen Frage nahmen alle TeilnehmerInnen auf den Praxiskatalog Bezug. Der Katalog sollte eine aufbauende Struktur des Lernens vorweisen können, um ein vernetztes Denken der SchülerInnen zu fördern. Eine

Gliederung nach Fachbereichen (stationärer Bereich, Langzeitpflege, ...) wird als sinnvoller betrachtet.

Ein Praxiskatalog sollte jahrgangsspezifisch gestaltet werden, um einer Überforderung der SchülerInnen entgegenzuwirken und auch Ziele konkret für jeden Jahrgang zu formulieren. Ergänzend sollte es dazu eigene Fallbesprechungen mit den SchülerInnen geben. Diese Argumente werden mit folgenden Aussagen der Befragten belegt:

<i>Definition der Ziele sollten an Hand der absolvierten Praktika vorgenommen werden. Es sollte aufbauend gelernt werden und nicht nur einzelne Punkte aus einem Thema um ein vernetztes Denken entstehen zu lassen;</i>	<i>es stellt sich die Frage, ob die praktische Ausbildung an Hand des Praxiskataloges in der jetzigen Form Sinn macht. Vielleicht wäre eine Gliederung nach Fachbereichen sinnvoller, wie er schon teilweise enthält zum Beispiel Validation im Langzeitbereich;</i>
<i>eigener Praktikums katalog für Schüler jahrgangsspezifisch wäre wünschenswert. Schüler sind mit der Konfrontation des gesamten Praktikums der ganzen Ausbildung überfordert. Stationen sollten genau für jeden Jahrgang definiert sein;</i>	<i>spezielle Dokumentationsformen für spezielle Stationen geben;</i>
<i>Lehrziele und Lernziele sollten aus der Praxis kommen.</i>	

8.5. Zusammenfassung und Beantwortung der Fragestellungen

1) Kann der Praxiskatalog als Instrument zur Qualitätssicherung in der praktischen Ausbildung dienen?

Diese Frage kann *nur grundsätzlich* mit „Ja“ beantwortet werden. Als ein wichtiger Schwerpunkt der Qualitätssicherung wird die einheitliche Dokumentationsform genannt. Die praktische Ausbildung wird von den Gesundheits- und KrankenpflegeschülerInnen in den verschiedensten Institutionen absolviert. Dies stellt nicht nur eine große Chance für die Auszubildenden dar, sondern auch einer großen Herausforderung, erforderliche Lernziele zu garantieren, gegenüber. Als besonders Merkmal wird das Einfordern von Zielen der SchülerInnen genannt. Dies verbessert die Ausbildung und wird gleichzeitig als eine Qualitätssicherung angesehen. Die Handhabung des Praxiskataloges sollte einfach gestaltet sein, um den Zeitaufwand aller Beteiligten zu reduzieren. In diesem Bereich konnten SchülerInnen und PraxisanleiterInnen nicht zustimmen. Der Praxiskatalog bringt zwar neue Fragestellungen hervor und fördert das Einbringen von Argumenten, geht aber nicht individuell auf jede(n) Schüler(in) ein.

Aus der Sicht der PraxisanleiterInnen fördert die Handhabung des Praxiskataloges die Selbständigkeit des/der Schülers(in) und verkürzt den Zeitfaktor für das Erlernen einer Pflegetätigkeit. Er vermittelt Praxisnähe, belegt jedoch nicht die Qualität der praktischen Ausbildung. Es existieren Abweichungen zwischen Theorie und Praxis.

Der Praxiskatalog geht zwar ausreichend auf die einzelnen Dimensionen der AEDL ein, aber die einzelnen Kriterien der Dimensionen treffen nicht immer auf den jeweiligen Lernerfolg zu.

Aus der Sicht der SchülerInnen belegt der Praxiskatalog das spezifische Wissen, lässt aber kein vernetztes Denken entstehen. Die Kriterien gehen nicht nur unzureichend auf den jeweiligen Lernerfolg ein, sondern bieten auch keine weiteren Lösungsmöglichkeiten, falls der erwartete Lernerfolg nicht eintritt. Daher gibt es noch zusätzliche Verlaufskontrollen bzw. Verlaufsdokumentationen auf den Stationen.

Von den PraxisanleiterInnen selbst, als auch von den SchülerInnen wird angegeben, dass nicht alle Beteiligten gut über das Handling des Kataloges eingeschult sind.

Um der Qualitätssicherung zu entsprechen, muss der Praxiskatalog während der ganzen praktischen Ausbildung anwendbar sein. Diese Frage wurde zum Teil sehr unterschiedlich beantwortet. Für SchülerInnen deckt der Katalog die Ansprüche im stationären Bereich zu 84,55 % ab; für PraxisanleiterInnen jedoch nur 37,04 %. Ebenso unterschiedlich sind die Ergebnisse des ambulanten Bereiches (SchülerInnen 24,55 %; PraxisanleiterInnen 7,41 %), in der Langzeitpflege (SchülerInnen 61,82 %; PraxisanleiterInnen 29,63 %) und im extramuralen Bereich (SchülerInnen 29,09 %; PraxisanleiterInnen 14,81 %). Für 40,74 % der PraxisanleiterInnen deckt der Katalog in keinem der genannten Bereiche die Ansprüche ab; für SchülerInnen nur 14,55 %. Diese Dokumentationsform kann nicht in allen Bereichen eingesetzt werden. Besonders Spezialstationen wie OP-Bereich, Intensiv, Hauskrankenpflege, psychosoziale und sozialpsychiatrische Bereiche würden einen Detailkatalog verlangen. Die Themenbereiche Geriatrie und der Umgang mit Behinderung, besonders mit geistiger Behinderung, müssten noch viel intensiver im Unterricht, als auch in der Praxis behandelt werden.

2) Dient der Praxiskatalog als Leitfaden für grundlegende Pflegefertigkeiten und Qualifikationen, Dimensionen pflegerischen Handelns und Pflege im Zusammenhang mit Diagnostik und Therapie?

Grundsätzlich wird der Praxiskatalog von allen Befragten als Leitfaden für die praktische Ausbildung angesehen und macht kleine Schritte des Lernens ersichtlich, wirkt sich aber nicht besonders auf die Motivation der SchülerInnen aus, Lernziele zu erreichen.

Der Praxiskatalog gibt zwar klare Normen vor, verleiht aber den SchülerInnen während der praktischen Ausbildung keine Sicherheit. Entwicklungen und Tendenzen des individuellen Lernens sind zu erkennen. Der Katalog lässt auch vertiefende Interessen der SchülerInnen zu.

Aus der Sicht der SchülerInnen ist es oft unklar, worauf es bei den Praktikumszielen ankommt. Der Praxiskatalog hilft nicht, sich den Unterrichtsstoff der einzelnen Dimensionen einzuprägen. Nur knapp die Hälfte vergleicht die Zielerreichung mit den KollegInnen und gut ebenso viele vergessen, laut eigenen Angaben, oft Lernziele abzeichnen zu lassen.

3) Kann der Praxiskatalog als Grundlage für ein einheitliches Beurteilungsschema in der praktischen Ausbildung herangezogen werden?

Diese Frage kann mit einem eindeutigen „Nein“ beantwortet werden. 76,37 % der SchülerInnen sind der Meinung, dass sich durch den Praxiskatalog der Zeitfaktor nicht verkürzt und auch die Selbstkontrolle keine gute Methode ist, sich den Lernstoff einzuprägen. Die SchülerInnen können durch den Praxiskatalog selbst keine kontinuierlichen Lernerfolge erkennen und geben an, dass die dokumentierten Lernziele nicht den tatsächlichen Leistungen entsprechen. Überraschend hingegen ist, dass laut Angaben der SchülerInnen, die Beurteilung den tatsächlichen Leistungen entspricht, die wiederum mit dem Praxiskatalog übereinstimmt. Trotzdem ist die Mehrheit davon überzeugt, dass die Aufzeichnungen im Praxiskatalog die Endbeurteilung nicht beeinflussen und die Beurteilung dadurch nicht objektiver wurde. Auch die befragten PraxisanleiterInnen sind der Meinung, dass der Praxiskatalog den SchülerInnen kein klares Feedback gibt. Durch die fortlaufende Dokumentation kann keine Beurteilung nachvollziehbar gemacht werden und auch die Beurteilung selbst wurde dadurch nicht objektiver. Auch bei der Frage, ob am Ende der Ausbildung alle Ziele erreicht werden können, sind sich PraxisanleiterInnen und DiplomandInnen einig, dass dies nicht der Fall ist. Offen bleibt, ob dieses „Nicht-erreichen“ in der Beurteilung berücksichtigt wird oder nur die erreichten Ziele ausschlaggebend sind.

Eine auffällige Uneinigkeit erbrachte die Erhebung der Zieldefinition. Auch aus den Interviews der LehrerInnen für Gesundheits- und Krankenpflege geht hervor, dass durch die ungenaue Zieldefinition eine Beurteilung unmöglich macht. Auf die Frage wann ein Ziel erreicht bzw. abgezeichnet wird, gab die Mehrheit (57,69 %) der PraxisanleiterInnen an, wenn der/die SchülerIn die „Pflegehandlung selbständig und richtig durchgeführt“ hat. 34,62 % der PraxisanleiterInnen wird ein Ziel bestätigt bei „Pflegehandlung selbständig, richtig und routiniert“

durchgeführt. Interessant war, dass bei dieser Frage einige PraxisanleiterInnen zwei Antworten angekreuzt haben. Dies lässt den Schluss zu, dass der einzelne selbst oft nicht genau weiß, wann ein Ziel erreicht ist und die Zielerreichung innerhalb eines Beurteilers oft unterschiedlich ist. Auch in den Fragebögen der SchülerInnen wurden mehrere Antworten bei dieser Frage abgegeben, obwohl kein Hinweis auf eine Mehrfachwahl angegeben war. Dies lässt die Schlussfolgerung zu, dass diese Situation von allen Beteiligten sehr unterschiedlich erlebt wird.

Sehr unterschiedliche Angaben erbrachte die Frage nach welchem Maßstab der Zeitfaktor bestimmt wird. Also wie schnell ein(e) Schüler(in) die Pflege Tätigkeit erlernt. 40 % der PraxisanleiterInnen orientieren sich am eigenen Arbeiten, 36,00 % verlassen sich auf das Gefühl, 44,00 % am Vergleich mit anderen SchülerInnen und 4,00 % an der Uhr. Auffallend ist, dass die PraxisanleiterInnen, die sich am eigenen Arbeiten orientieren, auch angeben, länger als 20 Jahre in diesem Beruf tätig zu sein! Auch der Vergleich mit anderen SchülerInnen dient keiner Objektivierung. Es kommt also bei der Beurteilung darauf an, wie gut die KollegInnen sind, die zufälligerweise auch auf diese Station zugeteilt worden sind.

Fazit ist, dass der Praxiskatalog, auch laut Angaben der LehrerInnen für Gesundheits- und Krankenpflege, nur als Grundlage fungiert, weil er den Verlauf und die Fortschritte der praktischen Ausbildung dokumentiert, aber nicht wirklich zur Beurteilung aufgrund der fehlenden Zieldefinition herangezogen werden kann. Außerdem fehlt für LehrerInnen für Gesundheits- und Krankenpflege die Selbsteinschätzung der SchülerInnen. Im Fragebogen der SchülerInnen wurde dies berücksichtigt. In dieser Frage wurden Lernziele aus dem Praxiskatalog zur Selbsteinschätzung herangezogen. Die Mehrheit der Dimensionen pflegerischen Handelns und Schwerpunkte der Pflege im Zusammenhang mit Diagnostik und Therapie wurde mit über 90 % eingeschätzt. Nur Lernziele wie „Blutabnahmen, Punktionen, Untersuchungen, Eingriffe“, „Monitoring“, „Anwendung von Pflegemodellen“ und „transkulturelle Aspekte in der Pflege“ wurden unter 90 % eingeschätzt.

4) Kann der Praxiskatalog eine Transparenz erforderlicher Basisfertigkeiten bzw. Basisfähigkeiten bieten?

Auch in diesem Bereich trifft ein eindeutiges „Nein“ zu. Weder für SchülerInnen noch für die PraxisanleiterInnen ist der Praxiskatalog einfach und verständlich formuliert. Worauf es bei den Praktikumszielen wirklich ankommt, ist sehr oft unklar. Von gut der Hälfte aller Befragten wurde diese Dokumentationsform als übersichtlich strukturiert beurteilt. Der Katalog vermittelt keine Zusammenhänge von Pflegesituationen. Für einen Großteil der Befragten trifft gar kein Kriterium für den Praxiskatalog zu. Summa summarum gesehen, gilt der Praxiskatalog für alle Beteiligten als intransparent.

9. Schlussbetrachtung und Ausblick

Die Ausbildung zum gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege unterliegt ständigen Veränderungen und eine grundlegende Neuausrichtung des gesamten Berufsbildes ist spürbar. Ja sogar die traditionellen pflegerischen Berufsbilder verlieren ihre Funktionalität.

