

Heidrun Behrendt

Analyse, Vergleich und Perspektiven zur Pflegeausbildung in den europäischen Ländern

Ansiedlung

Zugang

Dauer

Abschluss

Kompetenzen

Inhalte

Lernorganisation

Evaluation



Cuvillier Verlag Göttingen

Analyse, Vergleich und Perspektiven zur Pflegeausbildung
in den europäischen Ländern

Dissertation
zur Erlangung des sozialwissenschaftlichen Doktorgrades
der Sozialwissenschaftlichen Fakultät der Georg-August-Universität Göttingen

vorgelegt von

Dipl.-Med.Päd. Heidrun Behrendt
aus Großvargula Kreis Bad Langensalza/Thür.

Göttingen 2008

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

1. Aufl. - Göttingen : Cuvillier, 2008
Zugl.: Göttingen, Univ., Diss., 2008
978-3-86727-772-3

1. Gutachter: Herr Prof. Dr. Hans-Dieter Haller
2. Gutachterin: Frau Prof. Dr. Christina Krause

Tag der mündlichen Prüfung: 11. September 2008

© CUVILLIER VERLAG, Göttingen 2008
Nonnenstieg 8, 37075 Göttingen
Telefon: 0551-54724-0
Telefax: 0551-54724-21
www.cuvillier.de

Alle Rechte vorbehalten. Ohne ausdrückliche Genehmigung des Verlages ist es nicht gestattet, das Buch oder Teile daraus auf fotomechanischem Weg (Fotokopie, Mikrokopie) zu vervielfältigen.

1. Auflage, 2008
Gedruckt auf säurefreiem Papier

978-3-86727-772-3

Es ist unstreitig, daß der menschliche Geist für die Eindrücke, die durch das Lernen erzielt werden, nicht in jeder Form, in der sie dargestellt werden, gleich empfänglich ist. Die Kunst diejenigen Formen aufzufinden, die seine Empfänglichkeit am meisten reitzen, ist der Mechanismus der Lehrart, die jeder Lehrer in der freyen Natur aufforschen und ihr zum Behuf der Kunst ablernen soll.

Johann Heinrich Pestalozzi (1746-1827)

Vorwort

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit „Analyse, Vergleich und Perspektiven zur Pflegeausbildung in den europäischen Ländern“. Das Ergebnis der Untersuchung ist in die aktuelle Diskussion der Pflegeausbildung einzuordnen und soll zum besseren Verständnis und zur Weiterentwicklung der Kompatibilität einer europäischen Pflegeausbildung beitragen.

Vielseitige Gespräche, die wertvolle Anregungen für die Untersuchung gaben, sowie praktische Hilfestellungen haben wesentlich zur Entstehung der Arbeit beigetragen. An dieser Stelle möchte ich all jenen meinen Dank aussprechen, die mich während dieser Arbeitsphase tatkräftig unterstützt haben.

Herrn Prof. Dr. Hans-Dieter Haller (Pädagogisches Seminar, Göttingen) gilt mein besonderer Dank für die freundliche Betreuung der Arbeit und für die kontinuierliche und zuverlässige Unterstützung bei allen fachlichen und organisatorischen Fragestellungen. Durch ihn war es möglich, die Arbeit um computer-gestützte Lernstrategien zu erweitern sowie in modifizierter Form einen konzeptionellen Ansatz für Blended Learning in der pflegerischen Hochschulausbildung vorzulegen. Seine stete Diskussionsbereitschaft, auch im Rahmen des Doktorandenkolloquiums, hat entscheidend zum Gelingen der Arbeit beigetragen.

Frau Prof. Dr. Christina Krause (Pädagogisches Seminar, Göttingen) als Zweitgutachterin, danke ich sehr für die wichtigen Hinweise zu vielfältigen Fragen dieser Arbeit, insbesondere hinsichtlich ihre Methodik, sowie speziell zu Fragen der Prävention aus der Sicht der Salutogenese nach dem Konzept von Aron Antonovsky.

Mein Dank richtet sich ferner an Herrn Prof. Dr. Gerald Hüther (Abt. Neurobiologische Grundlagenforschung, Göttingen), der als Mitglied der Promotionskommission an meiner Disputation mitgewirkt hat, für Fragen immer zugänglich war sowie durch seine aufmunternden Worte mir stets Zuversicht für eine erfolgreiche Bewältigung der Arbeit vermittelt hat.

Ebenso bedanke ich mich herzlich bei Herrn Prof. Dr. Karl-Heinz Flechsig (ehemals Institut für Interkulturelle Didaktik an der Universität Göttingen) für die Thematisierung der Dissertation, für die wichtigen Impulse, die er mir in unseren Gesprächen gegeben hat, aber auch für das Überlassen wertvoller Arbeitsmaterialien und die konkreten Hinweise zur Nutzung des „Göttinger Katalog Didaktischer Modelle“ (GKDM).

Des Weiteren danke ich Herrn Dr. Robert Pochmarski (Verwaltungsrat, Europäische Kommission, Brüssel) für die Bereitstellung des Dokumentenmaterials sowie der Ergebnisse zur Bestandsaufnahme der Pflegeausbildung in den Ländern der Europäischen Union, auf deren Grundlage Forschungsgegenstand und Hypothesen formuliert worden sind. Dabei gilt mein Dank auch Frau Gertrud Stöcker (ehemals Mitglied des Beratenden Ausschusses der Europäischen Kommission) für ihre Unterstützung in der Vorbereitung der Datenerhebung; ebenso Frau Raija Sairanen (Finnland).

Frau Dipl.-Psych. Ingeborg Nowack danke ich für ihre große Anteilnahme an meiner Arbeit sowie für die Diskussionsgespräche, zu denen sie gern bereit war.

Herrn Norbert Erichsen (Geschäftsführer des Pflegedienstes der Universitätsmedizin, Göttingen) danke ich besonders für seine stete Unterstützung und für sein Interesse am Fortschreiten der Arbeit. Herzlichen Dank an meine Kolleginnen und Kollegen, ebenso an Frau Elisabeth Beierle, M.A., und an die Lehrpersonen der Krankenpflege-/ Kinderkrankenpflegeschule der Universitätsmedizin, Göttingen.

Eine solche Untersuchung durchzuführen, ist nicht denkbar, ohne dass sich Personen dafür öffnen und für Aussagen bereit sind. Mein ganz spezieller Dank gilt daher all den Personen in den europäischen Ländern, die an der schriftlichen Befragung teilgenommen und mir ihre Ausbildungsdokumente zur Verfügung gestellt haben.

Namentlich nicht genannt sind die vielen Menschen, mit denen ich interessante Gespräche zur Promotionsthematik geführt habe, Ihnen sei ebenfalls herzlich gedankt für die vielen Anregungen, die ich durch sie erhalten habe.

Mein persönliches Interesse an einer vergleichenden Untersuchung der Pflegeausbildung in den europäischen Ländern bestand darin, mit dieser Arbeit in die wissenschaftliche Diskussion einzusteigen, die in den 90er Jahren um die Pflegeausbildung in Deutschland und Europa entbrannt war. Und es war gewiss auch der Gedanke damit verbunden, die Pflegeausbildung in den europäischen Ländern für Interessenten und Betroffene transparenter zu machen, ein besseres Verständnis dafür zu gewinnen, dass eine weitere Angleichung in der Pflegeausbildung der EU-Länder notwendig geworden ist, denn Globalisierung und Europäisierung gehen auch an der Pflege nicht vorbei.

Die Dissertation ist meiner Familie gewidmet.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Zielsetzung der Arbeit	1
1.2	Vorgehensweise	3
1.3	Definitionen der Grundbegriffe	4
2	Gesundheits- und Krankenpflege und Pflegeausbildung	15
2.1	Situation der Pflegeausbildung in Europa	15
2.2	Modelle und Theorien der Pflege in verschiedenen pflegewissenschaftlichen Positionen	16
2.2.1	Einführung	16
2.2.2	Konzeptuelle Modelle der Pflege (Fawcett)	23
2.2.2.1	Neumans Systemmodell	23
2.2.2.2	Orems Selbstpflegemodell	27
2.2.3	Spezifische Theorien der Pflege (Fawcett)	32
2.2.3.1	Newmans Theorie der Gesundheit als Bewusstseinsweiterung	32
2.2.3.2	Watsons Theorie der menschlichen Zuwendung	35
2.2.4	Weitere Pflegemodelle	38
2.2.4.1	Hendersons Pflegemodell	40
2.2.4.2	Das Roper-Logan-Tierney-Modell (RLT-Modell)	42
2.3	Zusammenfassung	45
3	Formen und Verfahren der Curriculumentwicklung und -analyse	48
3.1	Formen der Curriculumentwicklung	48
3.1.1	Taxonomien	49
3.1.2	Elemente des Curriculums und Curriculummodell (Merkens/ Strittmatter)	52
3.1.3	Lernzielorientierter Ansatz	53
3.1.4	Bildungstheoretischer Ansatz	59
3.1.5	Handlungsorientierter Ansatz	61
3.2	Verfahren und Prozesse der Curriculumentwicklung	72
3.3	Analyse von Curricula	77
3.3.1	Analyse von bestehenden Curricula (Revisionsmodelle)	77
3.3.2	Fragestellungen der Curriculumanalyse zu Entscheidungen	78
3.3.3	Analyse – Systeme (Prüfkriterien, Schemata)	80
3.3.3.1	Das Curriculummaterial – Analysesystem (CMAS)	80
3.3.3.2	Das Sussex-Schema	81
3.3.3.3	Prüfkriterien für Lehrplananalysen nach Flehsig	82
3.3.3.4	Inhaltsanalytische Verfahren und Kategorienbildung	85
3.4	Zusammenfassung	89
4	Untersuchungsverfahren und Ergebnisse	91
4.1	Fragestellungen zur empirischen Untersuchung und Hypothesen	91
4.2	Population und Materialsammlung	93

4.3	Methodische Verfahren	96
4.4	Befragung	97
4.4.1	Expertengespräche	97
4.4.1.1	Vorgehensweise	97
4.4.1.2	Ertrag aus den Expertengesprächen	98
4.4.2	Fragebogen	100
4.4.2.1	Erhebungsverfahren	100
4.4.2.2	Ablauf der Datenerhebung (Fragebogen)	102
4.4.2.3	Auswertung der Daten (Fragebogen)	104
4.4.2.4	Darstellung der Ergebnisse	106
4.4.2.5	Zusammenfassung und Diskussion	108
4.5.	Analyse der Ausbildungsdokumente	109
4.5.1	Erhebungsverfahren	109
4.5.2	Ablauf der Datenerhebung zur Dokumentenanalyse	110
4.5.3	Auswertung der Dokumentenanalyse	112
4.5.4	Darstellung der Ergebnisse zur Dokumentenanalyse	112
4.5.5	Zusammenfassung und Diskussion	116
4.6	Zusammenfassung	117
5	Trendanalyse zur Pflegeausbildung in den europäischen Ländern	118
	– Vergleichende Darstellung und Interpretation der Untersuchungsergebnisse –	
5.1	Einleitung – Vorgehensweise, Abgrenzungen und Übersicht	118
5.2	Zum Vergleich der Pflegeausbildung	119
5.2.1	Rechts- und Verwaltungsrahmen	120
5.2.1.1	Anerkennung der Diplome/ Befähigungsnachweise	121
5.2.1.2	Zulassungsvoraussetzungen	122
5.2.1.3	Dauer der Ausbildung	123
5.2.1.4	Ausbildungsreform	124
5.2.1.5	Aufsichtsführende Behörde	126
5.2.1.6	Ausbildungsinstitutionen	126
5.2.1.7	Lehrpersonal	128
5.2.2	Administrative Ebene	129
5.2.2.1	Bildungsträger resp. Auftraggeber	129
5.2.2.2	Autoren	129
5.2.2.3	Geltungsbereich und -dauer	131
5.2.2.4	Zielgruppen	131
5.2.2.5	Verbindlichkeit	131
5.2.3	Zielsetzung und Umfang	131
5.2.3.1	Zielvorstellungen (Präambel)	132
5.2.3.2	Umfang (Zeitangaben)	133
5.2.4	Angaben von Kompetenzen, Lernziele	134
5.2.4.1	Kompetenzen	134
5.2.4.2	Lernziele	135
5.2.5	Struktur und Inhalte	136

5.2.5.1	Lehrplantypen	136
5.2.5.2	Gliederung (Stoffverteilung)	138
5.2.5.3	Abfolge der Wissensbereiche (Sequenzbildung)	140
5.2.6	Lernorganisation	141
5.2.6.1	Lernaufgabenbeschreibungen	141
5.2.6.2	Didaktisch-methodische Hinweise	142
5.2.6.3	Hinweise auf Lernkontrollen und Leistungsmessung	143
5.2.7	Evaluationskonzept	143
5.2.8	Programmkonzept	148
5.3	Zusammenfassung	149
6	Grundlagen für weitere Entwicklungen zu einer europäischen Pflegeausbildung...	155
6.1	Ein Arbeitsmodell als erster Ansatz für die Entwicklung eines europäischen Curriculums	156
6.1.1	Begründung und rechtlicher Bezugsrahmen	156
6.1.2	Wirkungsfunktionen der Elemente eines Curriculums	158
6.1.3	Konvergenzkriterien – Schlussfolgerungen für die Kompatibilität	162
6.1.4	Empfehlungen zur weiteren Förderung der Kompatibilität in der Pflegeausbildung europäischer Länder	166
6.2	Lernorganisation und neuere Entwicklungen der Didaktik als Beitrag zur Europäisierung der Pflegeausbildung	172
6.2.1	Begründungs- und Bezugsrahmen	173
6.2.2	Didaktische Modelle	175
6.2.3	E-Learning und didaktische Vielfalt	178
6.2.4	Blended Learning	184
6.3	Zusammenfassung	195
7	Schlussbetrachtung und Ausblick	197
8	Anhang	203
8.1	Quellenverzeichnis	203
8.2	Literaturverzeichnis	206
8.3	Quellenbezug: Auszüge aus Richtlinien und Empfehlungen	219
8.4	Abbildungsverzeichnis	228
8.5	Tabellenverzeichnis	235
8.6	Abkürzungen	314

1 Einleitung

1.1 Zielsetzung der Arbeit

In der vorliegenden Arbeit geht es um die Krankenpflegeausbildung in europäischen Ländern. Es werden in der Hauptsache empirische Befunde dargestellt, die in einer eigenen Untersuchung gewonnen wurden. Der Zugriff auf die Praxis ist indirekt betrachtet, es werden keine Aussagen über die Art und Weise, wie die Ausbildung stattfand oder stattfindet, getroffen. Es erfolgte keine Beobachtung, denn das hätte zu einem erheblichen Maß an Untersuchungen geführt, es wird auf Aussagen von Personen zurückgegriffen, die bei der Entwicklung von Curricula beteiligt waren, und es wird zurückgegriffen auf die Produkte (Lehrpläne, Curricula).

Nach der empirischen Erhebung und Auswertung sollen die Erkenntnisse dieser Analyse ausgewertet werden unter dem Gesichtspunkt, Muster und Trends zu erkennen sowie ein Arbeitsmodell zu entwickeln, wie künftige Entwicklungen im Hinblick auf eine europäische Integration der Pflegeausbildung gestaltet werden können.

Einen elaborierten Forschungsstand zu den konkreten Fragestellungen dieser Arbeit gibt es nicht. Es kann allerdings auf zwei Forschungsbereiche zurückgegriffen werden, das ist zum einen die Bestandsaufnahme zur Pflegeausbildung in den EU-Ländern durch den Beratenden Ausschuss der Europäischen Kommission vom 1.1.1995, dem SLIM-Pilotprojekt¹, und zum anderen sind es Arbeiten über Produkte der Curriculumentwicklung und Curriculumanalyse aus anderen Bildungsbereichen (vgl. Kapitel 3).

Das Ziel dieser Arbeit ist darauf gerichtet, zu untersuchen, worin sich die Pflegeausbildung in den europäischen Ländern unterscheidet oder nicht unterscheidet und welche Möglichkeiten zur weiteren Annäherung in der Pflegeausbildung europäischer Länder bestehen. Der Forschungsgegenstand ist auf die Annäherung in der Pflegeausbildung der EU-Länder bezogen, was zurückzuführen ist auf das Problem der Vergleichbarkeit in Bezug auf Anerkennung des Diploms bzw. Befähigungsnachweises. Die Pflegeausbildung ist in den EU-Ländern sehr differenziert und inhaltlich unterschiedlich akzentuiert, was die Freizügigkeit und Flexibilität der Pflegenden in der Wahl des Arbeitsortes erheblich einschränkt. Ausgehend von dieser Problemlage werden in den Fragestellungen die Anforderungen an die Krankenpflegeausbildung² thematisiert, was den Kompetenzerwerb³ einschließt.

¹ SLIM-Team „Anerkennung der Diplome“ (SLIM: Vereinfachung der Rechtsvorschriften im Binnenmarkt – ein Pilotprojekt: KOM(96) 204 endg. vom 8.5.96) wurde beauftragt, Struktur und praktische Anwendung der Einzelrichtlinien über Ärzte, Pflegepersonal für allgemeine Krankenpflege, Zahnärzte, Hebammen, Architekten und Apotheker zu überprüfen. Mitteilung der Kommission an den Rat und das Europäische Parlament: Vereinfachung der Vorschriften im Binnenmarkt (SLIM): Ein Pilotprojekt – KOM(96) 559 endg. vom 6.11.96, in dessen Bericht zum einen auf eine rasche Änderung der Richtlinie 77/453/EWG festgelegten Ausbildungskriterien hingewiesen wird und zum anderen Empfehlungen zu einem kompetenzorientierten Ansatz anstelle strikter inhaltlicher Vorgaben gegeben werden, der eine größere Flexibilität zur Anpassung der Ausbildungsanforderungen an innerstaatliche Bedürfnisse zulässt.

² Bezug nehmend auf: Bericht und Empfehlungen zur Ausbildung der für die allgemeine Pflege verantwortlichen Krankenschwestern und Krankenpfleger in der Europäischen Union (1997).

³ Bezogen auf die verlangte Fachkompetenz: Bericht und Empfehlung zur verlangten Fachkompetenz der für die allgemeine Pflege verantwortlichen Krankenschwestern und Krankenpfleger in der Europäischen Union (1997).

Im Folgenden wurden durch die Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 zur Anerkennung der Berufsqualifikationen (wirksam am 20. Oktober 2007) die Mindestanforderungen für die Krankenpflegeausbildung geregelt (vgl. Kapitel 5.2).

Darüber hinaus soll reflektiert werden, ob und inwieweit E-Learning und Blended Learning für die Krankenpflegeausbildung in Frage kommen, wodurch das Forschungsobjekt dahingehend erweitert wurde.

Für Deutschland ist im Vergleich zu anderen europäischen Ländern der Modernisierungsdruck sehr groß, und Versäumnisse im Bereich der Pflegeausbildung sind zu beklagen, was in den Expertisen zum Vergleich der Pflegeberufe in europäischen Ländern⁴ (vgl. Landenberger u.a. 1999; 2005) kritisch eingeschätzt wird. Die Ausbildung sei zu einseitig medizinisch orientiert und durch die Anbindung an das Krankenhaus erfahre sie eine zu starke Ausrichtung auf den stationären Bereich und berücksichtige zu wenig teilstationäre und ambulante Bereiche. Aber es sind auch Lösungswege aufgezeigt worden. Eine Teilreformierung der Pflegeausbildung erfolgte durch das Krankenpflegegesetz von 2003, wie die Festlegung einer gemeinsamen Pflegeausbildung und somit Aufhebung der Dreiteilung (Kranken-, Kinderkranken- und Altenpflegeausbildung), die nicht mehr den Problemlagen entspricht.

Es wird auch von der Fragestellung ausgegangen, wie acht Jahre nach der Bestandsaufnahme in den einzelnen europäischen Ländern die Pflegeausbildung geregelt ist, wobei vor allem Entscheidungen auf der administrativen Ebene wie Ausbildungsniveau, Lernziele, Lerninhalte und Lernorganisation im Mittelpunkt der Betrachtung stehen.

In diesem Zusammenhang werden auch bewährte frühere und neuere Ansätze der Curriculumentwicklung auf der Grundlage von Handlungsorientierung aufgegriffen. Es geht darum, solche Lernsituationen zu schaffen, die dem Lernenden helfen, die Kompetenz zu bewusstem Handeln zu erwerben (vgl. Abbildung 4). Dabei wird auch zurückgegriffen auf neurowissenschaftliche Erkenntnisse, die belegen, dass beim Erwerb von explizitem Wissen immer eine emotionale Beteiligung vorliegt. So zeigt sich, dass Praxis, d.h. das bewusste Tun, mit den Steuerungsprozessen bewusster Handlungsabläufe einhergeht und in ihrer Realität von Erkenntnis und Tätigkeit bzw. von Erkenntnis und Erfahrung existiert; diese Erkenntnis könnte für die Pflegeausbildung im Hinblick auf den Erwerb der verlangten Fachkompetenz sehr bedeutungsvoll sein.

⁴ Expertisen: „Pflegeberufe im europäischen Vergleich“ (1999). Auftraggeber: Senatsverwaltung für Arbeit, Berufliche Bildung und Frauen (Berlin), mit Unterstützung des BBJ SERVIS gGmbH (Berlin). Analyse „Ausbildung der Pflegeberufe in Europa“ (2005). Förderung durch Senatsverwaltung, Europäischen Sozialfonds, Robert-Bosch-Stiftung (vgl. Landenberger u.a. 1999; 2005).

1.2 Vorgehensweise

Im Folgenden Abschnitt sollen zunächst die in der vorliegenden Arbeit verwendeten zentralen Grundbegriffe zusammengefasst und erläutert werden. Einige werden auch ausführlicher kommentiert.

Im zweiten Kapitel der Arbeit werden Pflegemodelle und Theorien der Pflege dargestellt und erläutert, die bei der Curriculumentwicklung der Länder, die in die Studie einbezogen sind, für die curriculare Entwicklung der vorliegenden Ausbildungsdokumente eine Rolle gespielt haben. Es sind Modelle und Theorien von Betty Neumann, Dorothea Orem, Margaret Newman und Jean Watson, die auf pflegewissenschaftlicher Basis entwickelt wurden. Des Weiteren sind auch die Modelle von Virginia Henderson und Nancy Roper/ Winfried W. Logan und Alison J. Tierney, die auf einem naturwissenschaftlich-medizinischen Ansatz beruhen, vertreten (vgl. Tabelle 11, Anhang).

Im dritten Kapitel werden als theoretischer Bezugsrahmen der Curriculumentwicklung und Curriculumanalyse solche Verfahren und Analyse-Systeme vorgestellt, mit deren Hilfe die inhaltliche Erfassung und Bewertung vorliegender Curricula erfolgen kann. Einen besonderen Schwerpunkt stellt die Frage nach den Entscheidungsprozessen dar. Ihre theoretischen Positionen lassen sich als empirisch-analytisch charakterisieren. Als Pädagogische Theorien und Modelle werden drei curriculare Ansätze referiert, die für einen konzeptionellen Ansatz für ein europäisches Curriculum von Interesse sein könnten: Der lernzielorientierte Ansatz, der bildungstheoretische Ansatz und der handlungsorientierte Ansatz. Des Weiteren wird das Kompetenz-Performanz-Modell dargestellt, das Karl-Heinz Flechsig und Hans-Dieter Haller entwickelten. Es werden verschiedene Analyse-Systeme thematisiert, insbesondere die Prüfkriterien für Lehrplananalysen nach Flechsig (1993b). Es wird auch auf Literatur zurückgegriffen, die entscheidende Impulse für die Theoriebildung und Empirie in der Zeit der Curriculumreformierung nach 1970 geleistet haben und Grundlage für weitere Forschung war (vgl. Biehl/ Hopmann/ Künzli 1999, 2005; Schäfer 2002).

Im vierten Kapitel erfolgen die Darstellung der Untersuchung und deren Ergebnisse. Als theoretischer Bezugsrahmen für die Untersuchung werden Erkenntnisse zu Entscheidungsprozessen in der Curriculumentwicklung und Curriculumforschung sowie Rechtsgrundlagen zur Regelung der Krankenpflegeausbildung in den Ländern der Europäischen Union zugrunde gelegt. Als methodische Verfahren werden die Befragung (Expertengespräche und Fragebogen) und die Analyse der Ausbildungsdokumente eingesetzt. Während die Befunde unter Kapitel 4.4.2.4 und 4.5.4 referiert werden, erfolgt im Kapitel fünf auf der Grundlage dieser Ergebnisse ein Vergleich der Pflegeausbildung.

Im fünften Kapitel ist eine vergleichende Darstellung und Analyse der Pflegeausbildung europäischer Länder mit besonderem Schwerpunkt hinsichtlich der Veränderungen in der Ausbildung (Ansiedlung, Zugang, Dauer, Abschluss) seit der letzten Bestandsaufnahme der Europäischen Kommission vom 1.1.1995 sowie der Curriculumelemente und ihrer Interdependenz vorgelegt. Im Vergleich werden die Ergebnisse aus der Befragung und der Dokumentenanalyse berücksichtigt und es wird das Grundmuster, aus dem sich Trends der Pflegeausbildung ableiten lassen, herausgearbeitet.

Im sechsten Kapitel wird ein Arbeitsmodell als erster Ansatz für die Entwicklung eines europäischen Curriculums vorgestellt, in welches die Ergebnisse der Untersuchung (Grundmuster) eingeflossen sind. Am Beispiel des Moduls „Erste Hilfe“/ „Notfallmedizin“ wird ferner der kompetenzorientierte Ansatz eines Curriculums dargestellt sowie ein konzeptioneller Ansatz von Blended Learning vorgelegt, um beispielhaft zu einer deutlicheren Berücksichtigung der Lernorganisation im Curriculum einer europäischen Pflegeausbildung beizutragen.

Abschließend werden im 7. Kapitel zusammenfassende und perspektivische Überlegungen vorgetragen.

1.3 Definition der Grundbegriffe

Die in der vorliegenden Arbeit verwendeten zentralen Grundbegriffe sind an dieser Stelle zusammengefasst und erläutert. Einige werden auch ausführlicher kommentiert.

Grundbegriffe⁵

Wissen, Kenntnisse

Einstellungen

Fähigkeiten, Fertigkeiten, Skills

Kompetenzen

Schlüsselqualifikationen, Schlüsselkompetenzen

Bildung

Lehrplan, Curriculum

Lernziele

Wissen⁶

„Wissen“ ist kein fest umrissener Fachterminus, sondern eine allgemeine Umschreibung für unterschiedliche Bedeutung von Kenntnis (Kenntnis [von etwas]) (vgl. Wahrig 2000, S. 1403), die sich sowohl auf allgemeingültige als auch auf spezifische Aussagen beziehen kann, wie z.B. das Wissen von Berufsanfängern oder das eines Experten. M. von Cranach/ A. Bangerter (2000) betrachten Wissen in der Verbindung mit Handeln als „die überdauernde, mehr oder weniger offene Repräsentation bedeutungsvoller Sachverhalte in der Gedächtnistätigkeit. Wissen kann auf den verschiedenen Stufen latent (nicht bewußt, z.Zt. nicht offen diskutiert) oder aktualisiert (bewußt, offen diskutiert) vorhanden sein“ (S. 226). „Handlungswissen“, so Hans Aebli (1990) „heißt wissen, was man tun muß, um ein erforderliches Objekt oder eine erforderliche Bedingung in der sachlichen oder sozialen Umwelt zu erzeugen oder zu finden“ (S. 223).

In Bezug auf den Geltungsbereich didaktischer Modelle weist Flechsig (1983) darauf hin, dass Wissen einerseits als Eigenschaft eingebunden sein kann, z.B. beim didaktischen Modell „Simulation“

⁵ Für die Grundbegriffe wurde nach den jeweils passenden englischen Bezeichnungen gesucht.

⁶ Wissen lässt sich einfach mit „Knowledge“ bezeichnen und ist bekannt unter Varianten „Knowledge management“, „Knowledge organisation“, „Knowledge sociology“.

als Problemlösungs- oder Deutungswissen, aber andererseits „ist Wissen, das praktische Kompetenzen begründet (rollenspezifisches Problemlösungswissen), nicht selten mit nichtverbalen Vermittlungsformen (Imitation, bildliche Anschauung, mündliche Kommunikation) verbunden" (S. 150).

Kenntnisse⁷

Unter „Kenntnis" ist das „Wissen von" etwas und/ oder die „Erfahrung" zu bestimmten „Fach-" oder „Sach"verhalten zu verstehen (vgl. Wahrig 2000, S. 726). Kenntnisse können demzufolge nicht allgemein erworben werden, „sondern man kann nur Kenntnis *von etwas* oder *über etwas* erwerben" (Jank/ Meyer 1994, S. 212). Wird der Begriff in Bezug auf die Taxonomie nach B.S. Bloom (1974) erweitert (hier steht Wissen anstelle von Kenntnisse), so beinhaltet in der Stufe 1 Wissen (Knowledge):

- „1.1 Wissen von konkreten Einzelheiten (Knowledge of Specifics)
- 1.2 Wissen der Wege und Mittel, mit konkreten Einzelheiten zu arbeiten (Knowledge of Ways and Means of Dealing with Specifics)
- 1.3 Wissen von Verallgemeinerungen und Abstraktionen eines Fachgebietes (Knowledge of Universals and Abstractions in a Field)" (S. 72ff).

Einstellungen⁸

Unter „Einstellung" ist die „Gesinnung, die innere Haltung, die Denkart" zu verstehen (vgl. Wahrig 2000, S. 399); aus psychologischer Sicht ist Einstellung die emotionale oder intellektuelle Haltung, abhängig bzw. beeinflussbar von der Situation oder dem Umfeld. H.-P. Nolting/ P. Paulus (1996) sowie J.R. Forgas (1995) sehen den Begriff umfassender und erklären, dass Einstellung im Sinne von Disposition gebraucht wird und eine kognitive (Einstellungsobjekt), eine affektive Komponente oder emotionale Reaktionsbereitschaft und eine motivationale oder konative Komponente (Verhaltensintention) umfasst. Im Zusammenhang von „Planen und Handeln" verweist D. Dörner (1997) auf Experimente in der Psychologie, die zeigen, dass Personen in ihrem Handlungsspielraum auch eingeengt werden können und dass sie gemäß der vorgeprägten „Einstellungen" auch so handeln (S. 71). Im Hinblick auf die Persönlichkeitsentwicklung könnten demzufolge auch Lernende durch die Gestaltung entsprechender Lernsituationen zum bewussten Handeln hingeführt und befähigt werden, so dass sie das, was sie lernen, auch interiorisieren. Nach A. Nikolai Leont'jev (1977) wird mit Interiorisation

„jener Übergang bezeichnet, in dessen Ergebnis sich die ihrer Form nach äußeren Prozesse, welche sich an und mit gleichfalls äußeren stofflichen Gegenständen vollziehen, in geistige, in Bewußtseinsprozesse umwandeln, wobei sie einer spezifischen Transformation unterworfen werden: Sie werden verallgemeinert, sprachlich objektiviert, verkürzt, und – was die Hauptsache ist – sie gehen über die Leistungsmöglichkeiten der äußeren Tätigkeit hinaus. PIAGET bezeichnete dies als den Übergang ‚von der sensomotorischen Ebene zum Gedanken‘ (PIAGET 1956)" (S. 30).

⁷ Kenntnis wird im Englischen wie Wissen (Kenntnisse) als Knowledge bezeichnet, Kenntnis (of) (Electronic Publishers 2000).

⁸ Attitude (engl.): Haltung, Verhalten, Einstellung (towards gegenüber) (Electronic Publishers 2000). Nach Kaufmann (1997) „wird der Begriff ‚Attitude‘ sehr allgemein als ein Komplex von Einstellungen, Dispositionen zu Verhalten und tatsächlichem Verhalten verstanden (196)" (Casper 2002, S. 12).

Fähigkeiten, Fertigkeiten, Skills

„**Fähigkeit**“⁹ wird als „natürliche Begabung, Können bzw. Tüchtigkeit“ definiert (vgl. Wahrig 2000, S. 452). Fähigkeit ist ein Dispositionsbegriff, der die Begrifflichkeiten „befähigen“ (jemanden in die Lage versetzen, [etwas zu tun] Wahrig) und „können“ (fähig sein, imstande sein, in der Lage sein, [etwas zu tun] Wahrig) einschließt. Nolting/ Paulus (1996) bezeichnen Fähigkeiten und Fertigkeiten auch als Dispositionsbegriffe mit „Werkzeugcharakter“ („Funktionen“, Bewältigungsmittel), das sich z.B. ausdrückt in Sprachgewandtheit, Handgeschicklichkeit, sozialen Fertigkeiten usw. (S. 79).

„**Fertigkeit**“¹⁰ wird definiert als „Gewandtheit, Geschicklichkeit, Können, Übung“ (Wahrig 2000, S. 468). R.M. Gagné (1980) unterscheidet zwischen *intellektueller Fertigkeit* und *motorischer Fertigkeit* (vgl. Santini 1983), während bei P. Heimann Fertigkeiten den pragmatisch-dynamischen Intentionen zugeordnet und immer auf das direkte Handeln ausgerichtet sind und sich ständig im Prozess befinden (vgl. Jank/ Meyer 1994).

Im Bereich der beruflichen Bildung wird in Europa in Bezug auf Definitionen von Qualifikation und Kompetenz ein neuer Ansatz unter Verwendung des Begriffs „skills“ verfolgt (CEDEFOP¹¹ 2001). Es werden wie folgt definiert:

„**Skills** (*Qualifikation, Fähigkeiten und Fertigkeiten*): Die zur Erfüllung einer bestimmten Arbeitsaufgabe oder zur Ausübung einer bestimmten (beruflichen) Tätigkeit erforderlichen Kenntnisse und Erfahrungen und/ oder das Ergebnis von Bildung, Ausbildung und Erfahrung, das zusammen mit dem relevanten Know-how das fachliche Wissen konstituiert.

Entry skills (*Zugangsbefähigungen*): Rechnerische Fähigkeiten sowie Lese- und Schreibfähigkeit (Numeracy, Literacy), Problemlösungsfähigkeit, Sozialkompetenz, Kommunikationsfähigkeit, die Fähigkeit, zwischen-menschliche Beziehungen zu gestalten.

Generic skills (*Grundlegende Fähigkeiten und Fertigkeiten*): Die Fähigkeiten, die lebensbegleitendes Lernen unterstützen; hierzu zählen nicht nur Literacy und Numeracy (also die Grundfertigkeiten), sondern auch Kommunikations-, Problemlösungs-, Team- und Entscheidungsfähigkeiten, kreatives Denken, Computer-Fähigkeiten sowie die Fähigkeit zu ständigem Lernen“ (CEDEFOP 2001, S. 15).

Kompetenzen¹²

„Kompetenz“ wird definiert zum einen als Zuständigkeit und Befugnis und zum anderen als Urteilsfähigkeit und Befähigung (vgl. Wahrig 2000). Im Sinne von „Zuständigkeit“ wird der Begriff im Verwaltungsrahmen verwendet (vgl. Kapitel 5.2.1), während „Befähigung“ beinhaltet, jemanden in die Lage zu versetzen, „etwas zu tun“ bzw. jemanden befähigen, „etwas zu tun“. Analog zu den „Skills“ wird in Bezug auf Kompetenzen folgendes definiert (CEDEFOP 2001):

⁹ Ability (engl.): 1. Fähigkeit (for für, zu); 2. Talent, Klugheit, Können (Electronic Publishers 2000).

¹⁰ Skill (engl.): Fähigkeit, Fertigkeit (in, at in) (Electronic Publishers 2000).

¹¹ CEDEFOP: European Centre for the Development of Vocational Training.

¹² Competence (engl.): 1. Kompetenz, Können, Geschick, Befähigung, Qualifizierung; 2. (juristisch) Zuständigkeit (Electronic Publishers 2000).

„Kompetenz: Die erwiesene individuelle Fähigkeit, das Know-how, die Fähigkeiten und Fertigkeiten, Qualifikationen oder das erworbene Wissen zur Bewältigung sowohl üblicher als auch neuer beruflicher Situationen und Anforderungen einzusetzen.

Übertragbare Kompetenzen (transferable competences): Individuelle Kompetenzen, die auch für andere berufliche Tätigkeiten und Berufe relevant sind als für diejenigen, die aktuell ausgeübt werden bzw. bis vor Kurzem ausgeübt wurden (Europäische Stiftung für Berufsbildung, 1998).

Schlüssel-/ Kernkompetenzen (key/ core competences): Fähigkeiten, welche die Grundfertigkeiten und grundlegenden Kompetenzen ergänzen und den Einzelnen befähigen:

- sich leichter neue Kenntnisse anzueignen,
- sich neue Technologien und organisatorischen Rahmenbedingungen anzupassen, und/ oder
- auf dem Arbeitsmarkt mobil zu sein, Mobilität zu beruflichem Aufstieg eingeschlossen" (CEDEFOP 2001, S. 15f).

Angesichts der Tatsache, dass es sich bei CEDEFOP (European Centre for the Development of Vocational Training) um eine wichtige Einrichtung der Europäischen Union handelt, soll hierauf näher eingegangen werden. Mit einem neuen Modell von Kompetenzen soll angesichts der gesellschaftlichen Veränderungen, welche Auswirkungen für alle Bereiche des beruflichen Arbeitsfeldes sowie des öffentlichen und des persönlichen Lebens mit sich bringen, eine Anpassung erreicht werden, die es auch dem Einzelnen ermöglicht, einen Platz in der Gesellschaft zu finden. Dieser Grundposition entspricht auch die „Empfehlung des Europäischen Parlaments und des Rates vom 18. Dezember 2006 zu Schlüsselkompetenzen für lebensbegleitendes Lernen (2006/962/EG)“¹³ (Amtsblatt der Europäischen Union vom 30.12.2006).

Der Begriff „Kompetenz“ wird in verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen benutzt, häufig mit unterschiedlicher Konnotation. So definiert Faulstich (1997) den Begriff Kompetenz als „System der innerpsychischen Voraussetzungen, das sich in der Qualität sichtbarer Handlungen niederschlägt und diese reguliert. Kompetenz bezeichnet also die Verlaufsqualität der psychischen Tätigkeit und als solche ein wesentliches Merkmal der Persönlichkeit" (S. 229-230) (Arnold/ Tutor/ Kammerer 2001, S. 22) (vgl. Leontjev 1977). Und Loisel (1999) betont: „Kompetenz bezeichnet all das, was einen Menschen über formalisierte Qualifikationsprofile hinaus handlungsfähig macht" (S. 415) (Arnold/ Tutor/ Kammerer 2001, ebd.). In der Erziehungswissenschaft ist nach Meinert A. Meyer (1986) der Begriff Kompetenz ebenfalls handlungsorientiert ausgerichtet: „Wer eine Kompetenz besitzt, kann etwas, ist handlungsfähig. Er besitzt die Fähigkeit, so tätig zu werden, daß er eine Absicht/ ein Ziel/ einen Zweck unter Beachtung von Handlungsprinzipien/ Normen/ Regeln und mit Bezug auf konkrete, die jeweilige Handlungssituation bestimmende Bedingungen zu erreichen vermag" (S. 452).

¹³ Die Empfehlung basiert auf dem vom Europäischen Rat beschlossenen Arbeitsprogramm „Allgemeine und berufliche Bildung 2010“ in Stockholm (23./24. März 2001) und Barcelona (15./16. März 2006), in dem die Notwendigkeit unterstrichen wird, alle Bürger mit den erforderlichen Kompetenzen auszustatten, die sie für ein lebensbegleitendes Lernen benötigen. Diese Empfehlung stellt somit einen europäischen Referenzrahmen für Schlüsselkompetenzen dar, gerichtet an die Entscheidungsträger in der Politik, in Bildungs- und Ausbildungssystemen sowie an Sozialpartner und an die Lernenden selbst. Kompetenzen sind hier definiert: „als eine Kombination aus Wissen, Fähigkeiten und Einstellungen, die an das jeweilige Umfeld angepasst sind. Schlüsselkompetenzen sind diejenigen Kompetenzen, die alle Menschen für ihre persönliche Entfaltung, soziale Integration, Bürgersinn und Beschäftigung benötigen“ (Amtsblatt der Europäischen Union L 394/DE vom 30.12.2006, S. 13).

Nach Flehsig (1993c) schließt die Kompetenzentwicklung auch Orientierung ein, Ziele der Kompetenzentwicklung lassen sich auf der Ebene meso-didaktischen Handelns planen und erreichen (vgl. Kapitel 3.1.3, Abbildung 3). Des Weiteren tritt der Begriff „Kompetenzen“ an die Stelle von „Lernzielen“ (vgl. Flehsig/ Haller, CEDID¹⁴ 2003):

„Der Begriff der Kompetenz wird im Rahmen von CEDID so verwandt, daß mit ihm gedankliche Vorstellungen von didaktischen Designern und ihren Partnern bezeichnet werden, die

- sich auf allgemeine Fähigkeiten und Wissensbestände von Lernern beziehen,
- kulturell sinnvolle Einheiten bilden,
- auf Anforderungen, Operationsstufen und Wissens Elemente bezogen
- sowie situativ verfügbar sind oder sein sollen, und zwar unabhängig davon, ob sie als Folge von ‚Außenanforderungen‘ oder von inneren Entwicklungen entstanden sind.

Es ist sinnvoll, Kompetenzen zu unterscheiden nach

- Sachkompetenz (Spezial- und Schlüsselqualifikationen)
- Sozialkompetenz (‚Partner‘-, Gruppen- und Öffentlichkeitsfähigkeit)
- und Selbstkompetenz (Lern-, Selbstkontroll- und Reflexionsfähigkeit).

Dagegen werden tatsächlich beobachtbare Tätigkeiten, die auf Fähigkeiten oder Wissensaneignung schließen lassen, als ‚Performanzen‘ bezeichnet“ (CEDID 2003).

In der didaktischen Literatur sind verschiedene Kompetenz-Modelle beschrieben wie

- Kompetenzen als „Kontextmoduln“ nach C. Bereiter 1990, ein durch langfristiges Lernen erworbener Komplex bereichsspezifischer Tätigkeitspositionen,
- Kompetenzen als „Enterprises“ von R.M. Gagné & D.M. Merrill 1990, ein Ansatz integrativer Kompetenzbeschreibung,
- Klassifikation von Kompetenzen nach K.-H. Flehsig (1993c)

(vgl. Flehsig 1993c; CEDID 2003).

Bezug nehmend auf das Kompetenz-Modell nach Flehsig (s.o.) unterscheiden sich die Kompetenzen nach

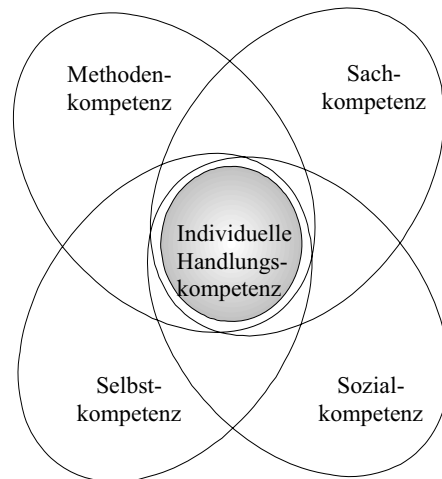
- *Sachkompetenz*, sie beinhalten technisch-instrumentelles Handeln, bezogen auf die Beziehungen zwischen Subjekten und Objekten,
- *Sozialkompetenz*, sie beinhalten moralisch-kommunikatives Handeln, bezogen auf die Beziehungen zwischen den Subjekten und
- *Selbstkompetenz*, sie äußert sich im selbstreflektiven Handeln, bezogen auf die Beziehung zu sich selbst (vgl. Flehsig 1993c).

Eine Ausdifferenzierung der Kompetenzen enthält CEDID (2003).

In der Arbeit von Behrendt (1999a) wurde als vierte Kompetenz die Methodenkompetenz hinzugefügt, um zu betonen, dass die praktische Umsetzung zu planen und zu regulieren ist (vgl. Abbildung 1). Oder wie es Erpenbeck/ Heyse (1999) formulierten, handelt es sich bei der Methodenkompetenz um die Disposition, „Tätigkeiten, Aufgaben und Lösungen methodisch kreativ zu gestalten und von daher auch das geistige Vorgehen zu strukturieren“ (S. 159) (Arnold/ Tutor/ Kammerer 2001, S. 30). Die Kompetenzbereiche werden nachfolgend grafisch dargestellt:

¹⁴ „CEDID (Computerergänztetes didaktisches Design): Die daraus zitierten Quellen sind jeweils unter den genannten Stichworten in der Wissensbasis des Software-Systems zu finden.

Abbildung 1: Grafische Darstellung der Kompetenzbereiche



(aus: Behrendt 1999a, S. 49)

Zur Präzisierung können Kompetenzen jeweils nach den Verhaltensmerkmalen in *kognitive*, *affektive* und *psychomotorische* Bereiche auf der Grundlage der Taxonomie nach B.S. Bloom et al. klassifiziert werden (vgl. Kapitel 3.1.1).

Von zunehmender Bedeutung ist hinsichtlich des Erwerbs von Kompetenzen der Aspekt von Selbsttätigkeit, der zu einer eigens definierten Kompetenz führt. Das „Modell der Selbstlernkompetenz“ für erwachsene Lerner von R. Arnold/ C. Gómez Tutor/ J. Kammerer (2001) entstand auf der Grundlage des Begriffs der Handlungskompetenz von Heinrich Roth (1971) sowie den drei Kompetenzbereichen Selbst-, Sach- und Sozialkompetenz, aus denen die Autoren unter Einbeziehung des Lernbegriffs drei weitere Kompetenzbereiche herausarbeiteten – methodische Kompetenz, kommunikative Kompetenz und emotionale Kompetenz, worauf an dieser Stelle nicht weiter eingegangen wird. Flechsig (1983) bezeichnet „selbsttätiges“ Lernen als „autodidaktische Kompetenz“, die der einzelne Lerner selbst durch „autodidaktisches Bewußtsein“ erwirbt (S. 15) (vgl. Kapitel 6.2.2).