Großen Einfluss auf die gesundheitliche und pflegerische Versorgung nimmt der demografische, soziale und gesundheitspolitische Wandel ein. Es kommt zu einer deutlichen Zunahme an älteren Menschen mit steigendem Versorgungsbedarf. Das zukünftige Anforderungsprofil der Pflegeberufe wird sich aufgrund der Veränderungen der Bedürfnisse verstärkt an Prävention, Gesundheitsförderung, Rehabilitation, Anleitung und Beratung orientieren. Hier werden die hohen Anforderungen der Gesundheits- und Pflegeberufe deutlich. Diese Tatsache eröffnet dem Arbeitsmarkt unterschiedliche, aber auch eine Vielzahl an Berufsmöglichkeiten; damit verbunden ist ein steigender Qualifizierungsbedarf der Mitglieder des Gesundheitswesens. Die Herausforderung liegt dabei, sie zu koordinieren und gezielt einzusetzen. Praxistaugliche Curricula sind dazu ein wichtiger Beitrag. Es müssen Rahmenbedingungen erstellt werden, die unterschiedlich geregelte Ausbildungen auf eine gemeinsame Grundlage stellen, sowie gleiche Voraussetzungen für alle schaffen. Die sehr unterschiedlichen Zugänge zum Gesundheitswesen sind teilweise sehr intransparent und schaffen in der Praxis durch die verschiedenen Kompetenzbereiche Verwirrungen.

Dass die Pflege einer kontinuierlichen, systematischen Evaluation unterliegt, zeigt wohl der historische Werdegang. Von der Assistenz des Arztes bis zum eigenständigen Beruf; von der „Erziehung der Schwestern“⁷⁰ bis hin zu einer fundamentierten Grundausbildung. Trotzdem ist die Evaluation von Curricula nie abgeschlossen. Lehrpläne müssen sich den Anforderungen der Praxis immer wieder neu anpassen, um dem Praxis-Theorie-Transfer zu entsprechen und keine zu große Kluft zwischen theoretischen Inhalten und der Praxis entstehen zu lassen. Der fächerintegrative, kompetenz- und lernfeldorientierte Unterricht, sowie die Gestaltung selbstorganisierter Lernprozesse, erweisen sich als geeignete Instrumente, sich Lernziele einzuprägen.

⁷⁰Kozon V., Fortner N. (Hrsg.), Gegenwart und Perspektiven der Pflege, ÖGVP Österreichischen Gesellschaft für vaskuläre Pflege, Wien 2000, S. 13.

Diese Diplomarbeit sollte verstärkt auf die praktische Ausbildung zum diplomierten Gesundheits- und Krankenpflagedienstes hinweisen und mögliche Verbesserungsvorschläge vorbringen. Für die interviewten LehrerInnen der Gesundheits- und Krankenpflege ist die personelle Zukunft der praktischen Ausbildung ganz klar. Es sollte eine fundierte Sonderausbildung für PraxisanleiterInnen mit pädagogischen Inhalten geben. Zielgruppe sollte das diplomierte Pflegepersonal sein, mit einer mindestens 3 – 5 jährigen Berufserfahrung. Für die praktische Ausbildung sollte es sogenannte „Kliniklehrer“ nach dem „Schweizer Modell“ geben. Diese sollten nur für SchülerInnen zuständig sein und auch dementsprechend honoriert werden.

Eine wesentliche Veränderung der praktischen Ausbildung könnte die Einführung von „Schulstationen“ im Langzeitbereich oder sogenannte „Lernwerkstätten“ mit sich bringen. Hier sollen die Auszubildenden an den „Alltag“ der Praxis unter Aufsicht herangeführt werden. Die Eigenverantwortlichkeit und Eigenständigkeit sollte auf den/die jeweiligen Schüler(in) individuell abgestimmt sein.

Die Stationsaufteilungen und die Dokumentationsform der praktischen Ausbildung sollten jahrgangsspezifisch sein und den theoretisch vermittelten Inhalten folgen. Der Wunsch nach besserer, kalendarischer, strukturierter und einheitlicher Organisation der Theorieblöcke bzw. Praktikumsblöcke ist sehr groß. Eine genauere und gezieltere Aufnahme der praktischen Ausbildung ins Curriculum erscheint unumgänglich. Aber nicht nur in der Grundausbildung, sondern auch in wissenschaftlichen Praxisdisziplinen der Pflege, sprich Universitäten und Fachhochschulen.

Die Pflegewissenschaft gehört zu den „praktischen“ Wissenschaften, die weniger die Aufgabe hat, allgemeine Gesetze und Theorien zu entwickeln um diese dann in der Praxis auf den Einzelfall zu übertragen. Sondern die Pflegewissenschaft sollte viel mehr eine systematische Unterstützung sein, um Aussagen über Einzelfälle zu ermöglichen bzw. zu begründen. Für die von Krankheit, Behinderung und Pflegebedürftigkeit betroffenen Menschen sollte kein ungeprüftes und unstrukturiertes Wissens- und Handlungsmuster gegenüberstehen, sondern durch professionelle Pflegekonzepte, -methoden und – verfahren eine abgesicherte Betreuung gewährleistet sein.

Ein wesentlicher Schritt zur wissenschaftlichen Disziplin ist das Konzept des „Evidence-based Nursing“. ⁷¹ Nicht die einzelnen Lebensphasen des Menschen sollten strukturgebend für die Pflegeausbildung sein, sondern ausschlaggebend sollen Pflegekonzepte wie „EBN“ fungieren. Die Individualität des Menschen muss natürlich dabei berücksichtigt werden.

Pflege an sich sollte ein Beruf sein, der auf Forschung beruht. Die Forschungsfelder kommen aus der Praxis und nicht umgekehrt. An diese Tatsache sollte auch die universitäre Ausbildung geknüpft sein. Die praktische Ausbildung muss ein Schwerpunkt des Studienplans werden, damit die Absolventen auch dem Tätigkeitsprofil der verschiedenen Fachrichtungen entsprechen. Um im Studium der Pflegewissenschaft einen praktischen Bezug herzustellen, wurde in der Slowakei ein Sommerpflegepraktikum in den Studienplan hinzugezogen. ⁷² Im Zuge dessen ist ebenfalls die Fachhochschule Wien für Gesundheits- und Krankenpflege erwähnenswert, die während der Ausbildung insgesamt 59 Wochen Berufspraktika vorsieht. ⁷³ Die Ausbildung zur allgemeinen diplomierten Gesundheits- und Krankenpflege sieht 62 Wochen vor. (2 480 Stunden berechnet mit 40 Stunden pro Woche)

Dieser Ansatz zeigt auch die Notwendigkeit der praktischen Ausbildung dieser Fachrichtung auf. Die StudentInnen erhalten nicht nur theoretische Kenntnisse, sondern können dieses Wissen in der Praxis gezielt anwenden. Der Alltag der Pflege und Wissenschaft müssen Hand in Hand gehen, damit sie sich gegenseitig ergänzen und profitieren können. Ein Praktikum dient nicht nur der Verankerung von theoretischem Wissen, sondern kann für StudentInnen sehr hilfreich sein, sich zu orientieren und trägt somit zur Karriereplanung und späteren Berufschancen bei.

⁷¹Vgl. Kozon V., Fortner N. (Hrsg.), Gegenwart und Perspektiven der Pflege, ÖGVP, Österreichischen Gesellschaft für vaskuläre Pflege, Wien 2000, S. 77 – 90.

⁷²Vgl. Kozon V., Fortner N. (Hrsg.), Bildung und Professionalisierung in der Pflege, ÖGVP, Österreichischen Gesellschaft für vaskuläre Pflege, Wien 1999, S. 33 – 37.

⁷³ Vgl. www.fachhochschulen.at/FH/Studium/Gesundheits-_und_Krankenpflege_3301.htm, 16.09.2008.

Die praktische Ausbildung der wissenschaftlichen Praxisdisziplinen muss natürlich auch in ihrer Struktur, Durchführbarkeit und Nachvollziehbarkeit organisiert werden. Eine Anregung könnte diese Diplomarbeit darstellen. Eine Möglichkeit die praktische Ausbildung während eines Studiums transparent zu machen, wäre eine evaluierte Dokumentationsform, um einen Nachweis über die in der Praxis erworbenen Fähigkeiten und Fertigkeiten erbringen zu können. Diese Dokumentationsform sollte nicht nur den Anforderungen innerhalb der eigenen Stadt oder Bezirkes entsprechen, sondern österreichweit oder sogar europaweit einsetzbar sein. Den Studierenden sollte es ermöglicht werden, vermehrt Praktika im Ausland absolvieren zu können. Die Vielfalt der praktischen Ausbildungsplätze ermöglicht den StudentInnen schon während der Ausbildungsphase unterschiedliche Pflege- und Organisationssysteme kennen zu lernen. Dies erhöht für die AbsolventInnen die Möglichkeit, komplexe Situationen aus verschiedenen Blickwinkeln zu betrachten.

Zum Abschluss möchte ich noch festhalten, dass die universitäre Ausbildung im Gesundheits- und Krankenpflegebereich eine erhebliche Errungenschaft ist und damit maßgeblich zur Attraktivitätssteigerung des Pflegeberufes beiträgt. Ein Dank sei all denen ausgesprochen, die sich dafür eingesetzt und auch ihre Visionen durchgesetzt haben. Für Auszubildende wird dies als Entscheidungskriterium bei der Berufswahl zunehmend an Bedeutung gewinnen.

10. Empfehlungen für weiterführende Forschungsarbeit

Aufgrund der Fragebogenerhebungen entstanden mehrere Themen für weiterführende Forschungsarbeiten und Projektarbeiten:

- Evaluation der Sonderausbildung für PraxisanleiterInnen
- Entwurf eines Detailkataloges für Spezialstationen
- Entwurf jahrgangsspezifische Dokumentationsformen
- Evaluation des Praxiskataloges der ARGE Niederösterreichs mit neuer Zieldefinition, um die Beurteilung transparent zu gestalten.
- Evaluation der einzelnen Schuljahre – Welche Stationen bzw. Institutionen können dem theoretischen Unterricht folgen?

11. Literaturverzeichnis

Arets J., F. Obes, J. Vaessen, F. Wagner, 1997, Professionelle Pflege, Theoretische und praktische Grundlagen 1, Neicanos Verlag, Bocholt, Berlin .

Atteslander P., 2006, Methoden der empirischen Sozialforschung, 11., neu bearbeitete und erweiterte Auflage, Erich Schmidt Verlag, Berlin.

Auferkorte-Michaelis N., 2005, Hochschule im Blick: innerinstitutionelle Forschung zu Lehre und Studium an einer Universität/Nicole Auferkorte Michaelis, Münster, Lit-Verlag, München.

Badura B., Siegrist J., (Hrsg.), 1999, Evaluation im Gesundheitswesen: Ansätze und Ergebnisse, , Juventa Verlag, Weinheim/München.

Balzer L., 2005, Wie werden Evaluationsprojekte erfolgreich? Ein integrierender theoretischer Ansatz und eine empirische Studie zum Evaluationsprozess/Lars Balzer, Verlag Empirische Pädagogik, Landau.

Becker-Richter M., 2002, Evaluation von Studium und Lehre: Verfahren – Methoden – Erfahrungen, Leske + Budrich, Dortmund.

Becker G., (Hrsg.), 2001, Qualität entwickeln: evaluieren, Friedrich-Verlag, Seelze.

Behrens J., Langer G., 2006, Evidence-based Nursing and Caring, Interpretativ-hermeneutische und statistische Methoden für tägliche Pflegeentscheidungen, vertrauensbildende Entzauberung der Wissenschaft, 2.vollständig überarbeitete und ergänzte Auflage, Verlag Hans Huber, Bern.

Berufsbegleitende Studien: 2006, Die Top-Ausbildungen in Österreich; MBA-, Master-Studien, Fachhochschulstudien, Bachelor-Studien, Fernstudien, Universitätslehrgänge, Postgraduate-Programme – Wien.

Beywl W., 2005, Evaluation – Controlling – Qualitätsmanagement: Kommentierte Auswahlbibliographie; Berthold Schobert – 4., überarbeitete und aktualisierte Ausgabe – Bielefeld, Bertelsmann, Main.

Beywl W., (Red.), 2004, Deutsche Gesellschaft für Evaluation, Standards für Evaluation/Deutsche Gesellschaft für Evaluation, 3., durchges. Drucklauf, Main.

Broome A., 1997, Change-Management in der Pflege, Ullstein Mosby Verlag, Wiesbaden.

Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich, 1999, Gesundheits- und Krankenpflege-Ausbildungsverordnung – GuK-AV, Teil II, 179. Verordnung.

Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich, Jahrgang 2004, ausgegeben am 16. Februar 2004 Teil I, 6. Bundesgesetz, GuKG – Novelle 2003.

Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG, 2006, mit den hierzu erlassenen Verordnungen, Gesetzesmaterialien, weiteren Erläuterungen und Verweisen, bearbeitet von Dr. Helmut Schwamberger, Amt der Tiroler Landesregierung, Stand: 1. Jänner 2006, Verlag Österreich, Wien.

Dekan der Erziehungswissenschaftlichen Fakultät der Universität zu Köln, (Hrsg.), 1997, Evaluation: Weg – Ausweg – Irrweg?, Dokumentation des Fakultätstages, Baltmannsweiler, Schneider-Verlag, Hohengehren, Köln.

Dokumentationsbogen für klinischen Unterricht, Schule für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege Bregenz.