Manche Autoren verweisen auf „Fachliche Kompetenzen“. So definiert Behrendt (1999a) „Fachliche Kompetenzen“ als berufs- bzw. tätigkeitsspezifische Anforderungen, auf die ein Individuum in seinen Handlungen reagieren muss. „Fachliche Kompetenzen“ umfassen alle vier dargestellten Kompetenzbereiche im Hinblick auf einen angestrebten Beruf bzw. eine vergleichbare Tätigkeit. Nach R. Arnold/ C. Gómez Tutor/ J. Kammerer (2001) umfasst Fachkompetenz „die Gesamtheit der Kenntnisse einer Person bezüglich eines Themas sowie den Umgang mit diesem Wissen“ (S. 29).

Wie wichtig im Zusammenhang von Bildung und Ausbildung die Berücksichtigung des Fächerspektrums und seiner „Klassifikation und Rahmung“ ist, hat Basil Bernstein (1977) seinerzeit eindrucksvoll beschrieben.

Zusammenfassend soll zum Kompetenzbegriff folgendes festgehalten werden:

Kompetenz ist ein Dispositionsbegriff und schließt Kenntnisse, Fähigkeiten und Einstellungen ein. Als zentrale Begriffe fungieren die vier Kompetenzbereiche Sach-, Sozial-, Selbst- und Methodenkompetenz; sie weisen auf Handlungsintentionen und klären die Beziehungen zwischen Subjekten und Objekten (Sachkompetenz), die Beziehungen zwischen Subjekten (Sozialkompetenz), die Beziehung der Subjekte zu sich selbst (Selbstkompetenz) und strukturieren die mentale Vorgehensweise (Methodenkompetenz).

Kompetenzen treffen Aussagen über das, was jemand imstande ist zu tun (individuelle Kompetenz) bzw. wofür jemand zu befähigen ist, etwas zu tun (verlangte Kompetenz). Fachliche Kompetenzen sind berufs- bzw. tätigkeitsspezifische Anforderungen an die Individuen. Zu den wichtiger werdenden Kompetenzen gehört die Selbstlernkompetenz.

Schlüsselqualifikationen, Schlüsselkompetenzen

Schlüsselqualifikationen¹⁵ sind im Bereich der arbeitswissenschaftlichen Forschung entstanden und das ursprüngliche Konzept ist auch arbeitsmarktpolitisch begründet (vgl. Beck 1995). Vom Begriff ausgehend sind Schlüsselqualifikationen „Schlüssel“ zu Qualifikationen; sie können auf vorhandener Qualifikation aufbauen und auch neu erworben werden. Ihre Intentionen beziehen sich hauptsächlich auf die berufliche Bildung, einerseits auf den Erwerb berufsübergreifender und flexibler Qualifikationen mit dem Anspruch, über die eigentlichen Arbeitsplatzanforderungen hinauszugehen; andererseits um Mehrfach- oder Teilqualifikationen effizienter vermitteln zu können.

Nach D. Mertens (1974a, S. 40) enthalten Schlüsselqualifikationen generalisierbare Bildungsziele und Bildungselemente; sie besitzen einen hohen Abstraktionsgrad und liefern die notwendigen Handlungsvoraussetzungen durch „die Erschließung von Verstehens-, Verarbeitungs- und Verhaltensmustern“ zur „Wirklichkeitsbewältigung“ (vgl. Jäger 2001, S. 49). Auf der Grundlage von Mertens' „Konzept der Schlüsselqualifikation“ (1974) entwickelte U. Oelke (1998) ein Systematisierungsraster für übergreifende Zielsetzungen der Schlüsselqualifikationen als Bildungsziele für Pflgende. An einer anderen Stelle äußert sich Mertens (1977, S. 99), dass Schlüsselqualifikationen „für die Bewältigung vieler verschiedener Situationen und Aufgaben relevant sind. Solche Qualifikationen ermöglichen eine persönliche und gesellschaftliche Flexibilität und somit eine vielseitige berufliche Verwendbarkeit“ (Siebert 1983, S. 195). Dieser Position liegt ein ganzheitlicher Anspruch zugrunde, den auch das Schweizerische Rote Kreuz (1992) vertritt: „Bei Schlüsselqualifikationen handelt es sich um Haltungen, Verhalten, Fähigkeiten und Kompetenzen, die überall entwickelt (und) sowohl im privaten wie professionellen Leben gebraucht werden können“ (Juchli 1994, S. 57).

Unter dem Begriff Schlüsselqualifikationen ist in der Literatur durchaus nicht immer das gleiche zu verstehen und oft werden die Begriffe Schlüsselqualifikationen und Kompetenzen gleichermaßen verwendet. D. Kraushaar/ M. Müller (1993) beziehen sich bei der Definition von Schlüsselqualifikationen auf Klemens (1991): „Schlüsselqualifikationen umschreiben (dann) die allgemeine

¹⁵ Kay competences
Soft skills (engl.): Schlüsselqualifikationen

Fähigkeit, konkrete Handlungen situationsgerecht jeweils neu hervorzubringen oder angemessen zu variieren. Sie bezeichnen damit theoretische, möglichst komplex ausgebildete Kompetenzen“ (S. 98) (Fietzek/ Kraushaar 1993, S. 26). Vgl. auch „Entry skills“ (CEDEFOP 2001, S. 15); vgl. Schlüsselkompetenzen¹⁶.

U. Ravens (1995) greift einen Aspekt der Pflege heraus und verweist darauf, dass Grundqualifikationen des Rollenhandelns, die so genannten Schlüsselqualifikationen, das Pflegehandeln ausmachen wie Empathie, Ambiguitätstoleranz, Rollendistanz, Frustrationstoleranz; er verbindet die Begrifflichkeit „handlungsfähige Personen“ damit, dass diese über kognitive Kompetenz („Kopf“), moralisch-kommunikative Kompetenz („Herz“) und pragmatische Kompetenz („Hand“) verfügen sollten (S. 352). Nach dem Grundsatz von Johann Heinrich Pestalozzi (1746-1827) ist Lernen in der Einheit von „Kopf-Herz-Hand“ zu verstehen, „ein Lernen, in dem sich Erkenntnisvermögen, Emotion und Handeln ‚methodisch‘ miteinander verbinden“ (PSW Band 13, S. 255).

Bildung¹⁷

„Bildung“ wird allgemein definiert als geistige und innere Formung, Vervollkommnung, als geistiges und inneres Geformtes des Menschen; vielseitige Kenntnisse, die verbunden sind mit Geschmack, Urteil, Sinn für Wert; Anstand, Takt und Herzensgüte (Wahrig 2000, S. 274).

In der Didaktik ist der Begriff „Bildung“ verschieden akzentuiert. Für Wolfgang Klafki als Vertreter der bildungstheoretischen Didaktik ist Bildung als Kernstück der Didaktik „eine zentrale, orientierende Kategorie“ (Klafki 1985b, S. 42f). W. Klafki definiert: „Bildung ist kategoriale Bildung in dem Doppelsinn, daß sich dem Menschen eine Wirklichkeit ‚kategorial‘ erschlossen hat und daß er eben damit selbst – dank der selbstvollzogenen ‚kategorialen‘ Einsichten, Erfahrungen, Erlebnisse – für diese Wirklichkeit erschlossen worden ist“ (Klafki 1963, S. 44). In der lehrtheoretischen Didaktik ist der Bildungsbegriff „eines der vier unterrichtsstrukturellen Momente¹⁸, die untereinander in Wechselbeziehung stehen“ (Jank/ Meyer 1994, S. 214). P. Heimann spricht von einem „Bildungsbegriff der allseitig entfalteteten, auf Daseinsbewältigung zielenden Persönlichkeit“ (Jank/ Meyer 1994, S. 213).

J. Oelkers (1983) bezeichnet „Bildung“ als einen typischen Fortschrittsbegriff, der keineswegs mit der griechischen „paideia“ identisch sei. Er erklärt: „Bildung bedeutet so fortschreitende Verbesserung vor allem der geistigen Kapazitäten des Menschen. Die Theorie der Bildung ist gebunden an eine Theorie des Geistes und der Kultur, die verknüpft sein müssen mit der neuzeitlichen Vorstellung des Fortschritts“ (S. 361), d.h. analog zum Lernen in einer kognitiven Gesellschaft (Europäische Kommission Generaldirektion 1995).

¹⁶ Empfehlung des Europäischen Parlaments und des Rates vom 18. Dezember 2006 zu Schlüsselkompetenzen für lebensbegleitendes Lernen (2006/962/EG) (Amtsblatt der Europäischen Union L 394/DE vom 30.12.2006).

¹⁷ Eine adäquate englische Übersetzung gibt es nicht. Die deutsche Unterscheidung von Bildung und Erziehung ist im Englischen nicht durch entsprechende Begriffe darstellbar. Education (engl.) muss beides umfassen: 1. (Prozess) Erziehung, (Aus-, Heran)Bildung; 2. (Fachgebiet) Erziehungswissenschaft, Pädagogik (Electronic Publishers 2000).

¹⁸ Intentionalität, Thematik, Unterrichtsmethoden und Medien, Bildungsbegriff.

Lehrplan, Curriculum

„Lehrplan“¹⁹ wird allgemein definiert als Unterrichtsplan, Plan für die Verteilung des Lehrstoffes auf die Jahrgänge (vgl. Wahrig 2000, S. 812), während „Curriculum“²⁰ definiert wird als Gesamtplan für den Unterricht bzw. Bildungsgang, es umfasst Inhalte und Ziele, Methoden und Ergebnisse (S. 326).

In der Fachliteratur ist eine Vielfalt an Definitionen zum Begriff Curriculum vorzufinden, so dass an dieser Stelle nur Begriffsklärungen herangezogen werden, die für die vorliegende Arbeit relevant sind. So wird in der didaktischen Literatur unter den Begrifflichkeiten nicht immer das gleiche verstanden; Curriculum und Lehrplan werden mitunter auch synonym verwendet. So wird der Begriff Lehrplan von H. Hacker in der Enzyklopädie Erziehungswissenschaft (1986) wie folgt erklärt: „Der Lehrplan kodifiziert Bildungsvorstellungen und Lehrinhalte und ist auf eine bestimmte Schulart – beziehungsweise Schulstufe – bezogen. Aussagen über Zielsetzungen von Unterricht, über Umfang, Reihenfolge und Zuordnungen der Inhalte zu bestimmten Jahrgängen strukturieren ihn“ (S. 520). Als Verwaltungsvorschrift ist er rechtsverbindlich, enthält aber auch rechtsfreie Anteile. „Lehrpläne koordinieren die Arbeit der einzelnen Schulen und ermöglichen damit vergleichbare Abschlüsse“ (ebd.). Die Hauptfunktion des Lehrplans ist es, „inhaltliche Vorgaben für den Unterricht festzulegen. Er verkörpert den Inhaltskanon einer Kultur, repräsentiert einen traditionswürdigen Bestand und trägt damit zur Stabilität der Kultur sowie zur Kontinuität der kulturellen Entwicklung bei“ (ebd.).

H. Seel/ B. Friehs (2001, 2003) differenzieren zwischen Lehrplänen und Curricula und sind konform mit Hacker dahingehend, dass Lehrpläne zentral verordnet sind und dadurch die Einheitlichkeit innerhalb der Schulsysteme sichern, aber sie gewähren dem Lehrpersonal einen größeren Handlungsspielraum bei der stofflichen Vermittlung und dem Einsatz der Lehrformen und Lehrmittel. Nach Seel/ Friehs tragen Curricula lokalen und regionalen Bedürfnissen und Erwartungen besser Rechnung, sind maßgebend für die Steuerung des Unterrichts und lassen dem Lehrpersonal wesentlich geringeren eigenverantwortlichen Gestaltungsspielraum, da Lehrverfahren und Lehrhilfen vorgegeben und Leistungsprüfsysteme enthalten sind. Die Unterscheidung zwischen „Lehrplan“ und „Curriculum“ auf der Grundlage der Festlegungen und Spielräume kann aber auch anders getroffen werden, wie seinerzeit die Diskussion um „offene“ und „geschlossene“ Curricula zeigte.

H. Mandl/ H. Gruber/ A. Renkl (1994) konstatieren, dass bei „der inhaltlichen Neugestaltung universitärer Curricula, speziell unter dem Gesichtspunkt der Berufsbefähigung durch das Studium“ (...) die „Hochschulen neben Bildungs- auch Aus-Bildungsangebote (...) zur Verfügung stellen“ (S. 1272) müssen, die einerseits den Interessen der Studenten und andererseits den Anforderungen der Berufswelt entsprechen (ebd.).

Der Curriculumbegriff wurde in den 60er Jahren in die westdeutsche Pädagogik aufgenommen und führte bis in die 80er Jahre eine zu weit gefasste Diskussion und Disputen. Im Blickpunkt stand

¹⁹ Lehrplan (Päd.) wird im Englischen als „Teaching“ bzw. „Curriculum“ bezeichnet (Electronic Publishers 2000).

²⁰ Curriculum (engl.): Studien-, Lehrplan (Electronic Publishers 2000).

damals neben der Frage nach Regulation oder Offenheit auch Fragen der Prozessgestaltung (Wie sollen Curricula entwickelt werden?) sowie der Elemente und Legitimation: Frey (1971) bezieht sich auf „die Auswahl von Lernzielen, Lerngegenständen und Lernverfahren als ‚Hauptaspekt‘“ (S. 238) (Reisse 1975, S. 51). Nach Merkens/ Strittmatter (1975) sind Elemente des Curriculums: Lernziele, Lerninhalte, Lernorganisation und Evaluation (vgl. Kapitel 3.1.2). In Bezug auf den Begründungs- und Legitimationsaspekt kann die Definition von H. Meyer (1975) als relevant angesehen werden: „Curriculum gleich Begründungszusammenhang von Lernziel-, Lerninhalts- und Lernorganisationsentscheidungen“ (S. 124) (Reisse, ebd.). Entscheidungsprozesse in der Curriculumentwicklung werden von Flehsig/ Haller (1973) dargestellt und an späterer Stelle wieder aufgegriffen (vgl. Kapitel 3.2).

Lernziele²¹

Der Begriff „Lernziel“ wird in der pädagogischen Literatur sehr unterschiedlich interpretiert. Nach D. Lemke (1986) „läßt sich ein Lernziel als eine sprachliche Formulierung definieren, die Aussagen über beabsichtigte Ergebnisse von Unterricht oder vergleichbaren Situationen macht. Es beschreibt Kenntnisse, Fähigkeiten und Einstellungen, welche die Schüler im Verlauf des Unterrichts entwickeln oder sich aneignen sollen, und zwar in einer Form, die eine Überprüfung der Lernergebnisse ermöglicht“ (S. 537). In einer abstrakteren Version wird von Flehsig/ Haller (1975) „Lernziel“ definiert als „Eine Aussage über Vorstellungen eines Menschen, Qualifikationen oder Einstellungen von Dritten oder von sich selbst betreffend, die infolge von Unterricht vermittelt werden sollen. Kurz- oder mittelfristig erreichbare Lernziele sind dabei von langfristig erreichbaren zu unterscheiden“ (1975, S. 3).

Lernziele verfügen über ein Abstraktionsniveau, das von allgemeinen zu konkreten Aussagen führt, die je nach Reichweite durch Operationalisierung als Richtziele, Grobziele und Feinziele (vgl. Möller 1969, S. 49ff; 1975, S. 418f; 2002) in verschiedenen Lernzieldimensionen formuliert werden können. Robert Mager (1961, dt.: 1965/1972) hat die Rolle des Lehrers und der Lerner im Lernprozess in Verbindung mit programmierten Unterricht festgelegt und als wichtigstes Merkmal seines Lernzielbegriffs folgendes hervorgehoben: „Jedes Lernziel muß eine Handlung, ein Verhalten des Schülers eindeutig beschreiben, also so, daß möglichst viele Handlungsalternativen ausgeschlossen sind“ (Becker/ Haller u.a. 1974, S. 37). Für R. Mager erfüllt die Zielbeschreibung in dem Maße seinen Zweck, „in dem sie benennt, was Lernende tun oder ausführen können sollen, wenn sie zeigen, daß sie ein Unterrichtsziel beherrschen“ (Mager 1965, dt.: 1977, S. 23). R. Mager verweist aber auch darauf, dass eine Zielbeschreibung eine Aussage ist, die ein Unterrichtsergebnis bezeichnet, also „Ergebnisse beschreibt und nicht die Mittel, mit denen diese Ergebnisse erreicht werden sollen“ (S. 7).

²¹ Lernziel wird im Englischen als „Learning objective“ bezeichnet (Electronic Publishers 2000).

Im Kontext der Lernzielthematik ist auf die Klassifizierung von Lernzielen hinzuweisen (vgl. Taxonomie Kapitel 3.1.1); üblich ist die Unterscheidung in kognitive, affektive und psychomotorische Bereiche von Lernzielen. Seit der Klassifikation von Bloom et al. wird oft auch zwischen den Verhaltensweisen und den Inhalten zur Bestimmung der konkreten Lernziele unterschieden. Seit Mager ist auch das Erfordernis der Angabe von Messkriterien („Wann ist das Ziel erreicht?“) in der Diskussion (vgl. Behrendt 1999b) (vgl. Kapitel 3.1.3). Oft werden auch bestimmte Lehr- und Lernformen mit Lernzielen assoziiert (z.B. entdeckendes Lernen in Erkundungen).

2 Gesundheits- und Krankenpflege und Pflegeausbildung

2.1 Situation der Pflegeausbildung in Europa

Die Pflegeausbildung wird seit 1977 in den Ländern der EU durch eigene und verbindliche Richtlinien der Europäischen Gemeinschaft geregelt, die zurückgehen auf das so genannte Straßburger Abkommen von 1967. So regelten die Richtlinien 77/452/EWG²² und 77/453/EWG²³ auf der Ebene der Europäischen Gemeinschaft die gegenseitige Anerkennung der Berufsqualifikationen und die Mindestanforderungen an die pflegerische Ausbildung in den Mitgliedsländern. Mit Wirkung der Richtlinie zur Anerkennung der Berufsqualifikationen vom 7. September 2005²⁴ wurden diese bisherigen Richtlinien zum 20. Oktober 2007 außer Kraft gesetzt (vgl. Kapitel 5.2). Die Richtlinie 77/454/EWG²⁵ beinhaltete die Bildung eines Beratenden Ausschusses mit Ländervertretern, dessen Aufgabe sich auf die weitere Koordinierung der Pflegeausbildung in den Ländern der EU bezogen hat.

Nach Einschätzung des Beratenden Ausschusses der Europäischen Kommission, basierend auf der Bestandsaufnahme zur Pflegeausbildung in den Ländern der EU vom 01.01.1995, hat sich seit Ende der 80er Jahre die Pflegeausbildung in Bezug auf Anerkennung der Abschlüsse, Zugänge und Inhalte sehr differenziert weiterentwickelt. Oder unter dem sozialen Aspekt betrachtet, ungleich entwickelt, da die Absolventen der Pflegeausbildung in der Mehrheit der EU-Länder einen Hochschulabschluss erwerben und somit für eine Minderheit der Pflegenden diese Chancengleichheit auf dem europäischen Arbeitsmarkt nicht mehr entsprechend gewährleistet ist (Verlust des sozialen Status).

Die gesellschaftliche Entwicklung sowie die Bevölkerungsentwicklung in Europa (Migration, zahlenmäßige Zunahme der älteren Menschen und chronisch Kranker) erforderte eine Anpassung der Gesundheitsversorgungssysteme. Der daraus resultierende neue Anspruch an Pflegeleistungen begründet auch, die Pflegeausbildung auf ein höheres Bildungsniveau anzuheben. Auf Grund dieses Wandels in Professionalität der Pflege wurde auch eine Neubestimmung der Rolle der Pflegenden notwendig. So ist die Tätigkeit der Pflegepersonen nicht mehr nur auf Krankheiten ausgerichtet, sondern schließt die Gesundheitspflege mit ein, was in einigen Ländern in der Berufsbezeichnung (Gesundheits- und Krankenpfleger/in) zum Ausdruck kommt.

Für die Durchführung des Pflegeprozesses in der Pflegepraxis wurde die Anwendung eines Pflegemodells bzw. Konzeptes zwingend. Da die Pflege sehr medizin- bzw. krankheitsorientiert war, wurden solche Pflegemodelle eingesetzt, die dem Denkmuster des naturwissenschaftlich-medizinischen Modells entsprachen, wie die Pflegemodelle nach Henderson und Roper et al. Durch die Einbeziehung der Gesundheitspflege in die pflegerische Tätigkeit wurden in den europäischen Ländern darüber hinaus Pflegemodelle und Theorien der Pflege relevant, die den Menschen in den Mittelpunkt der Pflege stellen, die Gesundheitsorientierung beinhalten sowie interaktiven Charakter aufweisen.

²² Richtlinie des Rates vom 27. Juni 1977 über die gegenseitige Anerkennung der Diplome, Prüfungszeugnisse und sonstigen Befähigungsnachweise der Krankenschwester und des Krankenpflegers, die für die allgemeine Pflege verantwortlich sind.

²³ Richtlinie des Rates vom 27. Juni 1977 zur Koordinierung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften für die Tätigkeiten der Krankenschwester und des Krankenpflegers, die für die allgemeine Pflege verantwortlich sind.

²⁴ Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung der Berufsqualifikationen.

²⁵ Richtlinie des Rates vom 27. Juni 1977 (vgl. Kapitel 5.2).

2.2 Modelle und Theorien der Pflege in verschiedenen pflegewissenschaftlichen Positionen

2.2.1 Einführung

In diesem Abschnitt werden Pflegemodelle und Theorien der Pflege dargestellt und erläutert, die bei der Curriculumentwicklung der Länder, die in die Studie einbezogen sind, auch als wissenschaftstheoretische Position zugrunde gelegt wurden. Es sind Modelle und Theorien von Betty Neuman, Dorothea Orem, Margaret Newman und Jean Watson, die auf pflegewissenschaftlicher Basis entwickelt wurden und auch darin begründet sind. Andere Modelle wiederum basieren auf einem naturwissenschaftlich-medizinischen Modell, wie z.B. die Modelle von Virginia Henderson und Nancy Roper/ Winifred W. Logan und Alison J. Tierney (vgl. Tabelle 11, Anhang).

Eine Beschreibung der Modelle, Theorien und Konzepte erfolgt später, wobei eine wissenschaftlich theoretische Auseinandersetzung mit den einzelnen Modellen und Theorien auf pflegewissenschaftlicher Basis im Kontext dieser Arbeit nicht vorgesehen ist. Eine Diskussion umstrittener Fragestellungen wie z.B. zur Wertigkeit und Effizienz von Pflegemodellen und Theorien der Pflege oder Definitionen wird in dieser Arbeit nicht erfolgen können, gleichwohl wird eine eigene Position insofern vorgelegt, als es um die Bewertung dieser Ansätze im Hinblick auf ihre curriculumtheoretische Bedeutung geht. Es ist Anliegen dieser Arbeit zu hinterfragen, inwieweit Pflegemodelle, Theorien und andere Konstrukte als Grundlage für eine Curriculumentwicklung zu nutzen sind, in welchem Kontext sie zu den Elementen eines Curriculums stehen, welche Funktion sie in diesem Gefüge übernehmen und mit welchem wissenschaftstheoretischen Ansatz sie in einem Curriculum fungieren.

Bevor eine Darstellung der hier relevanten Pflegemodelle und Theorien erfolgen kann, ist es notwendig, auf die historische Entwicklung sowie auf wesentliche Aspekte der Theoriebildung und deren praktische Umsetzbarkeit im Hinblick auf ein europäisches Pflegeverständnis und einer diesbezüglichen Curriculumentwicklung kurz einzugehen.

Historische Entwicklung

Praxismodelle zur Krankenpflege sind seit vielen Jahrhunderten durchgeführt worden – mittelalterliche Hospize zeugen auch heute noch davon, sofern sie als Bauten noch erhalten sind – aber eine systematische Beschreibung und Entwicklung kann man erstmals Florence Nightingale (1859) zuschreiben. Ein Jahrhundert später entwickelten mehrere Pflege-theoretikerinnen in Nordamerika Pflegemodelle; diese als konzeptuelle Modelle zu benennen, war derzeit der *Nursing Development Conference Group* (1973; 1979) sowie den Pflege-theoretikerinnen Johnson (1974), Riehl und Roy (1974; 1980) und Reilly (1975) vorbehalten. Andere Pflege-theoretikerinnen wie Peterson (1977) und Hall (1979) „verbanden die Verbreitung konzeptueller Modelle mit dem Interesse, die Pflegewissenschaft als eigenständige Disziplin zu etablieren und durch fundierte Pflege-theorien zu untermauern“ (Fawcett 1998, S. 15). Nachfolgend kam Afaf I. Meleis (1991) in ihrer Untersuchung über die Entwicklung der Pflegewissenschaft zu einem ähnlichen Schluss (ebd.).

Als weitere renommierte Pflege-theoretikerinnen, deren konzeptuelle Modelle und Theorien internationale Anerkennung finden, sind u.a. zu nennen: Betty Neumann, Dorothea Orem, Martha

Rogers, Madeleine Leiniger, Margaret Newman und Jean Watson. Aber auch Virginia Hendersons Beschreibung der Grundregeln der Krankenpflege (1960) und Nancy Ropers Elemente der Krankenpflege (Erstveröffentlichung 1980) setzten neue Maßstäbe in der Pflege. Diese Personen bilden gewissermaßen den Fundus an Referenzen, aus denen die einzelnen Länder unterschiedlichen Nutzen gezogen haben (vgl. Tabelle 29, Anhang), dies wird noch genauer zu zeigen sein.

Die Begriffe Pflegemodell und Pflegeetheorie sorgten in der Landschaft der Pflegewissenschaft für ein erhebliches Durcheinander, da eine Unterscheidung zwischen Modell und Theorie den Pflegeetheoretikerinnen bisher nicht eindeutig gelungen war und die Begriffe sowohl für das eine Konstrukt als auch für das andere standen. Die Verwirrung war anscheinend dadurch entstanden, dass die Pflegeetheoretikerinnen unterschiedliche Termini zur Definition verwendeten (vgl. Juchli 1994).

In der Vergangenheit wurde wiederholt der Versuch unternommen, eine Klärung der Begriffe Pflegemodell und Pflegeetheorie herbeizuführen (vgl. Juchli (1994)). Einen umfassenderen Ansatz zur Klärung der beiden Begrifflichkeiten unternimmt Jaqueline Fawcett. Sie differenziert zwischen Pflegemodell und Pflegeetheorie und grenzt diese Begriffe voneinander ab, indem sie konzeptuelle Modelle und Theorien in einen Bezugsrahmen zum Pflegewissen setzt und ihren Platz innerhalb dieser hierarchischen Struktur, zu der noch andere Komponenten wie Metaparadigma, Philosophien und empirische Indikatoren gehören, beschreibt. Ein wichtiges Unterscheidungsmerkmal ist hierbei der Abstraktionsgrad der jeweiligen Komponenten (Fawcett 1999).

Die seit einigen Jahrzehnten angehäuften wissenschaftliche Literatur der amerikanischen Pflegeetheoretikerinnen klassifiziert Fawcett mit Hilfe ihrer Vorstellung vom Metaparadigma der Pflege. Sie nimmt eine Systematisierung in zwei Gruppen vor – konzeptuelle Modelle und Theorien der Pflege (vgl. Tabelle 1). In ihren Arbeiten analysiert und bewertet Fawcett konzeptuelle Modelle und Theorien der zeitgenössischen Pflegewissenschaft und bezieht sich hierbei auch auf bisher unveröffentlichtes Material der Autorinnen (Konzeptuelle Modelle der Pflege im Überblick, 1998, Originalausgabe 1995; Spezifische Theorien der Pflege im Überblick, 1999, Originalausgabe 1993). In der nachfolgenden Tabelle sind die Pflegeetheoretikerinnen, deren Arbeiten von Jaqueline Fawcett analysiert und bewertet wurden, aufgeführt.

Tabelle 1: Übersicht der konzeptuellen Modelle und Theorien der Pflege (nach Fawcett)

Konzeptuelle Modelle der Pflege (Fawcett 1995, dt. 1998)	Spezifische Theorien der Pflege (Fawcett 1993, dt. 1999)
Johnsons Verhaltenssystemmodell (1980, 1990)	Leinigers Theorie der transkulturellen Pflege (1985, 1988, 1991)
Kings allgemeines Systemmodell (1971, 1990)	Newmans Theorie der Gesundheit als Bewußtseinsweiterung (1979, 1986, 1992)
Levines Konversationsmodell (1969, 1991)	Orlandos Theorie des individuell abgestimmten Pflegeprozesses (1961, 1972, 1990)
Neumans Systemmodell (1989) Neumann & Young (1972)	Parses Theorie des menschlichen Werdens (1981, 1992)
Orems Selbstpflegemodell (1971, 1991)	Peplaus Theorie der zwischenmenschlichen Beziehungen (1952, 1992)
Rogers Wissenschaft vom unitären Menschen (1970, 1990)	Watsons Theorie der menschlichen Zuwendung (1979, 1985, 1992)
Roys Adaptionmodell (1976) Roy & Andrews (1991)	

In Bezug auf die vorliegende Arbeit werden konzeptuelle Modelle von Betty Neumann und Dorothea Orem (vgl. Kapitel 2.2.2) und spezifische Theorien der Pflege von Margaret Newman und Jean Watson (vgl. Kapitel 2.2.3) vorgestellt. Die Pflegemodelle von Virginia Henderson und Nancy Roper et al. wurden nicht berücksichtigt, obgleich sie bei den Pflegenden auf Grund ihrer Praktikabilität in europäischen Ländern beliebt sind und als praktische Pflegemodelle geschätzt werden (vgl. Kapitel 2.2.4) (vgl. Tabelle 1, Anhang).

Die Komponenten des Pflegewissens (nach Fawcett)

J. Fawcett sieht ihren wissenschaftstheoretischen Ansatz in den verschiedenen Komponenten des aktuellen Pflegewissens beschrieben: Metaparadigma – Philosophie – konzeptuelle Modelle – Theorien und empirische Indikatoren. Diese Komponenten des Pflegewissens weisen eine hierarchische Struktur auf, sind differenziert durch den Abstraktionsgrad und stehen in Beziehung zueinander. Das Metaparadigma ist die abstrakteste Komponente des Pflegewissens, die Theorien sind weniger abstrakt als die konzeptuellen Modelle und die empirischen Indikatoren sind die konkreteste Komponente.

Das **Metaparadigma** besteht aus abstrakten Begriffen, die die für eine Disziplin relevanten Phänomene benennen und allgemeine Aussagen über deren Beziehungen zueinander treffen (Fawcett 1999). Die in diesem Kontext relevanten Phänomene sind durch vier zentrale Begriffe charakterisiert: *Person*, *Umwelt*, *Gesundheit* und *Pflege*. Es sind übergeordnete Begriffe, die einen Bezugsrahmen für verschiedene Pflegemodelle darstellen (vgl. Tabelle 2, Anhang).

Zur Definition der zentralen Begriffe:

Die *Person* bezeichnet die Rezipientinnen und Rezipienten der Pflege (Individuen, Familien, Gemeinwesen und andere Gruppen).

Die *Umwelt* bezieht sich auf Bezugspersonen, auf objektive Lebensumstände der Person und auf die unmittelbare Situation, in der Pflege stattfindet.

Unter *Gesundheit*²⁶ wird der jeweilige Gesundheitszustand der Person verstanden – von völligem Wohlbefinden bis zur unheilbaren Erkrankung.

Die *Pflege* bezieht sich auf „alle Aktivitäten, die im Interesse der Person von Pflegekräften ergriffen werden, sowie die Ziele und Ergebnisse dieser Aktivitäten. Sie sind Bestandteil des systematischen Pflegeprozesses mit den Komponenten ‚Diagnose‘, ‚Planung‘, ‚Intervention‘ und ‚Evaluation‘ (Fawcett 1998, S. 18).

²⁶ Mit dem Begriff „Gesundheit“ wird neuerdings die „Salutogenese“, was soviel bedeutet wie „Gesundheitsentstehung“ oder „Ursprung von Gesundheit“, in Verbindung gebracht. Aaron Antonovsky (1923-1994), der amerikanisch-israelische Medizinsoziologe ist der Fragestellung nachgegangen, was Menschen gesund hält. Auslöser dafür war das Ergebnis einer Studie von Frauen, die in Zentraleuropa zwischen 1914-1923 geboren wurden, teilweise traumatisierten Erlebnissen (Konzentrationslager) ausgesetzt waren und über eine relativ gute psychische Gesundheit verfügten. Aus diesem Hintergrund heraus entstand das Modell der Salutogenese. Es ist als ein „Gesundheitsmodell“ zu verstehen, das durch Abwendung vom pathogenetischen Bild von Krankheit gekennzeichnet ist. SOC: „sense of coherence“ (engl.), übersetzt als Kohärenzgefühl, verkörpert für Antonovsky die Kernfrage der „Gesundheitsentstehung“; er definierte folgendes: „Das SOC (Kohärenzgefühl) ist eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, daß

1. die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äußeren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind;
2. einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen;
3. diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen“ (Antonovsky 1997, S. 36).

Die Beziehungen zwischen den vier Begriffen werden durch Aussagen beschrieben, welche

1. Person und Gesundheit verbinden,
2. die Wechselbeziehung zwischen Person und Umwelt betonen,
3. Gesundheit und Pflege verbinden und
4. die Begriffe Person, Umwelt und Gesundheit verbinden (ebd.).

Das Metaparadigma repräsentiert „den breitesten Konsens innerhalb einer Disziplin. Es beschreibt die allgemeinen Parameter eines Wissenschaftszweiges und bietet damit eine allererste, grundlegende Arbeitsgrundlage“ (Hardy 1978 S. 38) (Fawcett 1998, S. 16f). „Seine Funktion besteht darin, die wissenschaftlichen und sozialen Aufgaben einer Disziplin zusammenzufassen und einzugrenzen (Kim 1989)“ (ebd.). So unterscheiden sich die Metaparadigmen der Disziplinen durch die Anforderungen, die an ein Metaparadigma gestellt werden, voneinander. Das Metaparadigma der Pflege hält z.B. die Pflegenden dazu an, sich auf „die Ganzheit oder Gesundheit von Menschen zu konzentrieren und sich dabei stets bewußt zu sein, daß diese Menschen fortwährend mit ihrer Umwelt interagieren“ (Donaldson & Crowley 1978, S. 119) (Fawcett 1999, S. 18), während Ärzte aufgrund des Metaparadigmas der Medizin Krankheiten zu diagnostizieren und zu behandeln haben (ebd.).

Aus den Anforderungen heraus, die für ein Metaparadigma charakteristische Merkmale darstellen, sind nicht nur Geltungsbereich und relevante Phänomene einer Disziplin von Bedeutung, ein Metaparadigma muss außerdem perspektivneutral sein und internationale Gültigkeit besitzen. Internationale Gültigkeit ist nach Fawcett aber nur dann gewährleistet, „wenn die mit dem Metaparadigma verbundenen Begriffe und Annahmen keine nationalen, kulturellen oder ethnischen Wertvorstellungen widerspiegeln“ (Fawcett 1998, S. 18). Das Metaparadigma der Pflege wird diesen Anforderungen gerecht, denn die relevanten Phänomene sind in knapper Form angesprochen, Begriffe und Aussagen sind perspektivneutral und international gültig und sind nicht durch Wertvorstellungen eines Landes oder einer bestimmten Kultur geprägt (Fawcett 1998). Für einen konzeptionellen Ansatz eines europäischen Pflegecurriculums ist in dieser Begründung eine wissenschaftstheoretische Position zu erkennen.

Die **Philosophie** (nicht im Sinne der Philosophie als Wissenschaftsdisziplin) bildet die zweite Komponente in der Hierarchie. Sie kann als „Gesamtheit von Überzeugungen und Wertvorstellungen über Menschen und ihre Welt“ definiert werden (Kim 1989; Seaver & Cartwright 1977) (Fawcett 1999, S. 18). Philosophien dieser Art treffen Aussagen über die im Metaparadigma benannten Phänomene, widerspiegeln den Inhalt und den besonderen Schwerpunkt eines konzeptuellen Modells oder einer Theorie. Sie beinhalten Aussagen über das Wesen des Menschen, zur Ethik, zu den Zielen der Disziplin und über die Weiterentwicklung des fachlichen Wissens (Fawcett 1998).

In Verbindung mit ontologischen und epistemischen Aussagen über die Pflege verweist Fawcett auf drei unterschiedliche Weltbilder – das reaktive Weltbild, das reziprok-interaktive Weltbild und das simultan-aktive Weltbild (vgl. Tabelle 3, Anhang). „Die unterschiedlichen Weltbilder führen zu differierenden Auffassungen der mit dem Metaparadigma verbundenen Begriffe und ihrer Wechselbeziehungen (Altman & Rogoff, 1987) sowie der Art und Weise, wie Wissen generiert und

überprüft werden soll“ (Fawcett 1998, S. 27). In Tabelle 3 (Anhang) werden die für die Pflege relevanten Weltbilder dargestellt. (vgl. auch Kapitel 2.2.2 und 2.2.3). Eine Ergänzung hierzu ist in Fawcett (1999, S. 20f) zu finden.

Als wissenschaftliche Ansätze, die sich auf Theorien verwandter wissenschaftlicher Disziplinen stützen, sind in diesem Kontext zu nennen:

- Der *entwicklungstheoretische Ansatz* (Ursprung in der Psychologie, betont Prozesse des Wachstums, der Entwicklung und der Reife)
- Der *systemische Ansatz* (Ursprung in der Biologie und Physik, beschreibt Systeme und analysiert die Beziehungen zwischen ihren Teilen)
- Der *interaktive Ansatz* (Ursprung in der Soziologie, befasst sich mit sozialen Handlungen und Beziehungen der Menschen untereinander (Fawcett 1998, S. 29-35).

Andere Ansätze werden in der Pflegeliteratur erwähnt und von Fawcett kurz interpretiert wie

- *Bedürfnis- und ergebnisorientierter Ansatz* (Meleis 1991),
- *Klient, Interaktion und Pflge-therapeutik* als ein Ansatz von drei Kategorien (Meleis 1991),
- *Humanistischer und Energiefeldansatz* (Marriner-Tomey 1989),
- *Intervention, Substitution, Konservation, Unterstützung und Verbesserung* als Klassifikationsschema, das auf dem „Wesen der pflegerischen Handlung in Beziehung zum Patienten“ beruht (Barnum 1994, S. 211) (Fawcett 1998, S. 36).

Die einzelnen Ansätze sind im Hinblick auf bestimmte zentrale Begriffe (Person, Umwelt, Gesundheit und Pflege) betrachtet worden. Sie unterscheiden sich vor allem hinsichtlich der Aussagen zum Verhältnis von Pflegeperson und pflegebedürftiger Person. Jeder Ansatz interpretiert demzufolge das Wissen über das einzelne Phänomen anders (vgl. Fawcett 1998, S. 29).

Konzeptuelle Modelle bilden in der hierarchischen Struktur des Pflegewissens die dritte Komponente. Sie sind weniger abstrakt als das Metaparadigma, aber abstrakter als die Theorien der jeweiligen wissenschaftlichen Disziplin, zu der sie gehören. „Unter einem konzeptuellen Modell verstehen wir eine Reihe abstrakter, allgemeiner Vorstellungen, ergänzt durch inhaltliche Annahmen, die diesen Vorstellungen eine bedeutsame Form verleihen (Lippitt 1973; Nye & Berardo 1981)“ (Fawcett 1998, S. 12). Dagegen fassen Konzepte „geistige Vorstellungen von Phänomenen in einem Begriff zusammen“ (ebd.). Ein konzeptuelles Modell bildet auch einen Bezugsrahmen für „ein kohärentes, in sich vereinheitlichtes Denken über ... Ereignisse und Prozesse“ (Frank 1968, S. 45) (Fawcett 1998, S. 13). Nach Fawcett (1995) ist ein Modell „ein höchst abstraktes System globaler Konzepte“ (Roper/Logan/Tierney 2002, S. 156), das aber als solches keine Theorie entwickeln kann (ebd.).

Konzeptuelle Modelle bestehen aus abstrakten und allgemeinen Begriffen und Annahmen, die demzufolge den jeweiligen Modellen zugrunde liegen, z.B. Neumans Systemmodell: Anstelle von Person setzt sie Klient bzw. Klientensystem, unter Gesundheit versteht sie die optimale Stabilität des Klientensystems und als Pflegeziel sieht sie die Förderung der allgemeinen Gesundheit des Klientensystems durch Bewahren, Wiederherstellen oder Aufrechterhalten seiner Stabilität durch präventive Handlungen (Fawcett 1999; vgl. Tabelle 2, Anhang).

So werden die vier im Metaparadigma der Pflege gefassten Phänomene *Person, Umwelt, Gesundheit* und *Pflege* von den Pflege-theoretikerinnen verschieden interpretiert. Die Phänomene stellen in den konzeptuellen Modellen der Pflege jeweils den besonderen Schwerpunkt dar. Die Pflege-theoretikerinnen sehen Pflegende und Personen, die Pflege empfangen, in unterschiedlichen Kontexten, so dass die Phänomene in dem jeweiligen konzeptuellen Modell eine unterschiedliche Wertigkeit besitzen bzw. eine besondere Gewichtung eines der Phänomene oder mehrere vorgibt (vgl. Tabelle 2, Anhang). Somit sind konzeptuelle Modelle den Pflegenden eine Handlungsorientierung für die Pflege an den Patienten; sie geben Ziel und Inhalt der Pflege an und ermöglichen es, dass Pflegeleistungen auf Wirksamkeit und Effizienz überprüft werden können (Evaluation im Pflegeprozess). Konzeptuelle Modelle verdeutlichen den Pflegenden und der Gesellschaft die Aufgaben und Grenzen des Berufsfeldes und geben den Rahmen für Verantwortung und Zuständigkeit vor. Ein konzeptuelles Modell ist nach J. Fawcett eine international akzeptierte umfassende Darlegung der Grundlagen der Gesundheits- und Krankenpflege durch Pflegeexperten.

Das Roper-Logan-Tierney-Modell (RLT-Modell) findet als konzeptuelles Modell bei den amerikanischen Pflege-theoretikerinnen wenig Akzeptanz und wurde von Fawcett im Vergleich auch nicht berücksichtigt. Es stellt sich die Frage, ob es die internationale Akzeptanz ist, die ausschlaggebend dafür ist, ob ein Pflegemodell als konzeptuelles Modell anerkannt wird, oder ob es andere Kriterien sind, die in diesem Zusammenhang eine Rolle spielen. Fawcett stellt die Frage, „wie allgemein muß ein Werk sein, um als konzeptuelles Modell gelten zu können“ (Fawcett 1998, S. 41). Sie verweist darauf, dass noch andere Kriterien für die Beurteilung heranzuziehen sind.

Des Weiteren nehmen konzeptuelle Modelle „Einfluß auf die Theorieentwicklung (und)²⁷ fungieren als Leitlinien für die Theorieentwicklung, indem sie die Aufmerksamkeit auf bestimmte Begriffe und deren Beziehungen richten und sie in einen bestimmten Kontext stellen.“ (Fawcett 1999, S. 30f)

Pflegetheorien leiten sich nach Fawcett aus den konzeptuellen Modellen ab, sind weniger abstrakt und umfassend und können durch entsprechende wissenschaftliche Methoden überprüft werden, wobei die Überprüfung von der Reichweite einer Theorie abhängig ist. Als vierte Komponente des Pflegewissens bilden sie in dieser hierarchischen Strukturierung die spezifischen Theorien der Pflege. Die Theorien sind im Detail sehr begrenzt und umfassen nur einen bestimmten Aspekt der Realität, indem sie z.T. empirisch beschreiben und erklären bzw. prognostische Aussagen darüber machen. Begriffe und Annahmen einer Theorie sind spezifischer und konkreter als die eines konzeptuellen Modells. Die Begrifflichkeit einer Theorie bezieht sich auf bestimmte Individuen, Gruppen, Situationen oder Ereignisse (Fawcett 1999). So kommen z.B. für „Newmans Theorie der Gesundheit als Bewußtseinsweiterung“ als Zielgruppe „grundsätzlich Individuen, Familien und Gruppen in Betracht (Marchone 1986; Newman 1986). Zu den Situationen, in denen die Theorie angewendet werden kann, gehören Geburt, Elternschaft, Betreuung eines pflegebedürftigen Angehörigen sowie eigene gesundheitliche Belange (Newman 1986)“ (Fawcett 1999, S. 97) (vgl. Kapitel 2.2.3.1).

²⁷ (...) Sie geben einen Rahmen vor, aus dem sich die gestellten Fragen, die vorgeschlagenen Erklärungen und die nachfolgenden Untersuchungen ergeben. Sie bieten ein Netzwerk, in dem sich Fragen, Erklärungen und gesammelte Daten zusammenfügen und deutlich machen, in welchen Bereichen es noch an einer Theorieentwicklung mangelt. (Newman 1979, S. 6).