Dokumentationsbogen und Erstgesprächsbogen der Kinderkrankenpflege des Universitätsklinikum Essen.

European Commission (2000). Study of Specialist Nurses in Europe.:Internal Market DG, Brussels .

Fawcett J., 1996, Pflegemodelle im Überblick, aus dem amerikanischen von Irmela Erckenbrecht, Verlag Hans Huber, Bern.

Flick U., 2006, Qualitative Evaluationsforschung, Konzepte, Methoden, Umsetzungen, Rowohlt Taschenbuch Verlag, Wiesbaden.

Gollwitzer M., Jäger S. R., 2007, Evaluation – Workbook, Beltz Verlag, 1. Auflage, Weinheim, Basel.

Hall G. M., (1998), Publish or Perish. Wie man einen wissenschaftlichen Beitrag schreibt, ohne die Leser zu langweilen oder die Daten zu verfälschen. Verlag Hans Huber, Bern.

Hauke E., (Hrsg.), 1994, Qualitätssicherung im Krankenhaus, Ansätze zur Evaluation und Verbesserung der Krankenhausversorgung, 2. Aktualisierte Auflage, Wirtschaftsverlag Ueberreuter, Wien.

Holtkamp R., Schnitzer K. (Hrsg.), 1998, Evaluation des Lehrens und Lernens – Ansätze, Methoden, Instrumente, Verlag Julius, Frankfurt, Main.

Hunik G., 1997, Pflege-theorien, Elemente und Evaluation, Neicanos Verlag, Bocholt.

Imai Y., Jacobzone S. & Lenain P. (2000). The changing Health system in France. Economics Department working papers NO. 269, Paris.

Joint Committee on Standards for Educational Evaluation (1994). The program evaluation standards. How to assess evaluations of educational programs (2nd ed.). Thousand oaks, CA: Sage, New York, Guilford.

Käppeli S. (Hrsg.), 2004, Pflegekonzepte, Phänomene im Erleben von Krankheit und Umfeld, Verlag Hans Huber, Bern.

Kirkevold M., 2006, Pflegewissenschaft als Praxisdisziplin, Verlag Hans Huber, Bern.

Kompetenznachweis über die praktische Ausbildung gemäß § 19 – Absatz 6 BGBl. II/1999, Schule für Gesundheits- und Krankenpflege / Diplombildung, Landeskrankenhaus Feldkirch, Akademisches Lehrkrankenhaus, Feldkirch.

Kozon V., Fortner N. (Hrsg.), 1998, Impulse für die Pflegepraxis, ÖGVP, Österreichische Gesellschaft für vaskuläre Pflege, Wien.

Kozon V., Fortner N. (Hrsg.), 1999, Bildung und Professionalisierung in der Pflege, ÖGVP, Österreichische Gesellschaft für vaskuläre Pflege, Wien.

Kozon V., Fortner N. (Hrsg.), 2000, Gegenwart und Perspektiven der Pflege, ÖGVP, Österreichische Gesellschaft für vaskuläre Pflege, Wien.

Kozon V., Fortner N. (Hrsg.), 2001, Entwicklung der klinischen Pflege, ÖGVP, Österreichische Gesellschaft für vaskuläre Pflege, Wien.

Lauber A., Schmalstieg P. (Hrsg.), 2001, Wahrnehmen und Beobachten, verstehen & pflegen 2, Georg Thieme Verlag, Stuttgart – New York.

Lerntagebuch zur fachpraktischen Ausbildung in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege, Ausbildungszentrum West für Gesundheitsberufe – AZW – Innsbruck.

Marriner-Tomey A., 1992, Pflege-theoretikerinnen und ihr Werk, Recom Verlag, Basel.

Mayer H., 2007, Pflegeforschung kennenlernen, Elemente und Basiswissen für die Grundausbildung, 4., Aktualisierte und überarbeitete Auflage, Facultas.wuv., Wien.

Mayer H., 2007, Pflegeforschung anwenden, Elemente und Basiswissen für Studium und Weiterbildung, 2. aktualisierte und überarbeitete Auflage, facultas.wuv., Wien.

Mayer H., 2000, Pflegeforschung aus der Praxis für die Praxis, Qualitative Forschungsarbeiten aus dem Berufsfeld Pflege, Band 1, Facultas Universitätsverlag, Wien.

Mayring P., Gläser-Zikuda, 2005, Die Praxis der qualitativen Inhaltsanalyse, Beltz Verlag, Weinheim und Basel.

Mittag S., Bornmann L., Hans-Dieter D., 2003, Evaluation von Studium und Lehre an Hochschulen, Waxmann Verlag GmbH, München.

Mittelstädt H., 2006, Evaluation von Unterricht und Schule, Strategien und Praxistipps, Verlag an der Ruhr, Hessen.

Peez G., 2005, Evaluation Ästhetischer Erfahrungs- und Bildungsprozesse, kopaed Verlag, München.

Menche Nicole, (Hrsg.) Pflege Heute, 2006, Lehrbuch für Pflegeberufe, 4.vollständig überarbeitete Auflage, Urban & Fischer Verlag, Gehen.

Prager C., 2007, Praxiskatalog zur Ausbildung in der Pflegehilfe für die Pflegehelferin und den Pflegehelfer, Maudrich Verlag, Wien.

Praxiskatalog, zur Ausbildung in der Allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege für den gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege, 2007, 2.überarbeitete Auflage, (Hrsg.) Arbeitskreis der LehrerInnen der Gesundheits- und Krankenpflegeschulen Niederösterreichs im Auftrag der ARGE Schuldirektoren, Maudrich Verlag.

Schaeffer D./ Moers M./Steppe H./ Meleis A.(Hrsg.), 1997, Pflegetheorien, Beispiele aus den USA, Verlag Hans Huber, Bern.

Schwamberger H., Stand: 1. Jänner 2006, Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe, (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG), 4. Auflage, Verlag Österreich, Wien.

Schwendenwein W., 2000, Theorie des Unterrichtens und Prüfens, WUV Studienbücher Sozialwissenschaften, Band 4, Universitätsverlag, Wien.

Seel M., Hurling E., 2005, Die Pflege des Menschen im Alter, Ressourcenorientierte Unterstützung bei den AEDL, 3., überarbeitete und erweiterte Auflage, Brigitte Kunz Verlag, Hannover.

Simpson H., 1997, Pflege nach Peplau, Nursing Models in Action Series, Band 3, Lambertus, Freiburg im Breisgau.

Stamm M., 2003, Evaluation und ihre Folgen für die Bildung, eine unterschätzte pädagogische Herausforderung, Münster: Waxmann.

Stockmann R., 2004, Evaluation und Qualitätsentwicklung, Eine Grundlage für wirkungsorientiertes Qualitätsmanagements, Waxmann Verlag GmbH, Münster.

Stockmann R., 2007, Handbuch zu Evaluation, Eine praktische Handlungsanleitung, Sozialwissenschaftliche Evaluationsforschung, Band 6, Waxmann Verlag GmbH, Münster.

Stösser A., 1993, Pflegestandards, Erneuerung der Pflege durch Veränderung der Standards, 2. erweiterte Auflage, Springer Verlag, Berlin.

Thumser-Dauth K., 2007, Evaluation hochschuldidaktischer Weiterbildung, Entwicklung, Bewertung und Umsetzung des 3P-Modells, 1. Auflage, Zürich.

Tilak-Unternehmen Gesundheit, 2007, Lerntagebuch zur fachpraktischen Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege, Ausbildungszentrum West für Gesundheitsberufe – AZW-Innsbruck, Universitätskliniken LKH Innsbruck.

Wendt Leon, M (1995), Krankenpflegeausbildung in Europa, Kohlhammer W. Verlag, Stuttgart.

Wottawa H. & Thireau H. (1998). Lehrbuch Evaluation. 2., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage, Hans Huber Verlag, Bern.

Abschlussarbeiten und Forschungs- und Entwicklungsberichte:

Kozon V., Schlick M., Dorfmeister M., Tomaschik M., 2007, Langzeitpflege (k)eine Herausforderung?!, Eine empirische Untersuchung von SchülerInnen der Gesundheits- und Krankenpflege in der Langzeitpflege zu arbeiten, Ein Projekt in Zusammenarbeit zwischen der Schule für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege am Sozialmedizinischen Zentrum Ost- Donaushospital der Stadt Wien und dem Geriatriezentrum Donaustadt, ÖGVP Verlag.

Kronberger J., 2004, Pädagogische Professionalität, die Ausbildungskompetenz der Lehrkräfte in der Gesundheits- und Krankenpflege, Diplomarbeit an der Fakultät für Human- und Sozialwissenschaften der Universität Wien.

Steiner M. J., 2002, Evaluation der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung im LKH – Univ. Klinikum Graz, Eine Bewertung aus der Sicht der Schüler des 2. und 3. Jahrgangs sowie der Absolventen 2001, Diplomarbeit an der Fakultät für Human- und Sozialwissenschaften der Universität Wien.

Wallner H., 2007, Chancen und Grenzen des Problem Based-Learning, Welche Möglichkeiten bieten die gesetzlichen Rahmenbedingungen in Österreich, um an der Schule für Gesundheits- und Krankenpflege in Schwarzach/Pongau Problem-Based-Learning zu einem festen Bestandteil in der Berufsausbildung zum gehobenen Dienst der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege zu machen, 3. Msc. Universitätslehrgang Pflegepädagogik, zur Erlangung des akademischen Grades, Master of Science (Pflegepädagogik), an der Donauuniversität Krems, Zentrum für Management und Qualität im Gesundheitswesen.

Zeitschriften:

Greb U. und Studierende der Pflegepädagogik (4. Sem.) der KFHN-Osnabrück, FB Gesundheitspflege, 10-2005, Theorie und Praxis pflegerischer Fachcurricula: Umsetzungsprobleme, Zeitschrift Pflegewissenschaft, www.PRINTERNET.INFO

Huneke M. J., 10-2001, Anmerkungen zur Zukunft pflegepädagogischer Studiengänge und deren AbsolventInnen in Deutschland, Zeitschrift Pflegewissenschaft, www.PRINTERNET.INFO.

Müller Staub M., 9-2001, Curriculumentwicklung HöFa 1, ein Projektbericht, Pflegewissenschaft, www.PRINTERNET.INFO.

Schwarz-Govares R., 10-2000, Veränderungen der subjektiven Theorien von PflegeschülerInnen im praktischen Handeln während der Ausbildung, Zeitschrift Pflegewissenschaft, www.PRINTERNET.INFO.

Walter A., 7-2006, Die Lernfeldorientierte Curriculumentwicklung, Zeitschrift Pflegewissenschaft, www.PRINTERNET.INFO.

Ziv, L., Ehrenfeld, M & Hadani, P. (1990). Student Evaluation of the school Program. Journal of Nursery education, 29 (2).

Internetadressen:

www.devegal.de (August 2006)

www.who.com (Jänner 2008)

www.wkkf.org/pubs/Tools/Evaluation/Pub770.pdf (Dezember 2007)

www.unfpa.org/monitoring/toolkit.htm (Dezember 2007)

www.usaid.gov/our_work/democracy_and_governance/publications/pdfs/pnace390.pdf. (Dezember 2007)

www.ncela.gwu.edu/pubs/eacwest/evalhbk.htm (Dezember 2007)

<http://consultation.evaluationcanada.ca/pdf/ZorziCESReport.pdf> (August 2006)

Diplom-Medizin-Pädagoge: Handlungsorientierung durch Praxisanleitung, PrInterNet 2000 (11). Online im Internet: <http://www.printernet.info/show.asp?id=161> vom 02.06.2008

12. Anhang

12.1. Theoretische Lerninhalte

4.4.2 Fächerkanon mit Abkürzungsverzeichnis

Nr.	Unterrichtsfächer	Abkürzungen	Stunden/AJ*		
1	Berufsethik und Berufskunde	Berufskunde	40	20	20
2	Grundlagen der Pflegewissenschaft und Pflegeforschung	Pflegewissenschaft	40	20	20
3	Gesundheits- und Krankenpflege	GuK	240	130	130
4	Pflege von alten Menschen	Pflege alter Menschen	30	20	-
5	Palliativpflege	Palliativpflege	20	20	20
6	Hauskrankenpflege	Hauskrankenpflege	-	20	20
7	Hygiene und Infektionslehre	Hygiene	60	-	-
8	Ernährung, Kranken- und Diät Kost	Kranken- und Diät Kost	30	-	-
9	Biologie, Anatomie, Physiologie	Physiologie	100	-	-
10	Allgemeine und spezielle Pathologie, Diagnose und Therapie einschließlich komplementärmedizinische Methoden	Pathologie	120	130	110
11	Gerontologie, Geriatrie und Gerontopsychiatrie	Gerontologie	-	30	-
12	Pharmakologie	Pharmakologie	20	20	-
13	Erste Hilfe, Katastrophen- und Strahlenschutz	Erste Hilfe	30	-	10
14	Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung im Rahmen der Pflege, Arbeitsmedizin	Gesundheitsförderung	20	-	20
15	Berufsspezifische Ergonomie und Körperarbeit	Ergonomie	40	30	20
16	Soziologie, Psychologie, Pädagogik und Sozialhygiene	Soziologie	50	20	20
17	Kommunikation, Konfliktbewältigung, Supervision und Kreativitätstraining	Kommunikation	40	40	40
18	Strukturen und Einrichtungen des Gesundheitswesens, Organisationslehre	Gesundheitswesen	10	-	20
19	Elektronische Datenverarbeitung, fachspezifische Informatik, Statistik und Dokumentation	EDV und Statistik	20	20	-
20	Berufsspezifische Rechtsgrundlagen	Rechtsgrundlagen	20	20	-
21	Fachspezifisches Englisch	Fachenglisch	40	20	20