Der Unterschied zwischen einem konzeptuellen Modell und einer Theorie wird an diesem Beispiel deutlich und bestätigt, dass eine Theorie sich aus einem konzeptuellen Modell ableiten lässt. Newmans theoretischer Ansatz ist auf Martha Rogers (1970) Lebensprozessmodell, bekannt geworden unter dem Titel „Wissenschaft vom unitären Menschen“ (1990), zurückzuführen (vgl. Tabelle 2, Anhang). Fawcett analysiert und bewertet die Theorie nach der Klassifikation ihrer Reichweite²⁸ in Theorien großer Reichweite²⁹ (breit angelegt, ihre Begriffe und Annahmen sind relativ abstrakt und allgemein) und Theorien mittlerer Reichweite³⁰ (begrenzt, Begriffe und Annahmen relativ spezifisch und konkret).

Empirische Indikatoren als fünfte Komponente sind zugleich die konkreteste Form in der hierarchischen Struktur des Pflegewissens. Empirische Indikatoren können „als spezifische Platzhalter konkreter Theoriebegriffe angesehen werden. Sie stehen für die Instrumente, experimentellen Bedingungen und Verfahren, mit deren Hilfe sich die Begriffe einer Theorie beobachten oder messen lassen“ (Fawcett 1998, S. 43). Empirische Indikatoren verbinden diese Begriffe und Annahmen mit der realen Welt. Empirisch überprüfbar sind die Theorien mittlerer Reichweite, die aus relativ konkreten, operational definierten Begriffen und relativ konkreten Annahmen bestehen (Fawcett 1999). Zu ihnen gehören z.B. „Watsons Theorie der menschlichen Zuwendung“. Zu den Theorien großer Reichweite gehört z.B. „Newmans Theorie der Gesundheit als Bewußtseinsweiterung“, deren abstrakte Begriffe und Annahmen sie einer empirischen Überprüfung nicht zugänglich macht.

Weitere Pflegemodelle und Konzepte

Virginia Hendersons Pflegemodell und das Modell der Lebensaktivitäten nach Nancy Roper et al. sind im Unterschied zu konzeptuellen Modellen und Theorien der Pflege nicht pflegewissenschaftlichen Ursprungs und sind weder aus den Einsichten einer Pflegeperson oder einer Theorie hervorgegangen, sondern der Pflegeansatz wurde auf der Basis des naturwissenschaftlich-medizinischen Modells entwickelt und beinhaltet noch vieles daraus. Eine Beschreibung der Modelle liegt im Kapitel 2.2.4 vor.

Praktische Umsetzbarkeit

Modelle und Theorien der Pflege sind sowohl in der Pflegeausbildung als auch in der Pflegepraxis einzusetzen. An dieser Stelle wird Bezug auf die Pflegeausbildung genommen und die Nützlichkeit in der Pflegepraxis für Einsatz, Akzeptanz und Referenzen aufgezeigt. Nach Fawcett bietet das konzeptuelle Modell den Rahmen für den Inhalt des Curriculums sowie der Lehr- und Lernaktivitäten. Sie ersetzt die Phänomene des Metaparadigma der Pflege durch die zentralen Begriffe: *Lernende, Lernumgebung, Zustand der Lernenden* und *Ziele und Ergebnisse der Ausbildung*.

²⁸ Theorien variieren in ihrer Reichweite, d.h. „in ihrer jeweiligen Spezifität und der Konkretheit ihrer Begriffe und Annahmen“ (Fawcett 1999, S. 29).

²⁹ „Theorien großer Reichweite“ (grand theory) sind relativ unspezifisch, ihrer abstrakten Begrifflichkeit fehlt es an operationalen Definitionen, und ihre Annahmen sind der direkten empirischen Überprüfung nicht zugänglich (ebd.).

³⁰ „Theorien mittlerer Reichweite“ (middle-range theory) sind begrenzter, und ihre Begriffe und Annahmen sind relativ spezifisch und konkret (ebd., S. 41).

Zusammengefasst kann festgestellt werden,

1. dass ein konzeptuelles Modell einen bestimmten Ansatz der Pflegeausbildung begründet und sich auf folgende Bereiche beziehen kann:
 - Schwerpunkt des Curriculums und Zweck der Ausbildung,
 - Hauptinhalt und Aufbau,
 - Rahmenbedingungen (Ansiedlung der Ausbildung, Zugang),
 - Lehr- und Lernstrategien,
2. dass ein konzeptuelles Modell für die Curriculumentwicklung eingesetzt wird, welches durch Theorien zur Pflegeausbildung und zum Lehr- und Lernprozess zu konkretisieren ist,
3. dass empirische Indikatoren über den Lehrstoff, die praktischen Ausbildungsteile und die jeweilige Zuweisung der Lernenden vorhanden sein müssen.

Das auf dieser Grundlage entstandene „konzeptuell-theoretisch-empirische System“ lässt sich auf die Kranken und auf die Lernenden und Lehrenden anwenden (Fawcett 1998, S. 47). Das Pflegemodell von Virginia Henderson (1960) war eines der ersten Pflegemodelle, das in Amerika zur Entwicklung eines Curriculums für die allgemeine Pflege angewendet wurde. Auch das Modell der Lebensaktivitäten von Nancy Roper et al. wird seit den achtziger Jahren für die Pflegeausbildung im europäischen Bereich eingesetzt.

Eine zusammenfassende Übersicht der Pflegemodelle und Theorien der Pflege, die in der vorliegenden Arbeit relevant sind, enthält Tabelle 11 (Anhang), ausführlicher dargestellt werden sie in den folgenden Kapiteln 2.2.2 bis 2.2.3.

2.2.2 Konzeptuelle Modelle der Pflege (Fawcett)

In diesem Abschnitt werden die konzeptuellen Modelle der Pflege von Betty Neuman und Dorothea Orem mit Bezug auf das für die vorliegende Arbeit Wesentliche dargestellt. Repräsentative Aussagen werden getroffen zu den Kategorien: *Ursprung des Modells*, *Besonderer Schwerpunkt*, *Zentrale Begriffe*, *Pflegeausbildung*, *Pflegepraxis*, *Praktische Nützlichkeit* und *Kulturelle Kongruenz*. Zugrunde gelegt wurde die Analyse und Bewertung „Konzeptuelle Modelle der Pflege im Überblick“ von Jaqueline Fawcett (1998; Originalausgabe 1995).

2.2.2.1 Neumans Systemmodell

Ursprung des Modells

Der Ursprung des Modells ist auf das Jahr 1970 zurückzuführen, als Betty Neuman für Studenten der Pflegewissenschaften im Auftrag des Nursing Curriculum Committee der University of California in Los Angeles einen Kurs zur Vermittlung pflegerischer Inhalte entwickelte. Als Material für die Analyse nutzte J. Fawcett die Buchveröffentlichung unter dem Titel „The Neuman system models: Application to nursing education and practice“ (1989, 2. erweiterte Auflage) und die 1990 veröffentlichten Aufsätze „Health as a continuum based on the Neuman systems model“ (1990a) und „The Neuman system models: A theory for practice“ (1990b).

Betty Neumans philosophische Überzeugungen, die ihrem Systemmodell zugrunde liegen, sind in der Ganzheitlichkeit (Holismus) begründet und ihr Motto lautet: „Einander leben helfen“ (Neuman, 1989a, S. 458). „Die Idee der Ganzheitlichkeit, die meinem Systemmodell zugrunde liegt, ist sowohl philosophisch als auch biologisch begründet; sie impliziert Beziehungen und Prozesse, die aus Ganzheit, dynamischer Freiheit und Kreativität bei der Anpassung an Stressoren in der internen und externen Umwelt erwachsen“ (1989d, S. 10) (Fawcett 1998, S. 227). In Übereinstimmung mit ihren philosophischen Überzeugungen erklärte Neuman zu einem früheren Zeitpunkt „Mein Modell ist ein offenes systemisches Modell, das die Pflege primär mit angemessenen Interventionen in stressreichen Situationen bzw. möglichen Reaktionen des Klientensystems auf umweltbedingte Stressoren in Verbindung bringt“ (1981d, S. 11) (Fawcett 1998, S. 232).

Für die Anwendung ihres Modells interpretiert Neuman folgendes: „Das wichtigste Ziel der Pflege besteht darin, die Auswirkungen tatsächlich oder potentiell vorhandener Stressoren zu mindern und die Widerstandskraft des Klientensystems zu erhöhen“ (Neuman 1989d, S. 39) (Fawcett 1998, S. 249). In diesem Kontext wird der qualitativ höhere Anspruch an das Pflegepersonal, explizit befähigt zu sein, in entsprechenden Situationen zum Wohle des Klienten/ des Klientensystems angemessen zu agieren.

Unter Wohlbefinden versteht Neuman eine als „subjektiv erfahrene, auf dem Maß an verfügbarer Energie basierende Realität“ (1990a, S. 130) und beschreibt, dass sich die Wahrnehmung des Wohlbefindens „am besten in der ganzheitlichen Interaktion zwischen Klient und Pflegekraft ermitteln läßt“ (S. 130/131) (Fawcett 1998, S. 227). Nach Neuman kommt in diesem Prozess den Pflegenden die Rolle zu, dass sie selbst als ganzheitliche Wesen fungieren mit dem Ziel, „die Energie des Klienten zu erhalten, damit sein System auch weiterhin harmonisch funktionieren kann, während gleichzeitig Veränderungen eingeleitet werden, die dem optimalen Wohlbefinden förderlich sind“ (S. 131) (Fawcett 1998, S. 227). In diesem Zusammenhang ist es wichtig, mit dem Klienten die Ursachen seiner gesundheitlichen Probleme und wie er damit umgehen sollte, zu klären.

Neuman hat nach ihren Angaben ihr Wissen einerseits aus eigenen Beobachtungen und Erfahrungen in der psychiatrischen Pflege und andererseits aus der Synthese unterschiedlicher Erkenntnisse aus verschiedenen verwandten Wissenschaftsgebieten bezogen; ihre Methoden waren dabei sowohl induktiv als auch deduktiv (Fawcett 1998). Neumans Systemmodell, so beschreibt es Fawcett, widerspiegelt ein reziprok-interaktives Weltbild, wobei auch das reaktive Weltbild („geschaffene Umwelt“) eine Rolle spielt. Neuman (1990b) bezeichnet ihren Ansatz als ganzheitlich und multidimensional, was dem reziprok-interaktiven Weltbild auch entspricht (Fawcett 1998, S. 230) (vgl. Tabelle 3, Anhang).

Besonderer Schwerpunkt

Der besondere Schwerpunkt in Neumans Systemmodell liegt im „Wohlbefinden des Klienten bzw. Klientensystems in Beziehung zu seinem umweltbedingten Stress und seinen Stressreaktionen“ (Fawcett 1998, S. 231). Das Modell ist so gegliedert, dass Teilaspekte des Klienten und seiner Beziehungsgestaltung als komplettes System fungieren und gebildet werden können – als Individuum, Gruppe, soziale Gemeinschaft, größere Gesamtmenge oder das gesamte Universum. Besondere Bedeutung kommt der „Bewahrung, Wiederherstellung und Aufrechterhaltung des Wohlbefindens“

zu (Neuman 1989d, S. 25), angesichts von Problemen, die im ursächlichen Zusammenhang mit den Stressoren und der Umwelt stehen und verbunden sind mit der Frage nach dem pflegerischen Beitrag zur Unterstützung der Stabilität des Klientensystems (Fawcett 1998, S. 231f).

Zentrale Begriffe

Definiert wird die **Person** in „Neumans Systemmodell“ als *Klient* resp. *Klientensystem (Individuum, Familie, andere Gruppe, soziale Gemeinschaft* oder ein *allgemeines soziales Thema*). Das Klientensystem besteht aus interagierenden Variablen wie

- *physiologische Variable* (umfasst alle körperlichen Strukturen und Funktionen),
- *psychische Variable* (alle mentalen Prozesse und Beziehungen),
- *soziokulturelle Variable* (soziale und kulturelle Funktionen),
- *entwicklungsgeschichtliche Variable* (bezieht sich auf vergangene und aktuelle Entwicklungsprozesse) und
- *spirituelle Variable* (Einfluss spiritueller Überzeugungen).

Die fünf Variablen stehen in enger Wechselbeziehung zueinander, und die mit den Variablen verbundenen Bereiche weisen „unterschiedliche Ausprägungen und eine große Bandbreite von Potentialen und Stilen der Interaktion“ auf (Neumann 1989d, S. 29) (Fawcett 1998, S. 233). Unter **Umwelt** versteht Neuman „alle internen und externen Faktoren oder Einflüsse, die den Klienten bzw. das Klientensystem umgeben ..., die es beeinflussen und von ihm beeinflusst werden“ (Neuman 1989d, S. 17) (Fawcett 1998, S. 236). Des Weiteren unterscheidet Neuman zwischen dem *inneren Milieu*, der *externen Umwelt* und der *geschaffenen Umwelt*. Als Stressoren bezeichnet sie *Intrapersonale Stressoren* (angesiedelt im inneren Milieu), *Interpersonale Stressoren* (in der externen Umwelt, bestimmt u.a. durch Rollenerwartungen und Kommunikationsmuster) und *Extrapersonale Stressoren* (fernere externe Umwelt, z.B. finanzielle und sozialpolitische Fragen). Stressoren sind an sich inaktiv oder neutral; erst durch die Reaktion des Systems auf einen bestimmten Stressor kann es zu Folgen führen – günstige oder schädliche, positive oder negative Folgen (Fawcett 1998, S. 236).

Anstelle von **Person und Umwelt** stellt Neuman den Klienten bzw. das Klientensystem und die Umwelt dar und bezeichnet sie als die bedeutsamsten Phänomene der Krankenpflege. Die Beziehungen untereinander sind reziprok. „Input, Output und Feedback sind zirkuläre Funktionen dieser Wechselbeziehung, deren Ergebnisse auf das System korrektive oder regulative Auswirkungen haben“ (Neuman 1989d, S. 31). Auf die Umwelt können sich aber auch positive oder negative Einflüsse auswirken; „Interaktion und Anpassung führen zu einem jeweils unterschiedlichen Ausmaß an Harmonie, Stabilität oder Gleichgewicht in der Beziehung zwischen Klientensystem und Umwelt. Im Idealfall wird eine optimale Stabilität des Klientensystems erzielt“ (S. 23) (Fawcett 1998, S. 238).

Gesundheit³¹. Neuman setzt Gesundheit und Wohlbefinden gleich. Sie definiert beide Begriffe als „den Zustand oder Grad der Systemstabilität, in dem sich alle Teile und Variablen mit dem Ganzen

³¹ Aus Sicht der Salutogenese sind Gesundheit und Krankheit Endpunkte eines Gesundheit-Krankheit-Kontinuums. Antonovsky befasste sich mit der Frage: Warum befinden sich Menschen auf der positiven Seite des Kontinuums, oder warum bewegen sie sich in Richtung positiven Pol, unabhängig von ihrer Position? (1997, S. 15).

des Klientensystems in einem harmonischen Gleichgewicht befinden“ (S. 12). Demzufolge ist Gesundheit „ein hoher Grad des Wohlbefindens, der erreicht wird, wenn alle Bedürfnisse des Systems gestillt werden können. Bleiben bestimmte Bedürfnisse unerfüllt, sinkt der Grad des Wohlbefindens, und die Gesundheit ist tendenziell gefährdet“ (S. 12) (Fawcett 1998, S. 236). An anderer Stelle erklärt Neuman „Gesundheit ist der Grad des zu einem bestimmten Zeitpunkt vorherrschenden Wohlbefindens. Sie ist als Kontinuum mit fließenden Übergängen vorstellbar... zwischen Wohlbefinden und Krankheit“ (S. 14). Krankheit ist in diesem Zusammenhang mit einem exzessiven Energieverbrauch gleichzusetzen. Der Begriff Krankheit wird bei Neuman häufig durch „Abweichungen vom Wohlbefinden“ ersetzt (Fawcett 1998, S. 240).

Neuman *definiert Pflege* als „eigenständigen Berufsstand, der mit allen Variablen befaßt ist, die mit der Reaktion des Individuums auf Umweltstressoren zusammenhängen“ (S. 102). Das wichtigste Anliegen der Pflege ist es, „die Stabilität des Klientensystems zu unterstützen“ (S. 34) (Fawcett 1998, S. 240). Das *Ziel der Pflege* ist es, die „optimale Gesundheit des Klientensystems durch Bewahren, Wiederherstellen und Aufrechterhalten seiner Stabilität zu fördern“ (S. 25). Neuman weist in diesem Zusammenhang auf die Hilfestellung der Pflegenden hin, „dem Klienten zu helfen, seine Realität auf wünschenswerte Weise mitzugestalten“ (S.17) (Fawcett, 1998, S. 241). Darunter kann auch die Einbeziehung des Klienten in Entscheidungsfragen verstanden werden, d.h., dass der Klient für sein Wohlbefinden mitverantwortlich ist. Als *Inhalt der Pflege* ist der Pflegeprozess einzuordnen mit den drei wesentlichen Schritten: Pflegediagnose, Pflegeziele und Pflegeergebnisse (primäre Prävention, sekundäre Prävention und tertiäre Prävention) (vgl. Tabelle 4, Anhang).

In den zentralen Aussagen werden die Beziehungen der Begriffe von Neuman wie folgt dargestellt:

- Die Beziehung zwischen *Person* und *Umwelt* (interagierendes offenes System: Ausdruck für Zustand des Wohlbefindens oder der Erkrankung) (Neuman 1989d, S. 12)
- Die Verbindung zwischen *Gesundheit* und *Pflege* (durch Pflegehandlungen: Krankheit verhindern, Wohlbefinden fördern) (S. 14)
- Die Verbindung zwischen *Person, Umwelt, Gesundheit* und *Pflege* (einerseits über primäre, sekundäre und tertiäre Prävention; andererseits das Erkennen von Umweltstressoren und Anpassung zum Erreichen eines optimalen Wohlbefindens durch die Pflegeperson) (S. 34) (Fawcett 1998, S. 245-246).

Die inhaltliche Reichweite wird von Fawcett als ausreichend eingeschätzt. Das Modell umfasst die vier Begriffe des Metaparadigmas der Pflege, basiert auf philosophischem, theoretischem und wissenschaftlichem Wissen und kann wichtige Leitfunktionen in der Forschung, Ausbildung, Administration und Pflegepraxis übernehmen (1998, S. 247f).

Pflegeausbildung

Für die Anwendung des Systemmodells von Neuman in der Pflegeausbildung liegen präzise Angaben vor, die sich insbesondere beziehen auf:

- Den *Schwerpunkt der Curricula* (Klienten bzw. Klientensystems und Umwelt),
- das *Lernziel* (Erwerb von Fähigkeiten, Interventionen zur Prävention zu planen und umzusetzen und das Klientensystem in dem Bewahren, Wiedererlangen bzw. Aufrechterhalten seines Wohlbefindens zu unterstützen),

- den *Lerninhalt* (verschiedene Kategorien von Stressoren, den fünf Variablen und den drei Arten von Prävention) (Mirenda 1986),
- die *Lehr- und Lernhilfen* (visuelle Wiedergabe der fünf Variablen, Literatur, Diskussionen, Kleingruppenarbeit, Lernbericht) und
- die *Bildungsebene* (für qualifizierte Pflegeausbildung mit akademischem Abschluss).

Neumans Modell ist bei der Curriculumplanung für die verschiedensten akademischen Ausbildungsprogramme herangezogen worden.

Pflegepraxis

In der Pflegepraxis ist „Neumans Systemmodell“ vielseitig einsetzbar, was auch durch Beispiele und Referenzen nachgewiesen wird (vgl. Tabelle 11, Anhang).

Praktische Nützlichkeit

„Neumans Systemmodell“ genießt internationale Akzeptanz und ist durch das breite Spektrum an Anwendungsmöglichkeiten besonders relevant für die Pflege sowohl in der Theorie als auch in der Praxis (ausführlich in Fawcett 1998) (vgl. Tabelle 11, Anhang).

Kulturelle Kongruenz

Neumans Systemmodell ist mit den gesellschaftlichen Erwartungen an die Krankenpflege kongruent. Es hat große Bedeutung erhalten in Bezug auf primäre Prävention sowie Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden; den Bezugsrahmen bilden hierfür die Medien, Selbsthilfebücher und Zeitschriftenartikel. Das diesem Modell zugrunde liegende Mitspracherecht des Klienten zu ganzheitlichen Fragen stärkt die Akzeptanz des Modells und findet bei den Mitgliedern der Gesellschaft Zustimmung, vorausgesetzt, dass persönliche Gründe und/oder Kultur nicht dagegen sprechen. Neumans Systemmodell hat sich als Grundlage für die Ausbildung und Pflegepraxis als nützlich erwiesen und ließ sich von anderen Ländern und Kulturen leicht übernehmen. Es spricht universelle pflegerische Probleme an und besitzt daher ein beachtliches Potenzial an globalen Lösungen (Neuman 1989a) (vgl. Fawcett 1998, S. 267).

2.2.2.2 Orems Selbstpflegemodell

Ursprung des Modells

Als Dorothea Orem in den fünfziger Jahren begonnen hat, ihr Selbstpflegemodell und ein Curriculum zu entwickeln, wurden in der Krankenpflegeausbildung meistens Modelle aus anderen wissenschaftlichen Disziplinen wie der Medizin, Psychologie oder Soziologie verwendet (Phillips 1977) (Fawcett 1998). Vor der Konzeption eines neuen Curriculums für die Pflegeausbildung war es Orem wichtig, die „Krankenpflege als eigenständige Kunst und Wissenschaft“ (Orem, 1978) von den anderen Disziplinen abzugrenzen (Fawcett 1998, S. 281). Mit ihrer Arbeit hat Dorothea Orem einen wesentlichen Beitrag für die Entwicklung einer Pflegewissenschaft geleistet, sie hat somit das Fundament gelegt. Fawcetts Analyse stützt sich im Wesentlichen auf Orems Buch *Nursing: Concept of Practice* (1991) und den Aufsatz mit dem Titel „A nursing practice theory in three parts, 1956-1989“ (Orem, 1990).

Orem entwickelte über Jahre das derzeit vorliegende Selbstpflegemodell (1991) aus den drei theoretischen Konstrukten – Selbstpflege, Selbstpflegedefizit und Pflegesystem. Das Ziel in der Anwendung ihres Modells sieht sie darin, die Selbsttätigkeit des Patienten wieder zu ermöglichen. Orems philosophische Überzeugungen, die ihrem Selbstpflegemodell zugrunde liegen, sind in Annahmen und Prämissen formuliert, in denen zum Ausdruck kommt, dass einerseits die Menschen selbst ihr Leben regulieren können und auch dafür verantwortlich sind und andererseits es eine bestimmte Gruppe von Menschen gibt, die regulierend in Situationen der mangelnden Selbstpflege eingreifen und den erforderlichen Input geben.

Orem (1991) erklärt den Ansatz ihres Pflegemodells so: „Krankenpflege ist die Reaktion einer Gruppe von Menschen auf eine besondere Art der Handlungsunfähigkeit anderer Menschen, die aufgrund ihres gesundheitlichen Zustands nicht in der Lage sind, sich selbst oder die von ihnen abhängigen Personen pflegerisch zu versorgen. Vom Standpunkt des Selbstpflegemodells brauchen alle Menschen, um überleben zu können, eine kontinuierliche Selbstregulation und Selbstversorgung, die wir Selbstpflege nennen“ (S. 73) (Fawcett 1998, S. 287). Der Kernpunkt ihres Modells widerspiegelt die Selbstpflege als eine Form des Verhaltens, das dem Individuum eigen ist, wobei die Umwelt als äußerer Faktor inbegriffen ist.

Orem hat nach ihren eigenen Angaben ihr Wissen aus persönlichen und beruflichen Erfahrungen bezogen. Sie bediente sich bei der Entwicklung ihres Selbstpflegemodells vor allem der induktiven Methode, was auch in der folgenden Argumentation zum Ausdruck kommt. „Die Antwort auf die Frage [wann eine Person als pflegebedürftig gelten soll] kam mir spontan, als ich an all die Situationen dachte, in denen solche Urteile getroffen werden, und ich daran dachte, daß die Pflegekraft für die pflegebedürftige Person im übertragenen Sinne ein ‚anderes Selbst‘ ist“ (S. 61) (Fawcett 1998, S. 289). Zum anderen stellte sie in den Mittelpunkt ihrer Überlegungen die Pflegebedürftigkeit von Menschen und die Einsicht, „daß Individuen von der Krankenpflege profitieren, weil sie in ihrer Selbstpflege eingeschränkt sind“; das Selbstpflegemodell sei deshalb so „erfolgreich ... weil es aus den Konzeptionalisierungen der konstanten Elemente praktischer Pflegesituationen entstanden ist“ (Orem & Taylor 1986, S. 38) (Fawcett 1998, S. 290). In Bezug auf Pflegehandeln ließ sich Orem (1987) von „Arnolds (1960) Ausführungen über bewußte Handlungen“ leiten, worin auch deduktive Elemente zum Tragen kommen (Fawcett ebd.). Nach Fawcetts Ansicht verkörpert die Beziehung zwischen Person und Umwelt ein reziprok-interaktives Weltbild. Orem beschreibt es folgendermaßen: „Person und Umwelt bilden eine funktionale, konkret existierende Einheit, die durch einen regen Austausch und wechselseitige Beeinflussung gekennzeichnet ist“ (Orem 1991, S. 143) (Fawcett 1998, S. 291).

Besonderer Schwerpunkt

Der besondere Schwerpunkt in „Orems Selbstpflegemodell“ ist geprägt durch bewusste Handlungen der Pflegekraft, die sich auf den Pflegeprozess in Verbindung mit der Selbstpflege bei Personen mit eingeschränkter „Selbstpflege-Handlungskompetenz“ beziehen (Fawcett 1998, S. 292).

Zentrale Begriffe

Das Selbstpflegemodell besteht aus sechs zentralen Begriffen und einem peripheren Begriff, der sich auf die grundlegenden bestimmenden Faktoren bezieht. Eine Zuordnung der zentralen Begriffe

lässt sich entsprechend dem vorgesehenen Handlungsmuster, der diesem Prozess innewohnenden Phänomene, wie folgt vornehmen:

- Auf die Person bezogen sind die zentralen Begriffe: (1) *Selbstpflege*, (2) *therapeutischer Selbstpflegebedarf*, (3) *Selbstpflege-Handlungskompetenz* und (4) *Selbstpfledefizit*.
- Der Pflege zuzuordnen sind die zentralen Begriffe: (5) *Pflege-Handlungskompetenz* und (6) *Pflegesystem*.

Orem definiert die **Person** als „ganzheitliches Wesen, ... eine Einheit mit biologischen, symbolischen und sozialen Funktionen“ (1991, S. 181). Sie nimmt an einer anderen Stelle Bezug darauf, dass bei Pflege-bedürftigkeit die Person zum Patienten wird; sie ist „der Empfänger pflegerischer Handlungen – jemand, der zur Zeit von einer qualifizierten Pflegekraft betreut und behandelt wird“ (S. 30) (Fawcett 1998, S. 294). Im Mittelpunkt des Selbstpflegemodells steht die Fähigkeit der Person zur (1) *Selbstpflege*, die beeinflusst wird von Komponenten (Aussagen über die Fähigkeit der Person, Selbstpflege wahrnehmen und durchführen zu können) (vgl. Tabelle 5, Anhang); zum anderen von Faktoren, die sich auf die Art und das Ausmaß der erforderlichen Selbstpflegemaßnahmen beziehen (Alter, Geschlecht, Umweltbedingungen, Gesundheitszustand, soziokulturelle Orientierung, Entwicklungsstadium, medizinische Diagnostik und Behandlung, familiensystemische Faktoren, Lebensmuster, Ressourcen) (Orem 1991). Der (2) *therapeutische Selbstpflegebedarf* umfasst alle (3) „*selbstpflegerischen Handlungen*, die über einen gewissen Zeitraum durchgeführt werden, um die bekannten, den individuellen Beschwerden und Lebensumständen entsprechende Selbstpflege-Erfordernisse³² zu erfüllen“ (Orem 1991, S. 65, S. 123) (Fawcett 1998, S. 296). Ein (4) *Selbstpfledefizit* entsteht, wenn die Person nicht ausreichend über Selbstpflege-Kompetenz verfügt, um ihren therapeutischen Selbstpflegebedarf abzudecken (Orem 1991) (Fawcett 1998).

Die **Umwelt** des Menschen definiert Orem „als physikalische, chemische, biologische und soziale Merkmale ..., die miteinander in interaktiver Beziehung stehen“ (1991, S. 38) und für die Selbstpflege-Erfordernisse relevant sind wie z.B. atmosphärische Bedingungen, Organismen, familiäre und gesellschaftliche Faktoren, die für die Person sowohl gesundheitsfördernd als auch krankmachend sein können, d.h., der Gesundheit und dem Wohlbefinden zuträglich sind oder gesundheitsschädigende Auswirkungen haben. Bei Orem hat die Umwelt für die persönliche Entwicklung des Menschen große Bedeutung, sie „motiviert die Person, sich helfen zu lassen, angemessene Ziele zu formulieren und das eigene Verhalten anzupassen, um diese Ziele zu erreichen“ (1991, S. 11) (Fawcett 1998, S. 299f).

Gesundheit definiert Orem als „einen Zustand der Person, der durch Solidität oder Ganzheit ihrer menschlichen Strukturen sowie körperliche und mentale Funktionalität gekennzeichnet ist“ (1991, S. 184) (Fawcett 1998, S. 300). Nach Orem umfasst Gesundheit physische, psychische, zwischenmenschliche und soziale Aspekte, die im mentalen, biologischen, zwischenmenschlichen und sozialen Leben ihren Ausdruck finden (Orem 1991, S. 180) (vgl. Fawcett 1998). Während Neuman Gesundheit und Wohlbefinden gleichsetzt, unterscheidet Orem zwischen Gesundheit und Wohlbefinden und begründet dies damit, dass Wohlbefinden zwar oft mit Gesundheit verbunden ist,

³² Hierzu gehören: Universelle, entwicklungsbezogene und gesundheitlich bedingte Selbstpflege-Erfordernisse.

aber auch unter ungünstigen Bedingungen oder Störungen (strukturelle oder funktionale) individuell Wohlbefinden als solches empfunden werden kann.

Krankheit definiert Orem als „einen abnormen biologischen Prozess mit charakteristischen Symptomen“ (ebd., S. 152), was insbesondere in pflegerischen Situationen deutlich wird und auch den Schwerpunkt der Pflege und die Art der angestrebten gesundheitlichen Ergebnisse bestimmt, sowohl bei akuten und chronischen Erkrankungen als auch bei Behinderungen (Orem 1991, S. 246). Sie unterscheidet außerdem zwischen Erkrankung bzw. schlechter Gesundheit und Verletzung oder Behinderung, erklärt aber auch, dass „jede Abweichung von der normalen Struktur oder Funktionalität korrekterweise als Abwesenheit von Gesundheit im Sinne der Ganzheit oder Integrität zu bezeichnen ist“ (ebd., S. 179) (Fawcett 1998, S. 301). Orem weist auf die zusätzliche assoziative Bedeutung von Pflege hin und verknüpft diesen Begriff mit „Obhut“, „Fürsorge“, „Aufsicht“, „Sorge“ und „Bewahrung“ (1991) (Fawcett 1998, S. 301).

Orem *definiert Pflege* als einen „menschlichen, helfenden Dienst“, in dem Pflege Ausdruck der „kreativen Bemühungen eines Menschen, einem anderen Menschen zu helfen“ ist (Orem 1985, S. 132) (Fawcett 1998, S. 302). Sie unterscheidet zwischen Krankenpflege und Medizin; die Medizin konzentriert sich auf Störungen des Lebensprozesses wie Verletzung oder Krankheit, während die Krankenpflege sich mit einer kontinuierlichen therapeutischen Betreuung befasst, um auf dieser Grundlage „Genesung und Gesundheit zu fördern und die schädlichen Auswirkungen von Krankheit und Verletzung zu bewältigen“ (Orem 1985, S. 54) (Fawcett ebd.). Diese Fähigkeit bezeichnet Orem als (5) *Pflege-Handlungskompetenz*. Das *Ziel der Pflege* sieht Orem darin, Menschen in ihrem Bestreben zu unterstützen, ihren Selbstpflegebedarf zu erfüllen bzw. den Pflegebedarf der von ihnen abhängigen Personen. Sie unterscheidet in der Pflegepraxis zwischen

- *sozialer Komponente* (Rollengefüge zwischen Pflegekraft und Person),
- *zwischenmenschlicher Komponente* (Beziehung zwischen Pflegekraft und Person) und
- *technischer Komponente* (Abfolge von Pflegehandlungen, die dem Fall-Management zugeordnet sind).

Der *Inhalt der Pflege* wird bestimmt durch die elementare Seite des Pflegeprozesses. Orem erklärt, „Das professionelle Fall-Management manifestiert sich im Pflegeprozeß. Es umfasst die Pflegeplanung und Pflegekontrolle (einschließlich Evaluation) sowie die Pflegediagnose, die Pflegeverschreibung [die Bestimmung des Pflegesystems] sowie die pflegerische Regulierung bzw. Behandlung“ (1991, S. 235) (Fawcett 1998, S. 304) (vgl. Tabelle 6, Anhang).

Die Bestimmung des (6) *Pflegesystems* als sechster zentraler Begriff des Selbstpflegemodells und eine der Komponenten des Pflegeprozesses folgt auf die Diagnose und Pflegeverordnung. Orem benennt drei Arten von regulativen Pflegesystemen:

- Das *vollständig kompensatorische Pflegesystem* (Person ist nicht zu bewussten Handlungen fähig, Pflegekraft muss für sie handeln),
- das *partielle kompensatorische Pflegesystem* (Person bedarf einer teilweisen Unterstützung),
- das *unterstützend-educative Pflegesystem* (Person ist selbständig, bedarf lediglich der Anleitung, Unterstützung oder Unterrichtung) (Orem 1991) (Fawcett 1998, S. 307) (vgl. Tabelle 6, Anhang).

Als zentrale Aussagen sind in diesem Kontext explizit:

- Die Verbindung zwischen *Person* und *Umwelt* (kontinuierliche oder regelmäßige Interaktion, zeitlich und räumlich) (Orem 1991, S. 38),
- die Verbindung zwischen *Person*, *Gesundheit* und *Pflege* (Bedürfnis des Individuums nach selbstpflegerischen Aktivitäten in Verbindung mit Gesundheit, unterstützt durch adäquates Pflegehandeln) (S. 38).

Eine Aussage, die die vier Begriffe miteinander verbindet, ist nach Fawcett nicht nachweisbar (Fawcett 1998, S. 312-313). Die Reichweite des Selbstpflegemodells kann als ausreichend gelten:

- Es umfasst die vier zentralen Begriffe des Metaparadigma der Pflege.
- Der Geltungsbereich der Pflege ist klar umrissen und pflegerische Handlungen werden ausführlich dargestellt.
- Es basiert auf philosophischem, theoretischem und wissenschaftlichem Wissen über das menschliche Verhalten, akzentuiert den handlungstheoretischen Aspekt.
- Beweist eine Vielfalt an Einsatzmöglichkeiten und widerspiegelt darin eine große Bandbreite pflegerischer Situationen (Forschung, Ausbildung, Administration und Pflegepraxis).

(Fawcett 1998, S. 314f)

Pflegeausbildung

Für die Pflegeausbildung liegen präzise Aussagen vor, sehr viel ausführlicher als in anderen Modellbeschreibungen; damit ergeben sich differenzierte Angaben zu:

- den zentralen Begriffen (6) als Komponenten der Curricula,
- den Lernzielen,
- den Lerninhalten,
- der Stoffgliederung,
- dem Aufbau der Studiengänge,
- der Ansiedlung der Ausbildung und
- den Lehr- und Lernstrategien

(vgl. Fawcett 1998, S. 318f) (vgl. Tabelle 11, Anhang).

Pflegepraxis

Nach Orem ist die Pflegepraxis „ein Interaktionsfeld verschiedener Personen, das sowohl durch Zustände charakterisiert ist, die zu Pflege-Erfordernissen führen, als auch durch Handlungen, die Pflegekräfte ausführen, um die davon betroffenen Personen zu versorgen“ (Orem 1991, S. 341) (Fawcett 1998, S. 321). Orem nennt in diesem Kontext fünf Handlungsbereiche (vgl. Tabelle 7, Anhang) und formuliert hierfür fünf Leitlinien:

1. Kontaktaufnahme zwischen Pflegekraft und Person,
 2. kontinuierlicher Kontakt zwischen Pflegekraft und Person,
 3. Qualität der zwischenmenschlichen Situationen mit der Person,
 4. Ausführung pflegerischer Handlungen und
 5. Beziehungen der Pflegekraft zu den Mitgliedern des Pflege- und Gesundheitsteams
- (Fawcett 1998).

Weitere Angaben zur Pflegepraxis sind in der Tabelle 11 (Anhang) aufgeführt.

Praktische Nützlichkeit

„Orems Selbstpflegemodell“ genießt internationale Akzeptanz und ist durch die Vielfalt an Anwendungsmöglichkeiten besonders relevant sowohl in der Theorie als auch in der Praxis (ausführlich in Fawcett 1998, S. 326, S. 343, passim) (vgl. Tabelle 11, Anhang).

Kulturelle Kongruenz

„Orems Selbstpflegemodell“ ist mit den gesellschaftlichen Erwartungen an die Krankenpflege kongruent. Beachtenswert ist die Idee der Selbstpflege, die sowohl Pflegepersonen als auch Patienten anspricht. Das Pflegemodell wurde unter den verschiedensten kulturellen Rahmenbedingungen erfolgreich eingesetzt und hat sich in der akademischen Pflegeausbildung und Pflegepraxis bewährt (Fawcett 1998). Orems Selbstpflegemodell ist international anerkannt und ist übereinstimmend mit den heute sich entwickelnden gesellschaftlichen Werten, nach denen die Patienten für ihre Gesundheit mitverantwortlich sind.

2.2.3 Spezifische Theorien der Pflege (Fawcett)

In diesem Abschnitt werden „Spezifische Theorien der Pflege“ von Margaret Newman und Jean Watson vorgestellt. Repräsentative Aussagen werden getroffen zu den Kategorien: *Ansatz der Theorie, Inhalt der Theorie, Pflegeausbildung, Pflegepraxis, Praktische Nützlichkeit und Kulturelle Kongruenz*. Zugrunde gelegt wurde die Analyse und Bewertung „Spezifische Theorien der Pflege im Überblick“ von Jaqueline Fawcett (1999; Originalausgabe 1993).

2.2.3.1 Newmans Theorie der Gesundheit als Bewußtseinsweiterung

Ansatz der Theorie

Margaret Newmans Vorstellungen über Gesundheit waren durch familiäre Ereignisse geprägt und die Sorge „um all jene, für die Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit leider keine Wirklichkeit ist“ (Newman 1992, S. 650) (Fawcett 1999, S. 81). Bereits 1978 referierte Newman zu dieser Thematik und 1979 veröffentlichte sie in Buchform die erste Version ihrer Theorie mit dem Titel *Theory Development in Nursing*. Newman entwickelte ihre Theorie weiter und 1986 erschien ein weiteres Buch. Ihre Theorie wurde unter dem Namen „Theorie der Gesundheit als Bewußtseinsweiterung“ bekannt. Fawcett stützte sich in ihrer Analyse auf die Buchveröffentlichung von 1986, den Zeitschriftenartikel Newmans *Theory of Health as Praxis* (Newman, 1990a) und das Buchkapitel *Shifting to a Higher Consciousness* (Newman 1990b) (Fawcett 1999).

Newman geht davon aus, dass Gesundheit mit einer Erweiterung des Bewusstseins gleichzusetzen ist und erklärt, „daß jede Person in jeder Situation, ganz egal, wie schlimm und hoffnungslos sie erscheinen mag, Teil des universellen Prozesses des sich erweiternden Bewußtseins ist“ (Newman 1992, S. 650) (Fawcett 1999, S. 82). Newmans Theorie wird als Theorie großer Reichweite klassifiziert und ist demzufolge empirisch nicht überprüfbar; die Entwicklung ihrer Theorie ist deduktiv.

Als Phänomen des Metaparadigmas der Pflege, auf das Newman sich in ihrer Theorie bezieht, ist primär „die Gesundheit von Personen in Interaktion mit ihrer Umgebung“ Gegenstand unseres Interesses (Newman 1986, S.33), und der sekundäre Schwerpunkt liegt auf den Begriffen Person und Pflege (Fawcett ebd.). Die Newmans Arbeiten zugrunde liegenden philosophischen Überzeugungen sind bisher nicht explizit formuliert. Es wird davon ausgegangen, dass die philosophischen Wurzeln „in der Relativitäts- und Quantentheorie, in Mystizismus und in der frühen griechischen und östlichen Philosophie“ (Sarter 1988, S. 55) liegen (Fawcett 1999, S. 83). Newmans Aussagen zu ihrer Theorie entsprechen einem ganzheitlichen Ansatz (Sarter, 1988) sowie einem simultan-aktiven Weltbild (Fawcett 1999, S. 84) (vgl. Tabelle 3, Anhang). Newman selbst spricht von einem „nicht-fragmentarischen Weltbild“ (Newman 1990a, S. 39) (Fawcett ebd.) und dass in ihrer Theorie eine „von Mustern geprägte, unberechenbare, unitäre, intuitive und innovative“ Sicht auf das Leben (Fawcett ebd.) sich widerspiegeln würde. Konzeptuelle Grundlage für „Newmans Theorie der Gesundheit als Bewußtseinsweiterung“ ist Martha Rogers (1970) Lebensprozessmodell, das als „Wissenschaft vom unitären Menschen“ (Rogers 1990) bekannt geworden ist (Fawcett ebd.).

Inhalt der Theorie

Die für „Newmans Theorie der Gesundheit als Bewußtseinsweiterung“ relevanten **Begriffe** sind: *Zeit, Raum, Bewegung, Bewusstsein* und *Muster*. In Bezug auf *Zeit* und *Raum* unterscheidet sie:

- Subjektive Zeit „das während des Vergehens wahrgenommene Maß an Zeit“ (Newman 1986, S. 166),
- objektive Zeit, als messbare Zeit,
- räumlich als dreidimensional: Raum zu Leben, persönlichen Raum und inneren Raum (Newman 1979) (Fawcett 1999, S. 86).

Bewegung

wird als „eine wesentliche Eigenschaft der Materie (Newman, 1979, S. 61) und als „ein wichtiges Mittel des Kommunizierens“ angesehen (S. 62). Bewegung ist wie Newman weiter feststellt, „die Voraussetzung dafür, die Realität wahrzunehmen und sich seiner selbst bewußt zu werden“ (Newman 1983, S. 165) (Fawcett ebd.).

Bewusstsein

Newman definiert „Bewusstsein“ als „Informationskapazität des (...) Menschen, als die Fähigkeit der Person, mit ihrer Umwelt zu interagieren (Newman 1990a, S. 38). Die Erweiterung des Bewusstseins erklärt sie als „Prozeß, in dem das Individuum immer mehr es selbst wird, größeren Sinn im Leben findet und neue Tiefen der Verbundenheit mit anderen Menschen und der Welt, in der es lebt, erreicht“ (Newman 1992, S. 650) (Fawcett 1999, S. 87). Nach Newman wird der Prozess der Bewusstseinsweiterung mit dem Prozess der Gesundheit gleichgestellt (Newman 1986) (Fawcett 1999).

Muster

Zurückführend auf Martha Rogers (1970) Lebensprozessmodell, definiert Newman (1986) „Muster“ als „ein grundlegendes Merkmal alles Seienden, das Einheit in der Vielfalt konstituiert“ und als „Information, die das Ganze darstellt und ein sofortiges Verständnis aller Beziehung vermittelt“ (S.13). Muster stehen für „Bezogenheit“ und „eine Person läßt sich an ihrem ganz spezifischen Muster erkennen“ (Newman 1990a, S. 39). Newman bezeichnet Muster auch als „eine Identifikation der Ganzheit der Person“, die „das Wesen einer ganzheitlichen Sicht von Gesundheit“ (1990b, S. 132; S. 136) ausmachen. Charakteristische Merkmale von Mustern sind für Newman

Bewegung, Vielfalt und *Rhythmus*, die sich in ständiger Bewegung oder Veränderung befinden, verschiedenartig sind, sich in ihrer Beziehung zueinander verändern und durch diesen Rhythmus wiederum zur Musterbildung beitragen (S. 14). Oder anders formuliert: „Im Muster der Bewegung spiegelt sich die gesamte Struktur des Denkens und Fühlens einer Person“ (S. 59) (Fawcett S. 88).

In den Annahmen beschreibt Newman die Beziehungen zwischen den Begriffen:

- Die Beziehung zwischen *Zeit* und *Raum* als komplementär (Newman 1979, S. 60),
- *Zeit, Raum* und *Bewegung* als „Korrelate des sich entwickelnden Bewußtseins“ (1979, S. 66),
- die Verbindung von *Bewusstsein* mit *Muster* wie folgt: „Das Bewußtsein ist eine Manifestation eines evolvierenden Musters der Interaktion zwischen Person und Umwelt“ (1990a, S. 38),
- eine Verknüpfung von *Rhythmus* als Dimension von *Muster* und *Bewegung* findet ihren Ausdruck darin: „Rhythmus ist grundlegend für die Bewegung ..., [und] der Rhythmus der Bewegung ist eine integrierende Erfahrung“ (1986, S. 59-60) (Fawcett 1999, S. 89).