* Unterrichtsstunden bzw. Unterrichtseinheiten (UE)/Ausbildungsjahr

91

12.2. Beispiele von Dokumentationsformen

a) Beispiel: AEDL „sich bewegen“

PRAXISKATALOG

zur

**Ausbildung in der
Allgemeinen Gesundheits- und
Krankenpflege**

**für den
Gehobenen Dienst der
Gesundheits- und Krankenpflege**

2., überarbeitete Auflage

Herausgegeben vom

Arbeitskreis der LehrerInnen der
Gesundheits- und Krankenpflegesschulen Niederösterreichs
im Auftrag der ARGE Schuldirektoren



2007

maudrich

II/2 KÖRPERHALTUNG UND BEWEGUNG

Ziel: Erhält, fördert und unterstützt die Mobilität des Klienten in allen Altersstufen

II/2.1 Mobilitätstraining und Mobilisation

II/2.1.1 Erkennt die Risikofaktoren, die zum Dekubitus führen und reagiert adäquat		Ziel erreicht
Theorie bekannt	○ Schätzt das Dekubitusrisiko mit Hilfe von Skalen ein: ☐ Norton-Skala ☐ Braden-Skala ☐ Bienenstein-Skala ☐ ○ Setzt anhand der Skalenergebnisse adäquate prophylaktische Maßnahmen bzw. leitet dazu an: ☐ Lagerungssysteme ☐ Lagerungen ☐ Mobilisationsmaßnahmen ☐ Lagerungshilfsmittel ☐ Bewegungsübungen ☐ Hautpfleßmaßnahmen ☐ ☐ Maßnahmen zur Beeinflussung des Ernährungszustandes ☐ Maßnahmen zur Beeinflussung des Flüssigkeitshaushaltes ☐ Maßnahmen zur Beeinflussung der psychisch-emotionalen Situation ☐ Maßnahmen zur Beeinflussung möglicher Cokomponenten (bei Inkontinenz, Fieber, Anämieinsuffizienz, Zwangslage,...) ○ Erkennt den Grad eines aufgetretenen Dekubitus ○ Setzt zielgerichtete Pflegeinterventionen bzw. leitet dazu an: ☐ Allgemeine Maßnahmen - siehe Dekubitusprophylaxe ☐ Wundbehandlung nach schriftlicher Anordnung ☐	Am: HZ:
Anmerkungen:		

II/2.1.2 Erkennt das Kontrakturrisiko und setzt adäquate prophylaktische und/oder pflegetherapeutische Maßnahmen bzw. leitet dazu an		Ziel erreicht
Theorie bekannt	○ Schätzt das Kontrakturrisiko (ggf. mit Hilfe von Skalen) ein ○ Setzt anhand der Einschätzung adäquate prophylaktische und/oder pflegetherapeutische Maßnahmen bzw. leitet dazu an: ☐ Lagerungssysteme ☐ Lagerungen ☐ Mobilisationsmaßnahmen ☐ Lagerungshilfsmittel ☐ Bewegungsübungen ☐ Bewegungshilfsmittel ☐ Maßnahmen zur Beeinflussung der Spezifität ☐ Maßnahmen zur Beeinflussung der Gelenkfixation ☐ Maßnahmen zur Beeinflussung der psychisch-emotionalen Situation ☐ Maßnahmen zur Beeinflussung möglicher Cokomponenten (Zwangslage, Verband, Extension, Fixateur,...) ☐ ○ Erkennt aufgetretene Kontrakturen ○ Setzt zielgerichtete Pflegeinterventionen bzw. leitet dazu an: ☐ Allgemeine Maßnahmen -- siehe Kontrakturprophylaxe ☐ Einsatz von Geräten zur Steigerung des Bewegungsumfanges (z.B. Kniebeuger,...) nach schriftlicher Anordnung ☐	
Anmerkungen:		

II/2.1.3 Führt Bewegungsübungen, sowie Lagewechsel bzw. Umlagerungen fachgerecht durch		Ziel erreicht
Theorie bekannt	☐ Führt Bewegungsübungen mit dem Klienten durch bzw. leitet dazu an: ☐ Aktive ☐ Passive ☐ Resistive ☐ Assistive ☐ Führt Lagewechsel, bzw. Umlagerungen mit dem Klienten durch und/oder leitet zu Lagewechsel an und unterstützt dies: ☐ Rückenlage ☐ Bauchlage ☐ Seitenlage - ☐ 30° ☐ 45° ☐ 90° ☐ 135° ☐ Operationslagerungen ☐ ☐ Wendet spezielle Lagerungs- und Umlagerungshilfsmittel situations- u. fachgerecht an: ☐ Lagerungskissen ☐ ☐	Am: HZ:
Anmerkungen:		

II/2.1.4 Führt Mobilisationsmöglichkeiten, -schritte fachgerecht durch		Ziel erreicht
Theorie bekannt	☐ Führt die Unterstützung bei der Mobilisation den Möglichkeiten und Fähigkeiten des Klienten angepasst durch bzw. leitet dazu an: ☐ Aufsitzen im Bett ☐ Querbett ☐ Sitzen im Bett ☐ Stehversuch ☐ Transfer Bett-Stuhl-Bett ☐ ☐ Gehen mit und ohne Hilfsmittel ☐ Arbeitet mit den Physiotherapeuten zusammen ☐ Setzt Bewegungstraining auch prospektiv ein (z.B. vor einer Operation)	Am: HZ:
Anmerkungen:		

II/2.1.5 Bedient und wendet Hilfsmitteln fachgerecht an		Ziel erreicht
Theorie bekannt	☐ Wendet Hilfsmittel im Rahmen der Mobilisation in Zusammenarbeit mit den Physiotherapeuten fachgerecht an: ☐ Reziprokes Gehgestell ☐ Rollator/ Eulenburg ☐ Rollstuhl ☐ Gehbock ☐ Stehbett / -stuhl ☐ Terraband ☐ Strickleiter ☐ Stehtisch ☐ Gleitbrett ☐ Krücken/ Stock ☐ Querbettstuhl ☐ ☐ Gleitfolie ☐ Transfertuch,-gurt ☐ ☐	Am: HZ:
Anmerkungen:		

II/2.1.6 Wendet Basisfertigkeiten des Konzeptes nach Bobath in der Pflege an		Ziel erreicht
Theorie bekannt	☐ Lagerung ☐ Mobilisation ☐ Transfer ☐	Am: HZ:
Anmerkungen:		

II/2.1.7 Wendet Basisfertigkeiten des Kinästhetik – Konzeptes in der Pflege an		Ziel erreicht
Theorie bekannt	☐ Lagerung ☐ Mobilisation ☐ Transfer ☐ ☐	Am: HZ:
Anmerkungen:		

II/3 PERZEPTION UND KOGNITION

Ziel: Fördert lebenslange Lernfähigkeit (z.B. kognitive Leistungen, Wahrnehmungsressourcen, etc.) und ermöglicht Sicherheit, Autonomie und respektiert die Selbstbestimmung

II/3.1 Räumt der Informationsverarbeitung des Klienten im Rahmen der Gesundheits- und Krankenpflege die benötigte Zeit ein

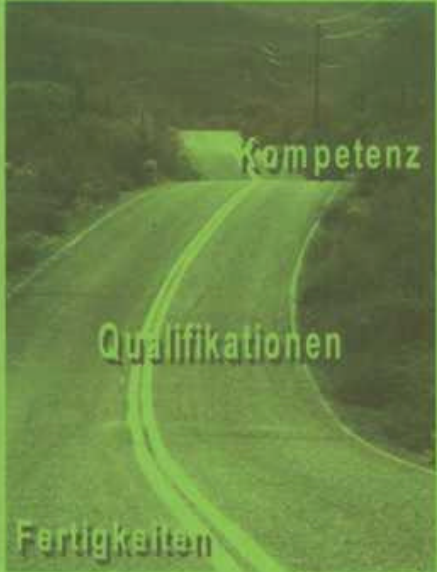
II/3.1.1 Führt die Informationsweitergabe und Verarbeitungsevaluation durch		Ziel erreicht
Theorie bekannt	☐ Gibt individuell angepasste Informationen vor Beginn der jeweiligen Pflegehandlung ☐ Vergewissert sich, dass der Klient diese Informationen verstanden hat: ☐ Rückfragen ☐ Beobachtung	Am: HZ:
Anmerkungen:		

b) Beispiel: AEDL „sich bewegen“


Magistrat der Stadt Wien
Wiener Krankenanstaltenverband
Generaldirektion
Geschäftsbereich Qualitätsarbeit
Schottenring 24
A-1010 Wien

KOMPETENZ- und QUALIFIKATIONSNACHWEIS

in der praktischen Ausbildung für die
allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege



Name: _____

Lehrgang: _____

Schulcampus

FACHKOMPETENZ

17. ... führt den formulierten Pflegeauftrag

Tätigkeitsbereiches aus

FERTIGKEITEN VERHALTENSWEISEN

CONFERENCE

KÖRPERHALTUNG und BEWEGUNG

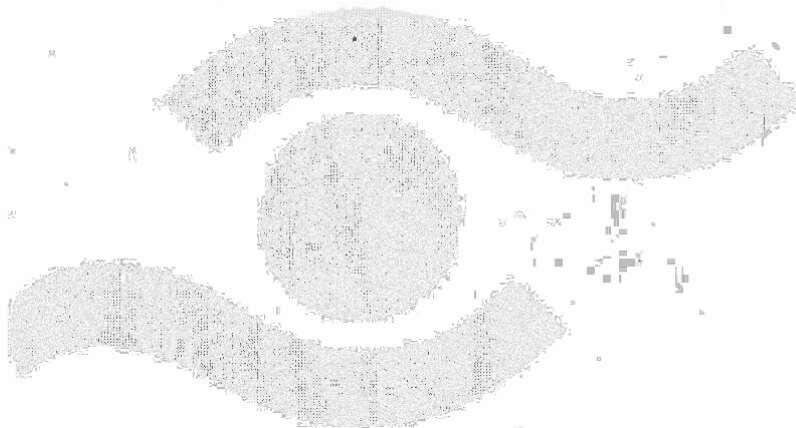
Benjamin Franklin
George Washington
(with assistance of others)

[illegible]

c) Beispiel: AEDL „sich bewegen“

Kompetenznachweis

Nachweis über die praktische Ausbildung
gemäß § 19 – Absatz 6 BGBI. II/1999



Name:

Fachkompetenz

b.) Instrumentell - technische Kompetenz

26. Die Lernende/der Lernende ist im Stande den formulierten Pflegeanforderungen im Sinne des eigenverantwortlichen Krankheitsmanagements der Pflege aus- bzw. durchzuführen

Bewegung und Mobilität	Beim Erstgespräch ausgewählt		Beim Erstgespräch ausgewählt		Beim Erstgespräch ausgewählt		Beim Erstgespräch ausgewählt		Beim Erstgespräch ausgewählt	
	Kompetenzabschnitt Anfänger		Kompetenzabschnitt Anfänger		Kompetenzabschnitt Anfänger		Kompetenzabschnitt Anfänger		Kompetenzabschnitt Anfänger	
	Datum	Hand- zeichen	Datum	Hand- zeichen	Datum	Hand- zeichen	Datum	Hand- zeichen	Datum	Hand- zeichen
Fertigkeiten Verhaltensweisen										
Beobachtung der Beweglichkeit und deren Veränderung										
Bezüglich Körperhaltung und Gangbild										
Bezüglich Beobachtung der Koordination										
Bezüglich Beobachtung der Feinmotorik										
Gehen, Stehen, Sitzen										
Im Bett										
Bei Lagewechsel										
Lagerungstechniken										
Rückenlage										
Seitenlage										
Bauchlage										
135-Grad-Lage										
Oberkörper-Hochlage										

2. vollständig überarbeitete Version; August 2007

12.3. Begleitschreiben: Pretest



universität
wien

Sehr geehrte Fr. Direktor, liebe Kolleginnen!

Vielen Dank für die Unterstützung während meiner Diplomarbeit.

Für den Pretest möchte ich einen kleinen Handzettel dazugeben und Sie/Euch bitten, den Test nach diesen Kriterien zu beurteilen:

1. Unangenehme Frage
2. Sinnlose Frage
3. Suggestivfrage
4. Fragen gefehlt, wenn ja, welche:

Vielen Dank

Martina Grubmüller

12.4. Deckblatt: Fragebogen - PraxisanleiterInnen



universität wien

Sehr geehrte KollegenInnen,

PraxisanleiterInnen!

Endlich ist es soweit. Im Jahr 2008 formuliert man es vielleicht treffender, dass ich mich jetzt im Finale meines Studiums der Pflegewissenschaft befinde. Zur Erlangung des Magistergrades an der Fakultät für Human- und Sozialwissenschaften der Universität Wien bearbeite ich eine Diplomarbeit mit dem Thema

„Evaluation der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflegausbildung mit dem Schwerpunkt der praktischen Ausbildung in Österreich“.