Pflegeausbildung

Newman weist darauf hin, dass bei Einsatz ihrer Theorie die Pflegenden auf einen persönlichen Prozess des inneren Wandels vorbereitet sein sollten und der Einsatz der Theorie die Fähigkeit erfordert, bei beobachtbaren Phänomenen wie Körpertemperatur, Blutdruck, Herzfrequenz, Tumoren, biochemischen Veränderungen, Ernährung, Körperübung und Kommunikation Muster zu erkennen (Fawcett 1999, S. 94-95).

Pflegepraxis

Newman behauptet (1986), „Das Erkennen von Mustern ist der Kern der Pflegepraxis“ (S. 18) und dieses Erkennen „erhellte die Möglichkeiten hilfreicher Handlungen“ (1990a, S. 40) (Fawcett 1999, S. 95). Das Ziel der Pflegepraxis besteht nach Newman (1986) in „einem authentischen Einbeziehungen des Patienten in einen gemeinsamen Prozeß der Mustererkennung und des Wachstums“ (S. 88) (Fawcett ebd.). Die Aufgabe der Pflegenden sieht Newman darin, den Klienten zu helfen, in den Interaktionen mit ihrer Umwelt Muster zu erkennen, um ihre Lebensmuster besser zu verstehen (1990a) auf einer höheren Ebene des Bewusstseins (Fawcett ebd.).

Praktische Nützlichkeit

Eine Vielzahl an Publikationen weist auf den praktischen Nutzen von Newmans Theorie hin:

- Als *Rezipientinnen und Rezipienten* kommen grundsätzlich nur Individuen, Familien und Gruppen in Betracht (Marchione 1986; Newman 1986),
- in *Situationen* wie Geburt, Elternschaft, Betreuung eines pflegebedürftigen Angehörigen sowie eigenen gesundheitlichen Belangen (Newman 1986) und
- *Anwendung* als klinische Verfahren, zu Diagnose und Interventionen (Fawcett 1999) (vgl. Tabelle 11, Anhang).

Kulturelle Kongruenz

„Newmans Theorie der Gesundheit als Bewußtseinsweiterung“ ist mit den gesellschaftlichen Anforderungen an die Krankenpflege kongruent. Auf Newmans Theorie basierendes Fall-Management wirkt sich positiv aus sowohl auf die Zufriedenheit der beteiligten Personen als auch auf die Kosten in Bezug auf die Verweildauer der Patienten (Fawcett 1999, S. 97).

2.2.3.2 Watsons Theorie der menschlichen Zuwendung

Ansatz der Theorie

Jean Watson entwickelte eine neue Struktur der Pflege und leistete mit ihrer Arbeit einen beachtlichen Beitrag zum Pflegewissen. Die Grundlage für die Theorie der menschlichen Zuwendung sind Watsons Publikationen in Buchform wie *Nursing: The philosophy and science of caring* (1979) und *Nursing: Human science and human care: A theory of nursing* (1985) (Pflege: Wissenschaft und menschliche Zuwendung), die Fawcett für die Analyse nutzte.

Watson stellt in den Mittelpunkt ihrer Theorie die menschliche Zuwendung und bezieht sich auf „die Begegnungen zwischen der Person, die Zuwendung spendet, und einer anderen Person, die Zuwendung erfährt“ (Watson 1989b) (Fawcett 1999, S. 176). Demzufolge widerspiegelt die Begegnung die prozessuale Beziehung zwischen der Pflegeperson und der Person, die Pflege empfängt (Pflegeprozess), und ist nach Orem Ausdruck der „kreativen Bemühungen eines Menschen, einem anderen Menschen zu helfen“ (Orem 1985, S. 132) (Fawcett 1998, S. 302).

„Watsons Theorie der menschlichen Zuwendung“ wird als „deskriptive Klassifikationstheorie“ mittlerer Reichweite bezeichnet (Fawcett 1999, S. 176) und ist empirisch überprüfbar; die Entwicklung ihrer Theorie wird als induktiv eingeschätzt. Sie bezieht sich nicht explizit auf das Metaparadigma der Pflege, aber nach Fawcetts Analyseergebnissen konzentriert sich die Theorie der menschlichen Zuwendung auf die metaparadigmatischen Begriffe "Person" und "Pflege". "Maßgeblich ist darüber hinaus die dritte mit dem Metaparadigma verbundene Annahme: Pflege ist mit den pflegerischen Aktivitäten und Prozessen befaßt, durch die sich positive Veränderungen im Gesundheitszustand herbeiführen lassen“ (Fawcett, 1999, S. 176).

Watsons Theorie, so Fawcett, ist metaphysisch, spirituell-existentiell und phänomenologisch orientiert und stützt sich auf östliche Philosophien (ebd.). Nach Watson ist ihre Theorie metaphysisch, da sie „über die bekannten existentiell-phänomenologischen Ansätze in der Pflege“ hinausgeht und „eine höhere Ebene der Abstraktion“ ins Blickfeld rückt, „ein Gefühl für das Person-Sein, das auch die Seele und die Transzendenz“ (Watson 1989b, S. 221) einbezieht (Fawcett ebd.). Für die Pflege fordert Watson ein „eigenständiges Wertesystem“ und charakterisiert die zwischenmenschliche Zuwendung als „das moralische Ideal der Pflege; ihr Ziel ist der Schutz, die Stärkung und die Wahrung menschlicher Würde“ (Watson 1989b, S. 73) (Fawcett 1999, S. 177). Nach Sellers (1991) können Watsons philosophische Überzeugungen als humanistisch bezeichnet werden. Watson selbst erklärt: „Der Kontext [meiner Theorie] ist humanitär und metaphysisch zu nennen und vereint die künstlerischen und wissenschaftlichen Aspekte der Pflege. Für letztere ist der geisteswissenschaftliche Kontext maßgebend“ (Watson 1985, S. 76). Fawcett stellte noch fest, dass „Watsons Theorie der menschlichen Zuwendung“ ein reziprokes-interaktives Weltbild zugrunde liegt (Fawcett 1999, S. 178) (vgl. Tabelle 3, Anhang).

Watson (1985) unterscheidet zwischen Gesundheit und Krank-Sein. „Gesundheit ist ein Zustand der Einheit und Harmonie zwischen Körper, Geist und Seele. Gesundheit ist gleichzusetzen mit der Kongruenz zwischen Selbstwahrnehmung und Selbsterfahrung“ (S. 48). Zum Krank-Sein äußert sich Watson wie folgt: „Krank-Sein ist ein subjektives Unwohlsein der Person, eine Disharmonie in

ihrem inneren Selbst oder ein Ungleichgewicht zwischen Körper, Geist und Seele ...“ (S. 48) (Fawcett ebd.). So besteht das Ziel der Pflege nach Watson (1985) darin, der Person zu helfen „ein größeres Maß an Harmonie zwischen Körper, Geist und Seele zu erlangen, wodurch der Prozeß der Selbsterkenntnis, Selbstachtung, Selbstheilung und Selbsthilfe gefördert wird und eine neue Offenheit entsteht“ (S. 49). Des Weiteren, so Watson, „in der eigenen Existenz und Erfahrung Sinn zu finden, die inneren Kräfte der Selbstkontrolle zu erschließen sowie Transzendenz und Selbstheilung voranzutreiben“ (S. 74) (Fawcett ebd.). Watsons Aussagen als Grundvoraussetzungen neuer Pflege“, können als Annahmen auf der Ebene eines konzeptuellen Modells gewertet werden (Watson 1985, S. 50-51) (Fawcett 1999, S. 180).

Inhalt der Theorie

Die für „Watsons Theorie der menschlichen Zuwendung“ relevanten **Begriffe** sind: *Transpersonale Zuwendung* und *Zuwendungsfaktoren*.

Transpersonale Zuwendung

Der Begriff ist definiert als „Verbundenheit von Mensch zu Mensch ... [wobei] jeder vom menschlichen Zentrum des anderen berührt wird“ (Watson 1989a, S. 131) (Fawcett 1999, S. 181).

Er besitzt vier Komponenten oder Dimensionen:

- Das *Selbst* (das reale Selbst, das ideale Selbst und das spirituelle Selbst),
- das *phänomenale Feld* (Summe der menschlichen Erfahrungen; ist individueller Bezugsrahmen der Person),
- das *tatsächliche Ereignis der Zuwendungstransaktion* (beiderseitige Handlungen und Entscheidungen, wie sie ihre Beziehungen gestalten),
- die *Intersubjektivität* (intersubjektive Beziehung) (Watson 1985) (Fawcett 1999, S. 181-182).

Zuwendungsfaktoren

Es sind Zuwendungs- oder Fürsorgefaktoren (caretive factors), bei denen es sich um pflegerische Interventionen oder konkrete Zuwendungsprozesse handelt. Relevante Faktoren sind:

1. Ein *humanistisch-altruistisches Wertesystem*; dieses ist nach Watson (1979) „eine qualitative Philosophie, die das eigene, gereifte Leben zu leiten vermag. Es bekennt sich zum Prinzip des Empfangens durch Geben als Quelle der eigenen Befriedigung und umschließt die Fähigkeit, andere Menschen liebevoll wahrzunehmen und in ihrer Vielfalt und Individualität wertzuschätzen“ (S. 11),
2. *Glaube und Hoffnung* (unterstreicht die therapeutische Wirkung),
3. *Sensibilität für sich und andere* (Empathie, ganzheitliche Pflege),
4. *Aufbau einer auf Hilfe und Vertrauen basierenden Beziehung* (zwischenmenschlicher Aspekt),
5. *Ausdruck positiver und negativer Gefühle* (bei sich und anderen erkennen und akzeptieren),
6. *ein kreativer, problemlösender Zuwendungsprozess* (Pflegeprozess – der den „vollen Einsatz des Selbst und aller Bereiche des empirischen, ästhetischen, intuitiven, affektiven und ethischen Wissens erforderlich macht“ (Watson 1989b, S. 230),
7. *transpersonales Lehren und Lernen* (Lehr- und Lernprozess),
8. *eine schützende, förderliche und/oder korrektive mentale, physische, soziale und spirituelle Umwelt* (ganzheitlicher Aspekt),
9. *menschlicher Beistand* (Rolle der Pflegeperson),
10. *existentiell-phänomenologisch-spirituelle Kräfte* (Eigenständigkeit und Identität eines Individuums) (Fawcett 1999, S. 182-183).

Als einfache Annahmen sind die Definition und Beschreibungen der transpersonalen Zuwendung und Zuwendungsfaktoren zu werten, wobei andere Annahmen den weiteren Erläuterungen Watsons zu transpersonaler Zuwendung und den Zuwendungsfaktoren zu entnehmen sind (Fawcett 1999, S. 184-187). Als Zusammenfassung der Begriffe und Annahmen kann Watsons (1989b) Formulierung gewertet werden: „Transpersonale Zuwendung ist die vollständige Umsetzung der Zuwendungsfaktoren in einer Begegnung von Mensch zu Mensch“ (S. 232) (Fawcett 1999, S. 187).

Pflegeausbildung

Watson weist darauf hin, dass ein Bekenntnis zur transpersonalen Zuwendung als moralisches Ideal und Norm der Pflege gelten müsse (1988b). Die Anwendung der Theorie erfordere besondere Vorkenntnisse mit besonderer Sicht der Pflege als Kunst und Wissenschaft der menschlichen Zuwendung (1988a). Nach dem Abschluss des Bakkalaureat-Studiengangs sollte sich ein Promotionsstudium³³ anschließen (Watson & Phillips 1992) (Fawcett 1999, S. 193). In Bezug auf die Pflegeausbildung ist für Watson (1989b) bei Anwendung ihrer Theorie folgendes relevant: Das *Curriculum* ist am moralischen Ideal der Zuwendung auszurichten und orientiert als *Lernziel* auf eine Klärung von Werten und Ansichten über das menschliche Leben. Die *Lerninhalte* umfassen philosophische Theorien der menschlichen Zuwendung, der Gesundheit und der Heilung; der Geisteswissenschaften, sozial- und bio-medizinwissenschaftliche Inhalte sowie den Prozess der menschlichen Zuwendung.

Watson (1989b) verweist auf folgende Anforderungen:

1. Menschliches Verhalten und Reaktionen auf tatsächliche oder potentielle gesundheitliche Probleme kennen.
2. Individuelle Bedürfnisse erkennen und verstehen.
3. Auf die Bedürfnisse anderer reagieren können.
4. Stärken und Grenzen einschätzen können.
5. Die Bedeutung der Situation für andere erkennen und verstehen.
6. Trost, Mitgefühl und Empathie spenden können (Fawcett 1999, S. 193-194).

Watson empfiehlt, auch Kurse zu nutzen, um künstlerische Ausdrucksform, Musik, Literatur, Lyrik, Theaterspiel und Bewegung als neue Heilmethoden zu erschließen (Watson 1988a) (Fawcett 1999, S. 94).

Pflegepraxis

In Anlehnung an den 10. Zuwendungsfaktor, der die Eigenständigkeit und Identität eines Individuums unterstreicht, ist es nach Watson (1979) Aufgabe der Pflegeperson, die die Theorie der menschlichen Zuwendung in ihrer pflegerischen Tätigkeit anwendet: „Mit dem anderen so umzugehen, wie er tatsächlich ist und dabei nicht aus den Augen zu verlieren, was er gerne sein würde oder könnte (...)“ (S. 205). Des Weiteren weist Watson darauf hin, dass bei Anwendung der Theorie der menschlichen Zuwendung zu beachten ist, dass die ganzheitliche Pflegepraxis immer die

³³ Watson verweist auf den Studiengang an der University of Colorado, der im Jahre 1990 eingeführt wurde und den Erwerb des Titels *Doctorate of Nursing* (ND) vorsieht. Das Curriculum umfasst ein vierjähriges Studium und setzt sich aus folgenden Kernbereichen zusammen: Klinische Wissenschaft, Kunst und Geisteswissenschaft, Pflegewissenschaft unter besonderer Berücksichtigung der menschlichen Zuwendungsbeziehung, berufsspezifischen und ethischen Grundsatzfragen sowie einem einjährigen Vollzeitpraktikum (Fawcett 1999, S. 193).

Integration aller 10 Zuwendungsfaktoren erfordert. Watson (1979) erklärt: „Keiner der Faktoren kann allein wirksam sein. In ihrer Ausbildung und ihrer Pflegepraxis müssen Pflegende daran arbeiten, die Faktoren zu integrieren, wenn sie positive Auswirkungen auf die Gesundheit bewirken wollen“ (S. 214) (Fawcett 1999, S. 194).

Praktische Nützlichkeit

Als Hinweise auf die Nützlichkeit der Theorie sind Beispiele zu nennen, wie Jones' (1991) Modell der AIDS-Aufklärung für Jugendliche – ein Leitfaden, der auf Zuwendungsfaktoren basiert, das Denver Nursing Project in Human Caring (DNPHC), ein Zentrum zur Betreuung HIV-infizierter Patientinnen und Patienten, welche von Pflegenden geleitet wird (Lyne und Waller 1990), die pflegerische Betreuung von Frühgeborenen und deren Eltern (Sithichoke-Rattan 1989). Aucoin-Gallant (1990) beschreibt den Einsatz der Zuwendungsfaktoren in der Pflegepraxis (Fawcett 1999, S. 195). Die Publikationen geben erste Hinweise dafür, dass die Theorie der menschlichen Zuwendung praktisch umsetzbar und für verschiedene klinische Probleme geeignet ist. In klinischen Verfahren lassen sich Watsons Zuwendungsfaktoren nutzbringend umsetzen.

Kulturelle Kongruenz

Obwohl die Beispiele positiv für die Anwendung der Theorie der menschlichen Zuwendung sprechen, ist einerseits die Kompatibilität dieser Handlungen mit den Erwartungen an die Pflegepraxis und andererseits, welche Auswirkungen sie auf Pflegende und deren Patienten haben, noch nicht ausreichend untersucht (vgl. Fawcett 1999). Walker (1989) weist darauf hin, dass die Vorstellung von der menschlichen Zuwendung „möglicherweise als moralisches Ideal aller helfenden Beziehungen in Frage kommt – der zwischen Seelsorger und Sünder ebenso wie der zwischen Arzt und Patient oder zwischen Therapeut und Klient. In diesem Fall wies Watson weit über den Bereich der Pflege hinaus“ (S. 154) (Fawcett 1999, S. 196).

2.2.4 Weitere Pflegemodelle und Konzepte

Da diese Modelle und Konzepte auf einem medizinischen Denkmodell beruhen und in der Fachliteratur auch die Bezeichnung „Medizinische Modelle der Pflege“ vorzufinden ist (vgl. Aggleton/Chalmers 1989), soll zunächst ein kurzer Überblick über die Entwicklung der Medizin gegeben werden. Danach werden die Modelle von Virginia Henderson und Nancy Roper et al. vorgestellt. Das „medizinische Modell“ soll verstanden werden als ein Pflegemodell, das sehr medizinorientiert ist, und solche Modelle sich vor allem an Krankheiten orientieren. Noch vor dem 19. Jahrhundert war die Medizin hauptsächlich „ganzheitlich“³⁴ orientiert, und in Diagnostik und Therapie wurden die Beziehungen des Patienten zu seiner Umwelt berücksichtigt (Fitzpatrick, 1983) (Aggleton/Chalmers 1989, S. 6).

³⁴ Was zu dieser Zeit unter Ganzheitlichkeit verstanden wurde, ist mit dem heutigen Terminus nicht mehr vergleichbar. Die frühere Form von „ganzheitlich“ bezog sich auf Deutungsmuster, die insbesondere spirituellen Ursprungs waren, aus denen „Heilkundige“ ihre Ideen schöpften, z.B. den Aderlass. Oder: Die Homöopathie als eine Heilmethode mit pflanzlichen Auszügen in hochpotenzierten Verdünnungen, deren Wirkstoffe Reize unterschiedlicher Stärke auslösen, um so das „Ungleichgewicht“ im menschlichen Organismus zu regulieren.

Im Folgenden wandelte sich der Ansatz der Schulmedizin hin zu den anatomischen, physiologischen und biochemischen Problemen, also der Funktionalität und ihren Regulationsstörungen, was sicher auch im ursächlichen Zusammenhang mit dem rasanten Fortschritt der Medizin in Diagnostik und Therapie zu tun hat und darin begründet ist; stark beeinflusst durch die naturwissenschaftlich-technische Revolution und den damit verbundenen enormen Wissenszuwachs, vor allem in der Molekularforschung. Vorläufer sind in der Entwicklung von Vorwissenschaften zu sehen, z.B. der Optik, durch die erst eine mikroskopische Betrachtung der Krankheitskeime möglich wurde und jener Zeit sensationelle Entdeckungen zuzuschreiben sind. So ist auf dem Gebiet der Bakteriologie insbesondere Robert Koch (1843-1910) als Entdecker des Milzbrandbazillus und des Tuberkelbazillus, der Choleravibrionen sowie der Methodik der chemischen und physikalischen Desinfektion zu nennen. Oder: Ignaz Semmelweis (1818-1865), der in der Geburtshilfe zur Bekämpfung des Kindbettfiebers die chemische Händedesinfektion einführte und als „Retter der Mütter“ berühmt wurde. Zwischen den Entdeckungen vergangener Zeiten und den heutigen Möglichkeiten der Medizin, hochmoderne Technologien in Diagnostik und Therapie (z.B. Elektronenmikroskop, Computer- und Lasertechnik) einzusetzen, liegt nur eine verhältnismäßig geringe Zeitspanne, in der die Medizin als wissenschaftliches Fach sich zwar sehr spezialisiert hat, aber die medizinischen Ansätze sich durchgängig krankheitsorientiert entwickelt haben und die Behandlung primär auf Krankheitssymptome konzentriert ist³⁵.

So beruht das Denk- und Handlungsmuster, das einem naturwissenschaftlich-medizinischen Modell zugrunde liegt, auf der Annahme von biologischen Fehlfunktionen im menschlichen Organismus, die ein entsprechendes Eingreifen des Arztes oder der Pflegeperson erforderlich machen. Der Mensch ist zum Objekt geworden und wird als solches auch betrachtet. Diese Sichtweise ist krankheitsorientiert ohne Einflussnahme auf Gesundheitsförderung oder Prävention und entspricht keineswegs mehr den gesellschaftlichen Erwartungen, die an die Krankenpflege gestellt werden. Unberücksichtigt bleiben hierbei auch gesundheitsschädigende Einflüsse wie politisch, ökonomisch und sozial bedingte Faktoren, die beim Menschen die Funktionalität des Organismus erheblich beeinträchtigen bzw. krankmachende Auswirkungen haben können.

Der Charakter des medizinischen Denkmodells hat sich in den vergangenen Jahren verändert, sowohl in der Medizin als auch in der Pflege. Durch psychologische und soziologische Einflüsse entwickelt sich heute das „medizinische Modell“ in Richtung eines (psycho-)medizinischen Modells, und es bleibt zu hoffen, dass Ganzheitlichkeit im Sinne von Aaron Antonovskys Modell der Salutogenese eher ihren Platz finden kann. Mit der Einführung des Pflegeprozesses, dem ein Pflegemodell zugrunde liegen muss, um ihn in allen Phasen auch patientenorientiert durchführen zu können, erhält die Pflege einen eigenständigen Verantwortungsbereich³⁶ und ist in Bezug auf pflegerische Handlungen nicht mehr vom Arzt weisungsabhängig.

³⁵ Wilfried Schmidt beschreibt die Konstellation zwischen Medizin und Menschenbild von der historischen Konzeption der Wissenschaft bis zur Zeit der Postmoderne und versucht, eine ganzheitliche Sichtweise im Spannungsfeld zwischen Krankheit und Heilung in dem Aufsatz „Moderne Medizin und Menschenbild. Vom Objekt zum Individuum“ darzulegen (vgl. Schmidt 2007).

³⁶ Florence Nigthingale begann als erste Krankenschwester in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts die Pflege als theoretisches Modell, unabhängig von der Medizin, auf der Basis des physischen, psychologischen und sozialen Umfeldes darzustellen (vgl. Kristel 1997).

Die Darstellung der beiden Pflegemodelle (Henderson, Roper/Logan/Tierney) erfolgt analog zur Kategorisierung der konzeptuellen Modelle der Pflege (vgl. 2.2.2).

2.2.4.1 Hendersons Pflegemodell

Ursprung des Modells

Das Pflegemodell von Virginia Henderson ist wohl eines der bekanntesten Modelle der Pflege. Der Ursprung des Modells ist auf das Jahr 1955 zurückzuführen, als sie begann, ihr erstes Pflegemodell zu erstellen, das auch nachfolgend als Grundlage zur Entwicklung eines Curriculums genutzt wurde. In den Mittelpunkt ihres Modells stellte Henderson die biologischen Grundbedürfnisse des Menschen, wobei sie später auch auf die Bedeutung der psychologischen und sozialen Probleme eingegangen ist. International bekannt geworden ist Virginia Henderson durch ihre Mitarbeit im Krankenpflege-Komitee des Weltbundes, in dessen Auftrag sie die „Grundregeln der Krankenpflege“ (1969) zusammenstellte (Henderson, 1977).