Um meinen empirischen Teil dabei abdecken zu können, bitte ich um Ihre Mithilfe und habe zu diesem Zweck diesen Fragebogen gestaltet.

Ich bedanke mich für Ihre Unterstützung

Martina Grubmüller

12.5. Deckblatt: Fragebogen SchülerInnen



universität wien

Liebe Schülerin, lieber Schüler!

Endlich ist es soweit. Im Jahr 2008 formuliert man es vielleicht treffender, dass ich mich jetzt im Finale meines Studiums der Pflegewissenschaft befinde. Zur Erlangung des Magistergrades an der Fakultät für Human- und Sozialwissenschaften der Universität Wien bearbeite ich eine Diplomarbeit mit dem Thema

„Evaluation der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflegausbildung mit dem Schwerpunkt der praktischen Ausbildung in Österreich“.

Um meinen empirischen Teil dabei abdecken zu können, bitte ich um Eure Mithilfe und habe zu diesem Zweck diesen Fragebogen gestaltet.

Ich bedanke mich für Eure Unterstützung

Martina Grubmüller

12.6. Interviewleitfaden: LehrerInnen für Gesundheits- und Krankenpflege

Frage 1: Wie denken Sie darüber, entspricht der Katalog prinzipiell der Qualitätssicherung in der praktischen Ausbildung? Welche Vor- und Nachteile bringt er mit sich mit?

Frage 2: Gibt es Ihrer Meinung nach Themenbereiche in der praktischen Ausbildung, die zu wenig oder gar nicht im Curriculum berücksichtigt wurden, oder zu viel beinhaltet oder aber auch überflüssig sind?

Frage 3: Der Praxiskatalog soll eine Grundlage für ein einheitliches Beurteilungsschema sein. Trifft das in der Praxis für Sie zu?

Frage 4: Kann Ihrer Meinung nach die praktische Ausbildung durch Praxisanleiter und mittels Praxiskatalog ausreichend abgedeckt werden?

4a Welche Verbesserungsvorschläge haben Sie für die praktische Ausbildung?

Frage 5: Wie soll Ihrer Meinung nach inhaltlich oder personell die praktische Ausbildung in Zukunft aussehen?

12.7. Fragebogen - PraxisanleiterInnen

Fragebogen: praxisk.dbf

1.	1) Wie bewerten Sie den Praxiskatalog insgesamt:				
	a sehr gut	c befriedigend	e mangelhaft		
	b gut	d ausreichend	f ungenügend		
2.	2) Der Praxiskatalog bringt neue Fragestellungen hervor				
	a stimme voll zu	b stimme eher zu	c stimme eher nicht zu	d stimme nicht zu	
3.	3) Der Praxiskatalog fördert das Einbringen von Argumenten				
	a stimme voll zu	b stimme eher zu	c stimme eher nicht zu	d stimme nicht zu	
4.	4) Der Praxiskatalog geht individuell auf jede(n) Schüler(in) ein				
	a stimme voll zu	b stimme eher zu	c stimme eher nicht zu	d stimme nicht zu	
5.	5) Der Praxiskatalog verbreitet bei den/der Schüler(in) nur Langeweile				
	a stimme voll zu	b stimme eher zu	c stimme eher nicht zu	d stimme nicht zu	
6.	6) Durch den Praxiskatalog entstehen Verbesserungsvorschläge für die praktische Ausbildung				
	a stimme voll zu	b stimme eher zu	c stimme eher nicht zu	d stimme nicht zu	
7.	7) Durch den Praxiskatalog werden auch schwierige Fragen aufgeworfen				
	a stimme voll zu	b stimme eher zu	c stimme eher nicht zu	d stimme nicht zu	
8.	8) Durch den Praxiskatalog erkenne ich die Stärken und Schwächen des/der einzelnen Schüler(in) besser				
	a stimme voll zu	b stimme eher zu	c stimme eher nicht zu	d stimme nicht zu	
9.	9) Der Praxiskatalog vermittelt Praxisnähe				
	a stimme voll zu	b stimme eher zu	c stimme eher nicht zu	d stimme nicht zu	
10.	10) Der Praxiskatalog belegt die Qualität der praktischen Ausbildung				
	a stimme voll zu	b stimme eher zu	c stimme eher nicht zu	d stimme nicht zu	
11.	11) Alle Beteiligten sind über das Handling gut eingeschult				
	a stimme voll zu	b stimme eher zu	c stimme eher nicht zu	d stimme nicht zu	
12.	12) Die einzelnen Kriterien der Dimensionen treffen immer genau auf den jeweiligen Lernerfolg zu				
	a stimme voll zu	b stimme eher zu	c stimme eher nicht zu	d stimme nicht zu	
13.	13) Der Praxiskatalog zeigt auf, dass es große Abweichungen zwischen Theorie und Praxis gibt				
	a stimme voll zu	b stimme eher zu	c stimme eher nicht zu	d stimme nicht zu	
14.	14) Die Führung des Praxiskataloges verkürzt den Zeitfaktor für das Erlernen einer Pflegetätigkeit				
	a stimme voll zu	b stimme eher zu	c stimme eher nicht zu	d stimme nicht zu	
15.	15) Der Praxiskatalog geht ausreichend auf die einzelnen Dimensionen der AEDL ein				
	a stimme voll zu	b stimme eher zu	c stimme eher nicht zu	d stimme nicht zu	
16.	16) Der Praxiskatalog fördert die Selbständigkeit des/der Schülers(in) beim Lösen von Aufgaben				
	a stimme voll zu	b stimme eher zu	c stimme eher nicht zu	d stimme nicht zu	
17.	17) Der Praxiskatalog deckt die Ansprüche				
	A im stationären Bereich			D im extramuralen Bereich ab	
	B im ambulanten Bereich			E in keinem der genannten Bereiche ab	
	C in der Langzeitpflege				
18.	18) Durch die Benützung des Praxiskataloges erkenne ich ein vernetztes Denken der/des Schülers(in)				
	a stimme zu	b stimme eher zu	c stimme eher nicht zu	d stimme nicht zu	
19.	19) Durch den Praxiskatalog sind kleine Schritte des Lernens ersichtlich				
	a stimme voll zu	b stimme eher zu	c stimme eher nicht zu	d stimme nicht zu	

20. 20) Der Praxiskatalog ist eine Lernunterstützung
a stimme voll zu b stimme eher zu c stimme eher nicht zu d stimme nicht zu
21. 21) Der Praxiskatalog ist als Leitfaden der praktischen Ausbildung zu sehen
a stimme voll zu b stimme eher zu c stimme eher nicht zu d stimme nicht zu
22. 22) Durch den Praxiskatalog können die Schüler ihren Lernerfolg selbst kontrollieren
a stimme voll zu b stimme eher zu c stimme eher nicht zu d stimme nicht zu
23. 23) Durch den Praxiskatalog sind die Schüler besonders motiviert Lernziele zu erreichen
a stimme voll zu b stimme eher zu c stimme eher nicht zu d stimme nicht zu
24. 24) Durch den Praxiskatalog haben die Schüler Angst zu versagen
a stimme voll zu b stimme eher zu c stimme eher nicht zu d stimme nicht zu
25. 25) Durch den Praxiskatalog sind Entwicklungen und Tendenzen des individuellen Lernens zu erkennen
a stimme voll zu b stimme eher zu c stimme eher nicht zu d stimme nicht zu
26. 26) Der Praxiskatalog lässt vertiefende Interessen des/der Schülers(in) zu
a stimme voll zu b stimme eher zu c stimme eher nicht zu d stimme nicht zu
27. 27) Der Praxiskatalog dient als Nachschlagewerk
a stimme voll zu b stimme eher zu c stimme eher nicht zu d stimme nicht zu
28. 28) Der Praxiskatalog verleiht Sicherheit während der praktischen Ausbildung
a stimme voll zu b stimme eher zu c stimme eher nicht zu d stimme nicht zu
29. 29) Die Schüler vergessen oft Lernerfolge abzeichnen zu lassen
a stimme voll zu b stimme eher zu c stimme eher nicht zu d stimme nicht zu
30. 30) Der Praxiskatalog erzeugt einen Lerndruck
a stimme voll zu b stimme eher zu c stimme eher nicht zu d stimme nicht zu
31. 31) Der Praxiskatalog gibt klare Normen vor
a stimme voll zu b stimme eher zu c stimme eher nicht zu d stimme nicht zu
32. 32) Der Praxiskatalog bietet mehrere Lösungsvorschläge, wenn der erwartete Lernerfolg noch nicht eingetreten ist
a stimme voll zu b stimme eher zu c stimme eher nicht zu d stimme nicht zu
33. 33) Der Katalog wird regelmäßig durch professionelles Personal kontrolliert
a stimme voll zu b stimme eher zu c stimme eher nicht zu d stimme nicht zu
34. 34) Zum Praxiskatalog existieren noch zusätzliche Verlaufskontrollen auf der Station
a stimme voll zu b stimme eher zu c stimme eher nicht zu d stimme nicht zu
35. 35) Alle erforderlichen Lernziele können im Katalog wiedergefunden werden
a stimme voll zu b stimme eher zu c stimme eher nicht zu d stimme nicht zu
36. 36) Der Praxiskatalog gibt den Schülern ein klares Feedback
a stimme voll zu b stimme eher zu c stimme eher nicht zu d stimme nicht zu
37. 37) Der Praxiskatalog verlangt von den meisten Schülern zu viel und deshalb sind viele damit überfordert
a stimme voll zu b stimme eher zu c stimme eher nicht zu d stimme nicht zu
38. 38) Durch den Praxiskatalog kann eine objektivere Beurteilung erfolgen
a stimme voll zu b stimme eher zu c stimme eher nicht zu d stimme nicht zu
39. 39) Durch den Praxiskatalog kann eine Beurteilung genau nachvollziehbar gemacht werden und entsprechen den tatsächlichen Leistungen
a stimme voll zu b stimme eher zu c stimme eher nicht zu d stimme nicht zu

40. 40) Am Ende der Ausbildung ist jedes Kriterium gegengezeichnet und mit dem "Ziel erreicht" bestätigt
- a stimme voll zu b stimme eher zu c stimme eher nicht zu d stimme nicht zu
-
41. 41) Wann ist ein Ziel im Praxiskatalog erreicht bzw. wird abgezeichnet
- A Pflegehandlung gesehen
 B Pflegehandlung unter Anleitung durchgeführt
 C Pflegehandlung selbstständig und richtig durchgeführt
 D Pflegehandlung selbstständig, richtig und routiniert durchgeführt
-
42. 42) Wie oft kontrollieren Sie die Zielerreichung?
- A täglich C 14tägig E am Ende des Praktikums
 B wöchentlich D zur Mitte des Praktikums
-
43. 43) Nach welchem Maßstab orientieren Sie den Zeitfaktor
- A am eigenen Arbeiten C am Vergleich mit anderen Schülern
 B am Gefühl D an der Uhr
-
44. 44) Der Praxiskatalog ist einfach und verständlich
- a stimme voll zu b stimme eher zu c stimme eher nicht zu d stimme nicht zu
-
45. 45) Es ist mir oft unklar, worauf es bei manchen Praktikumszielen wirklich ankommt
- a stimme voll zu b stimme eher zu c stimme eher nicht zu d stimme nicht zu
-
46. 46) Der Praxiskatalog ist (zutreffendes ankreuzen)
- A ist gut verständlich formuliert C vermittelt Zusammenhänge von Pflegesituationen
 B ist übersichtlich strukturiert D nichts davon trifft zu
-
47. 47) Wie würden Sie eine Gesamtbeurteilung des Praktikumskataloges bewerten?
- a sehr gut c befriedigend e mangelhaft
 b gut d ausreichend f ungenügend
-
48. 48) Wie lange haben Sie schon Berufspraxis?
- a 0-5 Jahre b 6-10 Jahre c 11-15 Jahre d 16-20 Jahre e länger

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Martina Grubmüller

12.8. Fragebogen - SchülerInnen

Fragebogen: frschul.dbf

1. 1) Wie bewerten Sie den Praxiskatalog insgesamt:
 A ☐ sehr gut C ☐ befriedigend E ☐ mangelhaft
 B ☐ gut D ☐ ausreichend F ☐ ungenügend
2. 2) Der Praxiskatalog bringt neue Fragestellungen hervor
 a ☐ stimme voll zu b ☐ stimme eher zu c ☐ stimme eher nicht zu d ☐ stimme nicht zu
3. 3) Der Praxiskatalog fördert das kritische Einbringen von Argumenten
 a ☐ stimme voll zu b ☐ stimme eher zu c ☐ stimme eher nicht zu d ☐ stimme nicht zu
4. 4) Der Praxiskatalog geht individuell auf jede(n) Schüler(in) ein
 a ☐ stimme voll zu b ☐ stimme eher zu c ☐ stimme eher nicht zu d ☐ stimme nicht zu
5. 5) Der Praxiskatalog verbreitet nur Langeweile
 a ☐ stimme voll zu b ☐ stimme eher zu c ☐ stimme eher nicht zu d ☐ stimme nicht zu
6. 6) Der Praxiskatalog belegt mein spezifisches Wissen
 a ☐ stimme voll zu b ☐ stimme eher zu c ☐ stimme eher nicht zu d ☐ stimme nicht zu
7. 7) Der Praxiskatalog bietet mehrere Lösungsmöglichkeiten, wenn der erwartete Lernerfolg nicht eintritt
 a ☐ stimme voll zu b ☐ stimme eher zu c ☐ stimme eher nicht zu d ☐ stimme nicht zu
8. 8) Alle Betroffene sind über die Handhabung des Kataloges gut eingeschult
 a ☐ stimme voll zu b ☐ stimme eher zu c ☐ stimme eher nicht zu d ☐ stimme nicht zu
9. 9) Der Katalog wird regelmäßig durch professionelles Personal kontrolliert
 a ☐ stimme voll zu b ☐ stimme eher zu c ☐ stimme eher nicht zu d ☐ stimme nicht zu
10. 10) Ich selber kontrolliere den Katalog regelmäßig
 a ☐ stimme voll zu b ☐ stimme eher zu c ☐ stimme eher nicht zu d ☐ stimme nicht zu
11. 11) Zum Praxiskatalog existieren noch zusätzliche Verlaufskontrollen auf den Stationen
 a ☐ stimme voll zu b ☐ stimme eher zu c ☐ stimme eher nicht zu d ☐ stimme nicht zu
12. 12) Die einzelnen Kriterien treffen immer genau auf meinen jeweiligen Lernerfolg zu
 a ☐ stimme voll zu b ☐ stimme eher zu c ☐ stimme eher nicht zu d ☐ stimme nicht zu
13. 13) Ich erkenne durch den Praxiskatalog ein eigenes vernetztes Denken
 a ☐ stimme voll zu b ☐ stimme eher zu c ☐ stimme eher nicht zu d ☐ stimme nicht zu
14. 14) Der Praxiskatalog deckt die Ansprüche
 A ☐ im stationären Bereich C ☐ in der Langzeitpflege
 B ☐ im ambulanten Bereich D ☐ im extremen Bereich ab
15. 15) Der Praxiskatalog macht kleine Schritte des Lernens ersichtlich
 a ☐ stimme voll zu b ☐ stimme eher zu c ☐ stimme eher nicht zu d ☐ stimme nicht zu
16. 16) Der Praxiskatalog ist eine Lernunterstützung
 a ☐ stimme voll zu b ☐ stimme eher zu c ☐ stimme eher nicht zu d ☐ stimme nicht zu
17. 17) Es macht Spaß einen Praxiskatalog zu führen
 a ☐ stimme voll zu b ☐ stimme eher zu c ☐ stimme eher nicht zu d ☐ stimme nicht zu
18. 18) Der Praxiskatalog ist als Grundlage der Beurteilung zu sehen
 a ☐ stimme voll zu b ☐ stimme eher zu c ☐ stimme eher nicht zu d ☐ stimme nicht zu
19. 19) Ich bin stolz auf meine erreichten Ziele
 a ☐ stimme voll zu b ☐ stimme eher zu c ☐ stimme eher nicht zu d ☐ stimme nicht zu
20. 20) Der Praxiskatalog gibt mir ein klares Feedback zu meinen Leistungen
 a ☐ stimme voll zu b ☐ stimme eher zu c ☐ stimme eher nicht zu d ☐ stimme nicht zu
21. 21) Der Praxiskatalog verlangt zu viel und fühle mich deshalb überfordert
 a ☐ stimme voll zu b ☐ stimme eher zu c ☐ stimme eher nicht zu d ☐ stimme nicht zu
22. 22) Durch die laufende Dokumentation bin ich besonders motiviert meine Lernziele zu erreichen
 a ☐ stimme voll zu b ☐ stimme eher zu c ☐ stimme eher nicht zu d ☐ stimme nicht zu
23. 23) Es ist mir oft unklar, worauf es bei den Praktikumszielen ankommt
 a ☐ stimme voll zu b ☐ stimme eher zu c ☐ stimme eher nicht zu d ☐ stimme nicht zu

24. 24) Ich vergesse oft Lernziele abzeichnen zu lassen

- a ☐ stimme voll zu b ☐ stimme eher zu c ☐ stimme eher nicht zu d ☐ stimme nicht zu

25. 25) Der Praxiskatalog erzeugt bei mir einen Druck Pflgetätigkeiten zu lernen

- a ☐ stimme voll zu b ☐ stimme eher zu c ☐ stimme eher nicht zu d ☐ stimme nicht zu

26. 26) Ich vergleiche den Praxiskatalog mit meinen Kollegen(innen)

- a ☐ stimme voll zu b ☐ stimme eher zu c ☐ stimme eher nicht zu d ☐ stimme nicht zu

27. 27) Der Praxiskatalog gibt mir klare Regeln vor

- a ☐ stimme voll zu b ☐ stimme eher zu c ☐ stimme eher nicht zu d ☐ stimme nicht zu

28. 28) Ich kann meine erreichten Ziele immer im Katalog wiederfinden

- a ☐ stimme voll zu b ☐ stimme eher zu c ☐ stimme eher nicht zu d ☐ stimme nicht zu

29. 29) Wie oft kontrollieren Sie Ihre Zielerreichung

- A ☐ täglich C ☐ 14tägig E ☐ am Ende des Praktikums
B ☐ wöchentlich D ☐ zur Mitte des Praktikums

30. 30) Der Praxiskatalog verkürzt den Zeitfaktor für das Erlernen einer Pflgetätigkeit

- a ☐ stimme voll zu b ☐ stimme eher zu c ☐ stimme eher nicht zu d ☐ stimme nicht zu

31. 31) Die Selbstkontrolle ist eine gute Methode sich den Unterrichtsstoff einzuprägen

- a ☐ stimme voll zu b ☐ stimme eher zu c ☐ stimme eher nicht zu d ☐ stimme nicht zu

32. 32) Der Praxiskatalog hat mir geholfen, den Unterrichtsstoff der einzelnen Dimensionen einzuprägen

- a ☐ stimme voll zu b ☐ stimme eher zu c ☐ stimme eher nicht zu d ☐ stimme nicht zu

33. 33) Durch den Praxiskatalog wurde meine Selbständigkeit beim Lösen von Aufgaben gefördert

- a ☐ stimme voll zu b ☐ stimme eher zu c ☐ stimme eher nicht zu d ☐ stimme nicht zu

34. 34) Der Praxiskatalog entspricht meinen tatsächlichen Leistungen

- a ☐ stimme voll zu b ☐ stimme eher zu c ☐ stimme eher nicht zu d ☐ stimme nicht zu

35. 35) Durch die Verwendung des Kataloges kann ich meinen kontinuierlichen Lernerfolg erkennen

- a ☐ stimme voll zu b ☐ stimme eher zu c ☐ stimme eher nicht zu d ☐ stimme nicht zu

36. 36) Durch die hohen Lernanforderungen des Kataloges habe ich oft große Angst zu versagen

- a ☐ stimme voll zu b ☐ stimme eher zu c ☐ stimme eher nicht zu d ☐ stimme nicht zu

37. 37) Die Beurteilungen, die ich bekommen habe, entsprechen meinen tatsächlichen Leistungen, die mit dem Praxiskatalog übereinstimmen

- a ☐ stimme voll zu b ☐ stimme eher zu c ☐ stimme eher nicht zu d ☐ stimme nicht zu

38. 38) Ich kann gegen Ende meiner Ausbildung jedes Kriterium im Praxiskatalog gegenzeichnen und mit dem "Ziel erreicht" bestätigen

- a ☐ stimme voll zu b ☐ stimme eher zu c ☐ stimme eher nicht zu d ☐ stimme nicht zu

39. 39) Kriterien im Katalog werden oft abgezeichnet, ohne dass sich der Praxisanleiter davon überzeugt

- a ☐ stimme voll zu b ☐ stimme eher zu c ☐ stimme eher nicht zu d ☐ stimme nicht zu

40. 40) Es wäre mir lieber, es gäbe keinen Praxiskatalog

- a ☐ stimme voll zu b ☐ stimme eher zu c ☐ stimme eher nicht zu d ☐ stimme nicht zu

41. 41) Aufzeichnungen im Praxiskatalog beeinflussen die Endbeurteilung des jeweiligen Praktikums

- a ☐ stimme voll zu b ☐ stimme eher zu c ☐ stimme eher nicht zu d ☐ stimme nicht zu

42. 42) Durch die Führung des Kataloges wurde die Beurteilung objektiver

- a ☐ stimme voll zu b ☐ stimme eher zu c ☐ stimme eher nicht zu d ☐ stimme nicht zu

43. 43) Wann ist ein Ziel erreicht

- A ☐ Eine Befriedigung gespürt C ☐ Selbständig, richtig durchgeführt
B ☐ Nach Anleitung durchgeführt D ☐ Selbständig, richtig und routinisiert durchgeführt

44. 44) Ich weiß bescheid über ...

- A ☐ Grundlagen der Gesundheitserziehung und -förderung
- B ☐ eigenes Gesundheitsverhalten
- C ☐ den Pflegeprozess, Pflegemaßnahmen, ...
- D ☐ Aufnahme-, Transferierungs-, Entlassungsmanagement
- E ☐ Körperhygiene
- F ☐ den Umgang mit Desorientierung
- G ☐ Vitalfunktionen
- H ☐ Ernährung, Sondennahrung
- I ☐ Ausscheidung
- J ☐ Intimität und Sexualität
- K ☐ die Begleitung sterbender Menschen
- L ☐ Verabreichung von Medikamenten und Nebenwirkungen
- M ☐ Blutabnahmen, Punktionen, Untersuchungen, Eingriffe
- N ☐ Stomata, Drainagen, Spülungen
- O ☐ Verbände, Verbandwechsel, Untersuchungsmaterial
- P ☐ Monitoring
- Q ☐ Anwendung von Pflegemodellen
- R ☐ transkulturelle Aspekte in der Pflege

45. 45) Der Praxiskatalog ist ...

- A ☐ einfach und verständlich B ☐ gut formuliert C ☐ übersichtlich strukturiert

46. 46) Wie würden Sie eine Gesamtbeurteilung des Praktikums kataloges bewerten?

- a ☐ sehr gut c ☐ befriedigend e ☐ mangelhaft
b ☐ gut d ☐ ausreichend f ☐ ungenügend

Anmerkungen

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit

Martina Grubmüller

12.9. Grundauswertung Teil 1 der Befragung: PraxisanleiterInnen

1) allgemeine Frage vorher

	sehr gut	2
(7,41%)		
	gut	5
(18,52%)		
	befriedigend	9
(33,33%)		
	ausreichend	6
(22,22%)		
	mangelhaft	5
(18,52%)		
	ungenügend	0
(0,00%)		
	Summe	27
	ohne Antwort	0

2) Qualitätssicherung

	stimme voll zu	7
(25,93%)		
	stimme eher zu	13
(48,15%)		
	stimme eher nicht zu	7
(25,93%)		
	stimme nicht zu	0
(0,00%)		
	Summe	27
	ohne Antwort	0

3) Qualitätssicherung

	stimme voll zu	4
(14,81%)		
	stimme eher zu	16
(59,26%)		
	stimme eher nicht zu	5
(18,52%)		
	stimme nicht zu	2
(7,41%)		
	Summe	27
	ohne Antwort	0

4) Qualitätssicherung

	stimme voll zu	2
(7,41%)		
	stimme eher zu	7
(25,93%)		
	stimme eher nicht zu	13
(48,15%)		
	stimme nicht zu	5
(18,52%)		

	Summe ohne Antwort	27 0
5) Qualitätssicherung		
(11,11%)	stimme voll zu	3
(37,04%)	stimme eher zu	10
(29,63%)	stimme eher nicht zu	8
(22,22%)	stimme nicht zu	6
	Summe ohne Antwort	27 0
6) Qualitätssicherung		
(3,70%)	stimme voll zu	1
(44,44%)	stimme eher zu	12
(40,74%)	stimme eher nicht zu	11
(11,11%)	stimme nicht zu	3
	Summe ohne Antwort	27 0
7) Qualitätssicherung		
(18,52%)	stimme voll zu	5
(59,26%)	stimme eher zu	16
(18,52%)	stimme eher nicht zu	5
(3,70%)	stimme nicht zu	1
	Summe ohne Antwort	27 0
8) Qualitätssicherung		
(7,41%)	stimme voll zu	2
(22,22%)	stimme eher zu	6
(51,85%)	stimme eher nicht zu	14
(18,52%)	stimme nicht zu	5
	Summe ohne Antwort	27 0

9) Qualitätssicherung

(3,70%)	stimme voll zu	1
(51,85%)	stimme eher zu	14
(25,93%)	stimme eher nicht zu	7
(18,52%)	stimme nicht zu	5
	Summe	27
	ohne Antwort	0

10) Qualitätssicherung

(7,41%)	stimme voll zu	2
(25,93%)	stimme eher zu	7
(51,85%)	stimme eher nicht zu	14
(14,81%)	stimme nicht zu	4
	Summe	27
	ohne Antwort	0

11) Qualitätssicherung

(3,70%)	stimme voll zu	1
(44,44%)	stimme eher zu	12
(40,74%)	stimme eher nicht zu	11
(11,11%)	stimme nicht zu	3
	Summe	27
	ohne Antwort	0

12) Qualitätssicherung

(0,00%)	stimme voll zu	0
(48,15%)	stimme eher zu	13
(40,74%)	stimme eher nicht zu	11
(11,11%)	stimme nicht zu	3
	Summe	27
	ohne Antwort	0

13) Qualitätssicherung

(18,52%)	stimme voll zu	5
	stimme eher zu	10

(37,04%)		
(40,74%)	stimme eher nicht zu	11
(3,70%)	stimme nicht zu	1
	Summe	27
	ohne Antwort	0
14) Qualitätssicherung		
	stimme voll zu	2
(7,41%)	stimme eher zu	2
(7,41%)	stimme eher nicht zu	9
(33,33%)	stimme nicht zu	14
(51,85%)		
	Summe	27
	ohne Antwort	0
15) Qualitätssicherung		
	stimme voll zu	7
(25,93%)	stimme eher zu	11
(40,74%)	stimme eher nicht zu	7
(25,93%)	stimme nicht zu	2
(7,41%)		
	Summe	27
	ohne Antwort	0
16) Qualitätssicherung		
	stimme voll zu	2
(7,41%)	stimme eher zu	12
(44,44%)	stimme eher nicht zu	8
(29,63%)	stimme nicht zu	5
(18,52%)		
	Summe	27
	ohne Antwort	0
17) Qualitätssicherung		
	im stationären Bereich	10
(37,04%)	im ambulanten Bereich	2
(7,41%)	in der Langzeitpflege	8
(29,63%)	im extramuralen Bereich ab	4
(14,81%)	in keinem der genannten Bereiche ab	11
(40,74%)		

	Nennungen (Mehrfachwahl möglich!)	35	
	geantwortet haben	27	
	ohne Antwort	0	
18) Leitfaden für die praktische Ausbildung			
	stimme zu	0	
(0,00%)			
	stimme eher zu	11	
(40,74%)			
	stimme eher nicht zu	14	
(51,85%)			
	stimme nicht zu	2	
(7,41%)			
	Summe	27	
	ohne Antwort	0	
19) Praxiskatalog als Leitfaden			
	stimme voll zu	3	
(11,11%)			
	stimme eher zu	13	
(48,15%)			
	stimme eher nicht zu	7	
(25,93%)			
	stimme nicht zu	4	
(14,81%)			
	Summe	27	
	ohne Antwort	0	
20) Leitfaden für die praktische Ausbildung			
	stimme voll zu	7	
(25,93%)			
	stimme eher zu	8	
(29,63%)			
	stimme eher nicht zu	9	
(33,33%)			
	stimme nicht zu	3	
(11,11%)			
	Summe	27	
	ohne Antwort	0	
21) Leitfaden für die praktische Ausbildung			
	stimme voll zu	9	
(33,33%)			
	stimme eher zu	11	
(40,74%)			
	stimme eher nicht zu	4	
(14,81%)			
	stimme nicht zu	3	
(11,11%)			
	Summe	27	
	ohne Antwort	0	

22) Leitfaden für die praktische Ausbildung

(22,22%)	stimme voll zu	6
(40,74%)	stimme eher zu	11
(22,22%)	stimme eher nicht zu	6
(14,81%)	stimme nicht zu	4
	Summe	27
	ohne Antwort	0

23) Leitfaden für die praktische Ausbildung

(14,81%)	stimme voll zu	4
(33,33%)	stimme eher zu	9
(37,04%)	stimme eher nicht zu	10
(14,81%)	stimme nicht zu	4
	Summe	27
	ohne Antwort	0

24) Leitfaden für die praktische Ausbildung

(0,00%)	stimme voll zu	0
(14,81%)	stimme eher zu	4
(44,44%)	stimme eher nicht zu	12
(40,74%)	stimme nicht zu	11
	Summe	27
	ohne Antwort	0

25) Leitfaden für die praktische Ausbildung

(11,11%)	stimme voll zu	3
(44,44%)	stimme eher zu	12
(37,04%)	stimme eher nicht zu	10
(7,41%)	stimme nicht zu	2
	Summe	27
	ohne Antwort	0

26) Leitfaden für die praktische Ausbildung

(7,41%)	stimme voll zu	2
(44,44%)	stimme eher zu	12

(37,04%)	stimme eher nicht zu	10
(11,11%)	stimme nicht zu	3

	Summe	27
	ohne Antwort	0

27) Leitfaden für die praktische Ausbildung

(37,04%)	stimme voll zu	10
(18,52%)	stimme eher zu	5
(29,63%)	stimme eher nicht zu	8
(14,81%)	stimme nicht zu	4

	Summe	27
	ohne Antwort	0

28) Leitfaden für die praktische Ausbildung

(7,41%)	stimme voll zu	2
(40,74%)	stimme eher zu	11
(33,33%)	stimme eher nicht zu	9
(18,52%)	stimme nicht zu	5

	Summe	27
	ohne Antwort	0

29) Leitfaden für die praktische Ausbildung

(29,63%)	stimme voll zu	8
(25,93%)	stimme eher zu	7
(22,22%)	stimme eher nicht zu	6
(22,22%)	stimme nicht zu	6

	Summe	27
	ohne Antwort	0

30) Leitfaden für die praktische Ausbildung

(3,70%)	stimme voll zu	1
(18,52%)	stimme eher zu	5
(55,56%)	stimme eher nicht zu	15

(22, 22%)	stimme nicht zu	6
	Summe	27
	ohne Antwort	0

31) Leitfaden für die praktische Ausbildung

(29, 63%)	stimme voll zu	8
(37, 04%)	stimme eher zu	10
(25, 93%)	stimme eher nicht zu	7
(7, 41%)	stimme nicht zu	2
	Summe	27
	ohne Antwort	0

32) Leitfaden der praktischen Ausbildung

(11, 11%)	stimme voll zu	3
(25, 93%)	stimme eher zu	7
(44, 44%)	stimme eher nicht zu	12
(18, 52%)	stimme nicht zu	5
	Summe	27
	ohne Antwort	0

33) Leitfaden für die praktische Anleitung

(37, 50%)	stimme voll zu	9
(45, 83%)	stimme eher zu	11
(12, 50%)	stimme eher nicht zu	3
(4, 17%)	stimme nicht zu	1
	Summe	24
	ohne Antwort	3

34) Leitfaden für die praktische Ausbildung

(55, 56%)	stimme voll zu	15
(25, 93%)	stimme eher zu	7
(7, 41%)	stimme eher nicht zu	2
	stimme nicht zu	3

(11,11%)

	Summe	27
	ohne Antwort	0

35) Leitfaden für die praktische Anleitung

(14,81%)	stimme voll zu	4
(40,74%)	stimme eher zu	11
(29,63%)	stimme eher nicht zu	8
(14,81%)	stimme nicht zu	4

	Summe	27
	ohne Antwort	0

36) einheitliches Beurteilungsschema

(3,70%)	stimme voll zu	1
(44,44%)	stimme eher zu	12
(29,63%)	stimme eher nicht zu	8
(22,22%)	stimme nicht zu	6

	Summe	27
	ohne Antwort	0

37) einheitliches Beurteilungsschema

(11,11%)	stimme voll zu	3
(25,93%)	stimme eher zu	7
(40,74%)	stimme eher nicht zu	11
(22,22%)	stimme nicht zu	6

	Summe	27
	ohne Antwort	0

38) einheitliches Beurteilungsschema

(7,41%)	stimme voll zu	2
(37,04%)	stimme eher zu	10
(29,63%)	stimme eher nicht zu	8
(25,93%)	stimme nicht zu	7

	Summe ohne Antwort	27 0
39) einheitliches Beurteilungsschema		
(3,70%)	stimme voll zu	1
(22,22%)	stimme eher zu	6
(55,56%)	stimme eher nicht zu	15
(18,52%)	stimme nicht zu	5
	Summe ohne Antwort	27 0
40) einheitliches Beurteilungsschema		
(8,00%)	stimme voll zu	2
(24,00%)	stimme eher zu	6
(20,00%)	stimme eher nicht zu	5
(48,00%)	stimme nicht zu	12
	Summe ohne Antwort	25 2
41) einheitliches Beurteilungsschema		
(0,00%)	Pflegehandlung gesehen	0
(19,23%)	Pflegehandlung unter Anleitung durchgeführt	5
(57,69%)	Pflegehandlung selbständig und richtig durchgeführt	15
(34,62%)	Pflegehandlung selbständig, richtig und routiniert durch	9
	Nennungen (Mehrfachwahl möglich!) geantwortet haben ohne Antwort	29 26 1
42) einheitliches Beurteilungsschema		
(8,00%)	täglich	2
(12,00%)	wöchentlich	3
(8,00%)	14tägig	2
(56,00%)	zur Mitte des Praktikums	14
	am Ende des Praktikums	12

(48,00%)

Nennungen (Mehrfachwahl möglich!)	33
geantwortet haben	25
ohne Antwort	2

43) einheitliches Beurteilungsschema

am eigenen Arbeiten	10
(40,00%)	
am Gefühl	9
(36,00%)	
am Vergleich mit anderen Schülern	11
(44,00%)	
an der Uhr	1
(4,00%)	

Nennungen (Mehrfachwahl möglich!)	31
geantwortet haben	25
ohne Antwort	2

Textantworten s. Datei d:\software fragebogen\praxisk.fre

44) Transparenz

stimme voll zu	1
(3,85%)	
stimme eher zu	7
(26,92%)	
stimme eher nicht zu	12
(46,15%)	
stimme nicht zu	6
(23,08%)	

Summe	26
ohne Antwort	1

45) Transparenz

stimme voll zu	5
(19,23%)	
stimme eher zu	15
(57,69%)	
stimme eher nicht zu	5
(19,23%)	
stimme nicht zu	1
(3,85%)	

Summe	26
ohne Antwort	1

46) Transparenz

ist gut verständlich formuliert	2
(7,69%)	
ist übersichtlich strukturiert	13
(50,00%)	
vermittelt Zusammenhänge von Pflegesituationen	6
(23,08%)	
nichts davon trifft zu	9
(34,62%)	

Nennungen (Mehrfachwahl möglich!)	30
geantwortet haben	26
ohne Antwort	1

47) Gesamtbewertung nachher

	sehr gut	0
(0,00%)		
	gut	7
(25,93%)		
	befriedigend	7
(25,93%)		
	ausreichend	5
(18,52%)		
	mangelhaft	7
(25,93%)		
	ungenügend	1
(3,70%)		
	Summe	27
	ohne Antwort	0

48) statistik

	0 -5 Jahre	12
(44,44%)		
	6 - 10 Jahre	5
(18,52%)		
	11- 15 Jahre	3
(11,11%)		
	16 - 20 Jahre	2
(7,41%)		
	länger	5
(18,52%)		
	Summe	27
	ohne Antwort	0

Textantworten s. Datei d:\software fragebogen\praxisk.fre

12.10. Grundauswertung Teil 1 der Befragung: Fragebogen - SchülerInnen

1) 1) Wie bewerten Sie den Praxiskatalog insgesamt:

	sehr gut	1
(0,92%)		
	gut	17
(15,60%)		
	befriedigend	53
(48,62%)		
	ausreichend	23
(21,10%)		
	mangelhaft	12
(11,01%)		
	ungenügend	3
(2,75%)		
	Nennungen (Mehrfachwahl möglich!)	109
	geantwortet haben	109
	ohne Antwort	1

2) Qualitätssicherung

	stimme voll zu	16
(14,68%)		
	stimme eher zu	61
(55,96%)		
	stimme eher nicht zu	28
(25,69%)		
	stimme nicht zu	4
(3,67%)		
	Summe	109
	ohne Antwort	1

3) Qualitätssicherung

	stimme voll zu	16
(14,55%)		
	stimme eher zu	43
(39,09%)		
	stimme eher nicht zu	40
(36,36%)		
	stimme nicht zu	11
(10,00%)		
	Summe	110
	ohne Antwort	0

4) Qualitätssicherung

	stimme voll zu	3
(2,75%)		
	stimme eher zu	20
(18,35%)		
	stimme eher nicht zu	57
(52,29%)		
	stimme nicht zu	29
(26,61%)		

		Summe ohne Antwort	109 1
5) Qualitätssicherung			
(7,27%)	stimme voll zu		8
(38,18%)	stimme eher zu		42
(42,73%)	stimme eher nicht zu		47
(11,82%)	stimme nicht zu		13
		Summe ohne Antwort	110 0
6) Qualitätssicherung			
(9,09%)	stimme voll zu		10
(57,27%)	stimme eher zu		63
(27,27%)	stimme eher nicht zu		30
(6,36%)	stimme nicht zu		7
		Summe ohne Antwort	110 0
7) Qualitätssicherung			
(3,67%)	stimme voll zu		4
(27,52%)	stimme eher zu		30
(44,04%)	stimme eher nicht zu		48
(24,77%)	stimme nicht zu		27
		Summe ohne Antwort	109 1
8) Qualitätssicherung			
(0,92%)	stimme voll zu		1
(21,10%)	stimme eher zu		23
(44,04%)	stimme eher nicht zu		48
(33,94%)	stimme nicht zu		37
		Summe ohne Antwort	109 1

9) Qualitätssicherung

	stimme voll zu	4
(3,67%)		
	stimme eher zu	31
(28,44%)		
	stimme eher nicht zu	48
(44,04%)		
	stimme nicht zu	26
(23,85%)		
	Summe	109
	ohne Antwort	1

10) Qualitätssicherung

	stimme voll zu	32
(29,36%)		
	stimme eher zu	57
(52,29%)		
	stimme eher nicht zu	16
(14,68%)		
	stimme nicht zu	4
(3,67%)		
	Summe	109
	ohne Antwort	1

11) Qualitätssicherung

	stimme voll zu	23
(20,91%)		
	stimme eher zu	37
(33,64%)		
	stimme eher nicht zu	36
(32,73%)		
	stimme nicht zu	14
(12,73%)		
	Summe	110
	ohne Antwort	0

12) Qualitätssicherung

	stimme voll zu	4
(3,64%)		
	stimme eher zu	39
(35,45%)		
	stimme eher nicht zu	52
(47,27%)		
	stimme nicht zu	15
(13,64%)		
	Summe	110
	ohne Antwort	0

13) Qualitätssicherung

	stimme voll zu	6
(5,50%)		
	stimme eher zu	44
(40,37%)		
	stimme eher nicht zu	53
(48,62%)		
	stimme nicht zu	6

(5,50%)

	Summe	109
	ohne Antwort	1

14) 14) Der Praxiskatalog deckt die Ansprüche

	im stationären Bereich	93
(84,55%)		
	im ambulanten Bereich	27
(24,55%)		
	in der Langzeitpflege	68
(61,82%)		
	im extramuralen Bereich ab	32
(29,09%)		
	in keinem der der genannten Bereiche ab	16
(14,55%)		

	Nennungen (Mehrfachwahl möglich!)	236
	geantwortet haben	110
	ohne Antwort	0

15) Leitfaden für praktische Ausbildung

	stimme voll zu	5
(4,55%)		
	stimme eher zu	52
(47,27%)		
	stimme eher nicht zu	37
(33,64%)		
	stimme nicht zu	16
(14,55%)		

	Summe	110
	ohne Antwort	0

16) Leitfaden für praktische Ausbildung

	stimme voll zu	15
(13,76%)		
	stimme eher zu	48
(44,04%)		
	stimme eher nicht zu	34
(31,19%)		
	stimme nicht zu	12
(11,01%)		

	Summe	109
	ohne Antwort	1

17) Leitfaden für praktische Ausbildung

	stimme voll zu	4
(3,67%)		
	stimme eher zu	22
(20,18%)		
	stimme eher nicht zu	51
(46,79%)		
	stimme nicht zu	32
(29,36%)		

	Summe	109
--	-------	-----

	ohne Antwort	1
18) Leitfaden für praktische Ausbildung		
(5,45%)	stimme voll zu	6
(41,82%)	stimme eher zu	46
(36,36%)	stimme eher nicht zu	40
(16,36%)	stimme nicht zu	18
	Summe	110
	ohne Antwort	0
19) Leitfaden für praktische Ausbildung		
(48,18%)	stimme voll zu	53
(46,36%)	stimme eher zu	51
(3,64%)	stimme eher nicht zu	4
(1,82%)	stimme nicht zu	2
	Summe	110
	ohne Antwort	0
20) Leitfaden für die praktische Ausbildung		
(10,91%)	stimme voll zu	12
(40,00%)	stimme eher zu	44
(42,73%)	stimme eher nicht zu	47
(6,36%)	stimme nicht zu	7
	Summe	110
	ohne Antwort	0
21) Leitfaden für die praktische Ausbildung		
(1,82%)	stimme voll zu	2
(23,64%)	stimme eher zu	26
(54,55%)	stimme eher nicht zu	60
(20,00%)	stimme nicht zu	22
	Summe	110
	ohne Antwort	0

22) Leitfaden für praktische Ausbildung

(7,27%)	stimme voll zu	8
(42,73%)	stimme eher zu	47
(42,73%)	stimme eher nicht zu	47
(7,27%)	stimme nicht zu	8
	Summe	110
	ohne Antwort	0

23) Leitfaden für die praktische Ausbildung

(10,91%)	stimme voll zu	12
(43,64%)	stimme eher zu	48
(30,91%)	stimme eher nicht zu	34
(14,55%)	stimme nicht zu	16
	Summe	110
	ohne Antwort	0

24) Leitfaden für die praktische Ausbildung

(18,18%)	stimme voll zu	20
(29,09%)	stimme eher zu	32
(36,36%)	stimme eher nicht zu	40
(16,36%)	stimme nicht zu	18
	Summe	110
	ohne Antwort	0

25) Leitfaden für die praktische Ausbildung

(11,93%)	stimme voll zu	13
(31,19%)	stimme eher zu	34
(38,53%)	stimme eher nicht zu	42
(18,35%)	stimme nicht zu	20
	Summe	109
	ohne Antwort	1

26) Leitfaden für die praktische Anleitung

(14,55%)	stimme voll zu	16
(27,27%)	stimme eher zu	30
(30,00%)	stimme eher nicht zu	33

(28,18%)	stimme nicht zu	31
	Summe	110
	ohne Antwort	0
27) Leitfaden für die praktische Ausbildung		
(11,82%)	stimme voll zu	13
(44,55%)	stimme eher zu	49
(32,73%)	stimme eher nicht zu	36
(10,91%)	stimme nicht zu	12
	Summe	110
	ohne Antwort	0
28) Leitfaden für die praktische Ausbildung		
(17,27%)	stimme voll zu	19
(40,91%)	stimme eher zu	45
(33,64%)	stimme eher nicht zu	37
(8,18%)	stimme nicht zu	9
	Summe	110
	ohne Antwort	0
29) Grundlage für einheitliches Beurteilungsschema		
(1,83%)	täglich	2
(14,68%)	wöchentlich	16
(13,76%)	14tägig	15
(45,87%)	zur Mitte des Praktikums	50
(47,71%)	am Ende des Praktikums	52
	Nennungen (Mehrfachwahl möglich!)	135
	geantwortet haben	109
	ohne Antwort	1
30) Grundlage für einheitliches Beurteilungsschema		
(4,55%)	stimme voll zu	5
(19,09%)	stimme eher zu	21
(52,73%)	stimme eher nicht zu	58
(23,64%)	stimme nicht zu	26

	Summe	110
	ohne Antwort	0
31) Grundlage für einheitliches Beurteilungsschema		
(7,34%)	stimme voll zu	8
(42,20%)	stimme eher zu	46
(39,45%)	stimme eher nicht zu	43
(11,01%)	stimme nicht zu	12
	Summe	109
	ohne Antwort	1
32) Leitfaden für die praktische Ausbildung		
(4,55%)	stimme voll zu	5
(26,36%)	stimme eher zu	29
(49,09%)	stimme eher nicht zu	54
(20,00%)	stimme nicht zu	22
	Summe	110
	ohne Antwort	0
33) Grundlage für einheitliches Beurteilungsschema		
(13,64%)	stimme voll zu	15
(30,00%)	stimme eher zu	33
(39,09%)	stimme eher nicht zu	43
(17,27%)	stimme nicht zu	19
	Summe	110
	ohne Antwort	0
34) Grundlage für einheitliches Beurteilungsschema		
(9,09%)	stimme voll zu	10
(34,55%)	stimme eher zu	38
(41,82%)	stimme eher nicht zu	46
(14,55%)	stimme nicht zu	16
	Summe	110
	ohne Antwort	0

35) Grundlage für einheitliches Beurteilungsschema		
(10,00%)	stimme voll zu	11
(36,36%)	stimme eher zu	40
(42,73%)	stimme eher nicht zu	47
(10,91%)	stimme nicht zu	12
	Summe	110
	ohne Antwort	0
36) Grundlage für einheitliches Beurteilungsschema		
(3,64%)	stimme voll zu	4
(26,36%)	stimme eher zu	29
(33,64%)	stimme eher nicht zu	37
(36,36%)	stimme nicht zu	40
	Summe	110
	ohne Antwort	0
37) Grundlage für einheitliches Beurteilungsschema		
(19,27%)	stimme voll zu	21
(40,37%)	stimme eher zu	44
(29,36%)	stimme eher nicht zu	32
(11,01%)	stimme nicht zu	12
	Summe	109
	ohne Antwort	1
38) Grundlage für einheitliches Beurteilungsschema		
(9,26%)	stimme voll zu	10
(28,70%)	stimme eher zu	31
(31,48%)	stimme eher nicht zu	34
(30,56%)	stimme nicht zu	33
	Summe	108
	ohne Antwort	2
39) Grundlage für einheitliches Beurteilungsschema		
(15,45%)	stimme voll zu	17
(33,64%)	stimme eher zu	37
(30,00%)	stimme eher nicht zu	33

(20,91%)	stimme nicht zu	23
	Summe	110
	ohne Antwort	0
40) Grundlage für einheitliches Beurteilungsschema		
(23,64%)	stimme voll zu	26
(28,18%)	stimme eher zu	31
(33,64%)	stimme eher nicht zu	37
(14,55%)	stimme nicht zu	16
	Summe	110
	ohne Antwort	0
41) Grundlage für einheitliches Beurteilungsschema		
(4,55%)	stimme voll zu	5
(28,18%)	stimme eher zu	31
(40,00%)	stimme eher nicht zu	44
(27,27%)	stimme nicht zu	30
	Summe	110
	ohne Antwort	0
42) Grundlage für einheitliches Beurteilungsschema		
(2,73%)	stimme voll zu	3
(35,45%)	stimme eher zu	39
(39,09%)	stimme eher nicht zu	43
(22,73%)	stimme nicht zu	25
	Summe	110
	ohne Antwort	0
43) Grundlage für einheitliches Beurteilungsschema		
(10,00%)	Pflegehandlung gesehen	11
(27,27%)	Unter Anleitung durchgeführt	30
(52,73%)	Selbständig, richtig durchgeführt	58
(33,64%)	Selbständig, richtig und routiniert durchgeführt	37
	Nennungen (Mehrfachwahl möglich!)	136
	geantwortet haben	110
	ohne Antwort	0

44) Grundlage für einheitliches Beurteilungsschema		
Grundlagen der Gesundheitserziehung und -förderung		95
(90,48%)		
eigenes Gesundheitsverhalten		100
(95,24%)		
den Pflegeprozess, Pflegemaßnahmen, ...		98
(93,33%)		
Aufnahme-, Transferierungs-, Entlassungsmanagement		96
(91,43%)		
Körperhygiene		104
(99,05%)		
den Umgang mit Desorientierung		97
(92,38%)		
Vitalfunktionen		105
(100,00%)		
Ernährung, Sondennahrung		103
(98,10%)		
Ausscheidung		105
(100,00%)		
Intimität und Sexualität		100
(95,24%)		
die Begleitung sterbender Menschen		99
(94,29%)		
Verabreichung von Medikamenten und Nebenwirkungen		103
(98,10%)		
Blutabnahmen, Punktionen, Untersuchungen, Eingriffe		93
(88,57%)		
Stomata, Drainagen, Spülungen		97
(92,38%)		
Verbände, Verbandwechsel, Untersuchungsmaterial		102
(97,14%)		
Monitoring		93
(88,57%)		
Anwendung von Pflegemodellen		74
(70,48%)		
transkulturelle Aspekte in der Pflege		77
(73,33%)		
Nennungen (Mehrfachwahl möglich!)		1741
geantwortet haben		105
ohne Antwort		5
45) Transparenz		
einfach und verständlich		9
(8,26%)		
gut formuliert		15
(13,76%)		
übersichtlich strukturiert		49
(44,95%)		
nichts davon trifft zu		48
(44,04%)		
Nennungen (Mehrfachwahl möglich!)		121
geantwortet haben		109
ohne Antwort		1

46) Gesamtbeurteilung nachher

(0,00%)	sehr gut	0
(10,91%)	gut	12
(40,91%)	befriedigend	45
(27,27%)	ausreichend	30
(20,91%)	mangelhaft	23
(0,00%)	ungenügend	0
	Summe	110
	ohne Antwort	0

12.11. Curriculum Vitae

Martina Petra Grubmüller

Persönliche Angaben

Geburtsdatum: 06.03.1975

Familienstand: ledig (Lebensgemeinschaft)

Staatsangehörigkeit: Österreich

Thomas (Sohn) : 21.07.2004

Ausbildung

1990-1993 Fachschule für wirtschaftliche Berufe Zwettl

1993-1996 Gesundheits- und Krankenpflegeschule Zwettl

1998-2001 Berufsreifeprüfung

2003-2008 Studium Pflegewissenschaft

Seit 2005 Studium Pädagogik

Berufserfahrung

1991-1996 aktives Mitglied des Arbeiter-Samariterbundes

1996-2001 Stationsleitungsstellvertretung auf einer Betreuungsstation (Langzeitpsychiatrie) Zwettl

1997 (aushilfsweise) Hauskrankenpflege Caritas Zwettl

2002-2004 Herzstation LKH+Krems an der Donau

2004-2006 Karenz

Seit 2005 Gastvortragende Alten-und Pflegehelferausbildung am
Edelhof Zwettl

Seit 2006 Vortragende an der Gesundheits- und Krankenpflegeschule Zwettl