V. Henderson (1966) hat ihr Pflegemodell auch weiterentwickelt und unterschiedliche Einflüsse in ihre Arbeit aufgenommen, so hat sie Erkenntnisse gewonnen sowohl aus dem Interaktionismus als auch aus dem Behaviorismus. Ihre Forderung, dass die Pflegeperson verbale und nonverbale Äußerungen des Patienten zu beachten hat und diese auch zu interpretieren in der Lage sein sollte, entstammte den Einflüssen des Behaviorismus und Interaktionismus. Auch Wiedenbachs (1964) Forderungen nach beratender Funktion der Pflegepersonen berücksichtigte sie in ihrem Modell (Aggleton/ Chalmers 1989).

Die Reichweite des Pflegemodells ist relativ gering und bezieht sich fast ausschließlich auf die Einzelperson; die pflegerischen Aktivitäten sind krankheitsorientiert, wobei interagierende Prozesse einerseits zwischen Person und Pflege erkennbar sind, andererseits zu vermuten sind in der Verbindung von Pflege und Umwelt sowie Pflege und Gesundheit. Hendersons Vorgehensweise bei der Entwicklung ihres Modells ist vor allem induktiv geprägt, enthält aber auch deduktive Ansätze, indem sie Einflüsse aus anderen Wissensbereichen aufnimmt. Charakteristisch für das Pflegemodell ist das Menschenbild. Henderson ist überzeugt, dass jeder Mensch als Individuum bestimmte Bedürfnisse mit anderen Menschen gemeinsam hat (vgl. Maslows „Grundbedürfnisse des Menschen“).

Besonderer Schwerpunkt

Den besonderen Schwerpunkt des Hendersonschen Modells stellen die „Grundregeln der Krankenpflege“ dar, die vor allem „für den Dienst am Kranken und Hilfsbedürftigen gedacht“ sind (Henderson 1977, S. 7). Sie geht davon aus, dass die Grundregeln der Krankenpflege auf alle Lebensabschnitte und überall anwendbar sind, sowohl in der Familie und im Krankenhaus, als auch in den Schulen und Betrieben. Henderson bezieht sich bei der Beschreibung der pflegerischen Hilfeleistung auf Einzelpersonen.

Zentrale Begriffe

Obwohl V. Henderson als **Person** von Einzelpersonen spricht, denen pflegerische Hilfeleistungen zuteil werden sollen, erklärt sie an einer anderen Stelle im Kontext der Schwesternrolle, „viele

pflegen häufiger Gruppen von Menschen als Einzelpersonen“ (Henderson 1977, S. 12) und es kann auch sein, „daß sie mehr **Gesundheitspflege** als Schwerkrankenpflege“ betreiben (ebd.). Sie beschreibt „die besondere Funktion der Schwester“, die in der „Hilfeleistung für den einzelnen, ob krank oder gesund“, besteht, „in der Durchführung jener Handreichungen, die zur Gesundheit oder Genesung beitragen (oder zu einem friedlichen Tod), welche der Kranke selbst ohne Unterstützung vornehmen würde, (...) Die Hilfeleistung hat in der Weise zu geschehen, daß der Kranke so rasch wie möglich seine Unabhängigkeit wieder erlangt“ (Henderson 1977, S. 10). Fitzpatrick und Wall (1983) argumentieren, „daß Henderson die Rolle der Pflegeperson als Vermittler zwischen dem Patienten und seiner **Umwelt** sieht“ (Aggleton/ Chalmers 1989, S. 9).

Henderson *definiert Pflege* wie folgt: „Das notwendige Wissen über sofortige oder auch längerdauernde körperliche Pflege von Einzelpersonen sowie die seelische Unterstützung und Wiedererziehung hilfsbedürftiger Menschen erheben die Krankenpflege zu einem Dienst höchsten Ranges. Viele der damit verbundenen Tätigkeiten sind einfach, sie werden erst durch die Anpassung an die besonderen Bedürfnisse des Patienten kompliziert“ (Henderson 1977, S. 11). Das *Ziel der Pflege* ist es, die Unabhängigkeit des Menschen möglichst zu erhalten oder so schnell wie möglich wieder herzustellen. So sind die pflegerischen Maßnahmen jeweils nach den persönlichen Bedürfnissen der Patienten zu modifizieren und ggf. zu ergänzen. Den *Inhalt der Pflege* stellen die 14 Grundbedürfnisse des Menschen dar (vgl. Tabelle 8, Anhang). Henderson bezieht sich nicht direkt auf den Pflegeprozess, fordert aber, dass Planung und Zielsetzung der Pflege zusammen mit den Patienten erarbeitet werden sollen.

Pflegeausbildung

Bei der Erstellung des Lehrplans soll herausgearbeitet werden: Wann, wo und wie die Grundbegriffe der Pflege zu erlernen sind, wie man diese bei Einzelpersonen anzupassen hat und bei krankhaften Zuständen modifiziert (Henderson 1977, S. 15).

Pflegepraxis

Hendersons Grundregeln der Krankenpflege sind einsetzbar:

- *Ort* (im Krankenhaus, in Schulen und Industriebetrieben usw.),
- *Rezipientinnen und Rezipienten* (Individuum, Familie) und
- *Pflegeprozess* (Einschätzung, Pflegeplanung, Pflegemaßnahmen, Evaluation).

Praktische Nützlichkeit

Der praktische Nutzen ist gegenüber konzeptuellen Modellen eher begrenzt. Zu nennen sind: Die krankenpflegerische Grundausbildung, für Hebammen bei der Betreuung einer gesunden Mutter, in der psychiatrischen Pflege, bei der viele Patienten imstande sind, sich selbst zu helfen, in einer großen chirurgischen Abteilung, deren Patienten zumindest für kurze Zeit sehr hilflos sind (Henderson 1977, S. 8) und für Standards³⁷ der Grundpflege (S. 15).

³⁷ Standards sind in diesem Kontext als Normative pflegerischen Handelns zu verstehen, in denen für die Ausführung bestimmter Tätigkeiten Regeln festgelegt wurden und diese zu beachten sind, z.B. bei der Körperpflege des Patienten sind es ethische und hygienische Aspekte, aber auch die Erkrankung bzw. der Allgemeinzustand der Person, die pflegerisch zu versorgen ist, ist zu berücksichtigen (entsprechend dem Selbstpflegedefizit). Standards können auch Angaben zu den jeweils benötigten Materialien sowie zur Vorgehensweise enthalten.

Kulturelle Kongruenz

„Hendersons Pflegemodell“ entspricht nicht in vollem Umfang den gesellschaftlichen Erwartungen an die Krankenpflege in Bezug auf das Tätigkeitsfeld, die Gesundheitsförderung und Prävention. Es wäre auch der Frage nachzugehen, ob die Pflegepersonen mit Hilfe des Modells ausreichende Kompetenzen erlangen, um ihre Pflege selbständig planen, ausführen und bewerten zu können. „Hendersons Pflegemodell“ hat sich sowohl in der Pflegeausbildung als auch in der Pflegepraxis bisher bewährt, obwohl festgestellt werden kann, dass die Ausbildung auf berufsbildender Ebene erfolgte. Das Pflegemodell ist für die Ausbildung auf berufsbildender Ebene geeignet mit besonderer Ausrichtung auf Kenntnisse und Fertigkeiten, in der die kommunikative Stoffvermittlung im Vordergrund steht und aktive Lehr- und Lernformen weniger in Frage kommen.

2.2.4.2 Das Roper-Logan-Tierney-Modell (RLT-Modell)

Ursprung des Modells

Das Modell der Lebensaktivitäten ist in Europa ein bekanntes Pflegemodell und wie Hendersons Modell nicht pflegewissenschaftlichen Ursprungs, sondern hat seinen Pflegeansatz im medizinischen Modell. Der Ursprung des Modells ist auf das Jahr 1976 zurückzuführen, als Nancy Roper ihre Forschungsarbeiten als Monografie unter dem Titel *Clinical Experience in Nurse Education* (1976) veröffentlichte. Auf dieser Grundlage entstand die Zusammenarbeit mit Winifred Logan und Alison Tierney und 1980 die erste Buchveröffentlichung ihrer gemeinsamen Arbeit *Die Elemente der Krankenpflege* (Originaltitel: *Principles of Nursing*).

Weitere verbesserte Auflagen der *Elemente der Krankenpflege* folgten in den Jahren 1985, 1990, 1996. Als jüngste Publikation erschien im Jahr 2000 das Buch unter dem Titel *Das Roper-Logan-Tierney-Modell* (*The Roper Logan Tierney Model of Nursing*). Das RLT-Modell ist eine Monografie der Autorinnen und eine abschließende Darstellung des Modells. Die Anregung, eine Monografie zu verfassen, bekamen sie auf dem Internationalen Pflege theorienkongress im Jahr 1997 in Nürnberg.

N. Ropers philosophische Überzeugungen basieren auf dem Realismus, was in ihrem Modell auch als wirklichkeitsnahe Darstellung in Form des Lebensmodells, das sich auf die Lebensaktivitäten³⁸ bezieht, zum Ausdruck kommt. Charakteristisch für das Pflegemodell ist das Menschenbild, denn Roper orientiert sich am beobachtbaren Verhalten des Menschen, was sicher das Ergebnis ihrer Versuche ist, unterschiedliche Erkenntnisse, die sie aus ihren Studien der Physiologie, Psychologie und Krankenpflege bezogen hat, miteinander zu verknüpfen (Aggleton/ Chalmers 1989).

Für die Entwicklung des Modells wurde die induktive Methode genutzt. Die Reichweite des RLT-Modells ist sehr gering; es ist inhaltlich realistisch dargestellt und sehr auf den kognitiven Bereich bezogen, ohne besondere Merkmale für die Bewusstseinsausprägung (Einstellungen). Das Pflegemodell ist ausschließlich auf die Einzelperson bezogen, umfasst die Lebensaktivitäten, die Lebensspanne und ist krankenhausorientiert. Die Faktoren, welche die Lebensaktivitäten beeinflussen, weisen große Ähnlichkeiten mit Betty Neumans fünf Variablen und Dorothea Orem's Umweltmerkmalen auf.

³⁸ In Bezug auf Maslows Analyse der menschlichen Motivation („Bedürfnispyramide“).

Unter dem Begriff Abhängigkeits-/ Unabhängigkeits-Kontinuum ist die Polarisierung von Gesundheit – Krankheit sowie Krankheit – Gesundheit mit ihren fließenden Übergängen zu verstehen, ähnlich beschrieben von Neuman und Orem unter dem zentralen Begriff „Gesundheit“, zugehörig zum Metaparadigma der Pflege. Das RLT-Modell orientiert auf Gesundheitsförderung und -erhalt sowie Prävention mit dem Versuch, sich von der krankheitsorientierten Pflege abzuwenden, wobei es dem Anwender überlassen bleibt, denn konkrete Hinweise für das Curriculum der Ausbildung und für die Pflegepraxis sind nicht vorzufinden.

Besonderer Schwerpunkt

Der besondere Schwerpunkt des RLT-Modells ist darin zu sehen, dass das Pflegemodell auf dem Lebensmodell beruht, das sich wiederum auf die Lebensaktivitäten (LA) des Menschen bezieht. Roper/ Logan und Tierney haben in ihrem Modell die Komplexität des Lebens und der Pflege berücksichtigt, den Schwerpunkt auf Gesundheit gerichtet und den Versuch unternommen, sich von der auf Krankheit orientierten Pflege abzuwenden. Nach Tomey ist das Modell relativ einfach entwickelt, und „diese Einfachheit führt dazu, daß das Modell leicht verständlich, relevant und in der Pflegepraxis anwendbar ist“ und sich als hilfreich erweist, „wenn es um die Frage der Individualisierung der professionellen Pflege geht“ (Roper/ Logan/ Tierney 2002, S. 11f).

Zentrale Begriffe

Das RLT-Modell besteht aus den Konzepten *Lebensmodell* und *Pflegemodell* und den fünf Hauptkomponenten: (1) *Lebensaktivitäten/LA*, (2) *Lebensspanne*, (3) *Abhängigkeits-/ Unabhängigkeits-Kontinuum*, (4) *Faktoren, welche die LA beeinflussen* und (5) *Individualität/ Individualisierung der Pflege*. Die fünf Hauptkomponenten beider Modelle sind in den ersten vier gleich, unterscheiden sich aber in der fünften Komponente, der *Individualität*, die sich im Pflegemodell als *Individualisierung der Pflege* auf den Pflegeprozess bezieht. Um zunächst einen Überblick über das RLT-Modell zu erhalten, werden die Modelle und Komponenten nachfolgend kurz dargestellt (vgl. Tabelle 9, Anhang).

Das *Lebensmodell* ist Ausdruck der Komplexität des Lebens, in das Erkenntnisse aus den Naturwissenschaften, den Sozialwissenschaften und den Geisteswissenschaften einfließen und einen Einblick in das Wesen des Menschen ermöglichen (ebd., S. 27). Das Lebensmodell bezieht sich auf die (1) *Lebensaktivitäten*, aufgezeichnet in Tabelle 9, Anhang). Das *Pflegemodell*, basierend auf dem Lebensmodell, erfasst nach Ansicht der Autorinnen den „Kern“ der professionellen Pflege (ebd., S. 91). Annahmen, die dem Modell zugrunde liegen, beschreiben die Beziehungen der Komponenten untereinander (vgl. Tabelle 10, Anhang).

Die (2) *Lebensspanne* als zweite Komponente im RLT-Modell reicht von der Geburt bis zum Tod, und die Phasen beschreiben eine bestimmte Lebensetappe vom Säugling bis zum Alter. Nach Ansicht der Autorinnen ist es wichtig, die Lebensspanne als Komponente im Modell zu berücksichtigen, da die Pflege sich auf Menschen aller Altersgruppen erstreckt.

In der Komponente (3) *Abhängigkeits-/ Unabhängigkeits-Kontinuum* wird der fließende Übergang zwischen Abhängigkeit und Unabhängigkeit (Krankheit und Gesundheit oder Wohlbefinden) der Person als Individuum deutlich und charakterisiert den Grad der Hilfsbedürftigkeit (vgl. auch Neumann

und Henderson). Roper/ Logan und Tierney definieren Unabhängigkeit als die „Fähigkeit, eine LA ohne fremde Hilfe auf einem persönlich und gesellschaftlich akzeptablen Standard auszuführen“ (2002, S. 72). Diese Komponente wird zu jeder LA in Beziehung gesetzt und entsprechend den Lebensphasen sowohl im Lebensmodell als auch im Pflegemodell ausführlich erläutert (vgl. Tabelle 9, Anhang).

Die (4) Faktoren, welche die LA beeinflussen, widerspiegeln die Wissenschaftsbereiche, aus denen Erkenntnisse in das Lebensmodell einfließen, und die wie Roper et al. erklärten, die Komplexität des Lebens ausmachen. Es sind biologische, psychologische, soziokulturelle, umgebungsabhängige und wirtschaftspolitische Faktoren. In der Tabelle 9 (Anhang) sind die Faktoren und die entsprechenden Merkmale aufgeführt und jeweils dem Lebensmodell resp. dem Pflegemodell zugeordnet.

Wie bereits schon erwähnt wurde, sind die bisher beschriebenen Komponenten für beide Modelle gleich, nur die fünfte Komponente (5) unterscheidet sich von der im Lebensmodell zum Pflegemodell. Im Lebensmodell ist es die *Individualität*, die sich im Leben widerspiegelt, während im Pflegemodell es um die *Individualisierung der Pflege* im Pflegeprozess geht, d.h., die pflegerischen Handlungen sind im Rahmen des Pflegeprozesses auf den Patienten und mit ihm abzustimmen bzw. unter seiner Mitwirkung festzulegen.

Das RLT-Modell bezieht sich anstelle von **Person** auf den einzelnen Menschen, was auch durch die Formulierung „Lebensaktivitäten und der einzelne Mensch“ deutlich wird (Roper/ Logan/ Tierney 2002, S. 99). Auch in den Annahmen, die dem RLT-Modell zugrunde liegen, sind die Aussagen nur auf den einzelnen Menschen bzw. auf Individualität bezogen (ebd., S. 93f). An anderer Stelle erklären die Autorinnen, dass mit dem Konzept der Faktoren, welche die LA beeinflussen, „der Vielseitigkeit und Komplexität der Individualität von Patienten, Familien und Gemeinschaften Rechnung zu tragen“ (S. 164) sei. In den Annahmen sind Aussagen zur Beschreibung der Beziehungen vereinzelt erkennbar wie z. B. die Wechselbeziehung zwischen Person und Umwelt oder die Verbindung zwischen Gesundheit und Pflege, wenn es heißt:

„Im Kontext der Gesundheitserziehung gehen Pflegende mit dem Patienten/Klienten eine professionelle Beziehung ein, wobei der Patient/Klient nach Möglichkeit eine autonome, urteilsfähige Person bleibt. [Oder] Das Konzept der potentiellen Probleme bezieht sich auf die Gesundheitsförderung und -erhaltung sowie auf Krankheitsverhütung; zu dem bestimmt es die Rolle des professionell Pflegenden als Gesundheitserzieher, selbst in Krankheitsfällen.“ (Roper/Logan/Tierney 2002, S. 94).

Pflege wird *definiert* als eine Form der Unterstützung, die darin besteht, „dem einzelnen Menschen zu helfen, (aktuelle oder potentielle) Probleme mit den LA zu vermeiden, zu lindern, zu lösen oder aber positiv damit umzugehen“ (ebd., S. 94). Das *Ziel der Pflege* ist es, eine dem Patienten angepasste individualisierte Pflege zu gewähren, die auf Gesundheitsförderung und -erhaltung sowie Prävention orientiert. Der *Inhalt der Pflege* wird durch die 12 Lebensaktivitäten, die Bestandteil des Lebensmodells sind, bestimmt. Im Pflegemodell wird auf die Lebensaktivitäten des einzelnen Menschen Bezug genommen entsprechend seiner Altersstufe (vgl. Tabellen 9 und 10, Anhang). Roper/ Logan/ Tierney beziehen sich direkt auf den Pflegeprozess und fordern die Individualisierung der Pflege unter Beteiligung des Patienten. Der Pflegeprozess umfasst: Einschätzen, Planen, Durchführung des Pflegeplanes und Bewerten.

Pflegeausbildung

Das RLT-Modell wird in der theoretischen Ausbildung eingesetzt und die Lerninhalte beziehen sich auf die Lebensaktivitäten.

Pflegepraxis

Das RLT-Modell hat in der Praxis eine vorrangige Bedeutung erhalten, insbesondere in Verbindung mit dem Pflegeprozess und der Gesundheitspflege, wodurch die Eigenständigkeit der Pflegenden gefördert wurde. Der Einsatzort des Modells ist das Krankenhaus, und die Rezipientinnen und Rezipienten sind Einzelpersonen, aber auch Familien und Gemeinschaften wurden genannt.

Praktische Nützlichkeit

Das RLT-Modell ist in Europa ein beliebtes Pflegemodell; es ist sehr praxisnah und durch seine Einfachheit wird es von vielen Pflegenden geschätzt. Es wurde in acht Sprachen übersetzt. Die Autorinnen vertreten das Modell als ein gesundheitsförderndes Konzept für die Pflegepraxis und verweisen auf Aussagen von Meleis (1997), sie hat das Modell als eine „kohärente Darstellung der Alltäglichkeiten der Arbeit von Pflegenden“ bezeichnet. Newton (1992) sagte „Das RLT-Modell basiert auf Ideen, die aus der Praxis stammen, und kann deshalb in der Praxis als nützlich angesehen werden – für reale Pflegende, die reale Menschen pflegen.“ (Roper/ Logan/ Tierney 2002, S. 165).

Kulturelle Kongruenz

Am RLT-Modell wird die übermäßige Einfachheit kritisiert, die zu starke Krankenhaus- und Problemorientierung sowie die biologische Ausprägung. Parker (1997) bezeichnet das RLT-Modell als einen „medizinisch orientierten, materialistischen und reduktionistischen Ansatz“, maßregelt und warnt davor, dass „wir zu leicht etwas verwerfen, was leicht verständlich und einfach ist und tatsächlich zusammen mit der medizinischen Praxis funktioniert“ (Roper/Logan/Tierney 2002, S. 163f). Die Monografie erscheint als eine Rechtfertigung der Autorinnen gegenüber den Kritikern im eigenen Land und den amerikanischen Pflege-theoretikerinnen, die das RLT-Modell nicht als wissenschaftlich fundierte Arbeit akzeptieren. Um Fawcetts Frage nachzugehen „Wie allgemein **muss** ein Werk sein, um als konzeptuelles Werk gelten zu können“ (1998, S. 41) sowie die Frage der Autorinnen aufzugreifen, ob ihr RLT-Modell ein konzeptuelles Modell ist, stellt die Autorin der vorliegenden Arbeit die Gegenfrage: Wie allgemein **darf** ein Modell sein, um als konzeptuelles Werk gelten zu können? Meleis's und Newtons Einschätzungen deuten darauf hin, dass es ein Modell ist, das für die „Alltäglichkeiten der Arbeit von Pflegenden“ nützlich sein kann bzw. „für reale Pflegende, die reale Menschen pflegen“ (Roper/Logan/ Tierney 2002, S. 165). So ist das RLT-Modell für ein Ausbildungscurriculum auf berufsbildender Ebene zum Erwerb pflegerischer Grundfertigkeiten geeignet, und es wurde bisher auch für die theoretische Ausbildung genutzt.

2.3 Zusammenfassung

Zunächst werden die Arbeiten der Pflege-theoretikerinnen nach ihrer pflegewissenschaftlichen Position wie folgt zusammengefasst:

Betty Neumann gründet ihr Systemmodell auf Ganzheitlichkeit (Holismus) und verfolgt dabei den Leitspruch "Einander leben helfen". In diesem Zusammenhang bringt sie die Pflege primär mit umweltbedingten Stressoren, auf die möglicherweise das Klientensystem reagieren kann, in Verbindung und erwartet ihrerseits von der Pflege, dass sie in solchen Situationen angemessen interveniert. Dem Systemmodell liegt der Anspruch an die Pflege zugrunde, dass sie in diesem Interaktionsprozess einerseits die Auswirkungen vorhandener Stressoren mindert und andererseits die Widerstandskraft des Klientensystems erhöht. Das Ziel der Pflege sieht Neumann darin, die Gesundheit des Klienten durch Bewahren, Wiederherstellen und Aufrechterhalten seiner Stabilität zu fördern, und stellt inhaltlich die primäre, sekundäre und tertiäre Prävention in den Mittelpunkt pflegerischer Handlungen.

Dorothea Orem sieht in der Anwendung ihres Pflegemodells das Ziel darin, dem Patienten die Selbsttätigkeit wieder zu ermöglichen und erklärt, dass die Pflegeperson regulierend in Situationen der mangelnden Selbstpflege eingreift und den erforderlichen Input gibt, was unter Pflege-Handlungskompetenz zu verstehen ist und die Beziehungsebene zwischen Patienten und Pflegeperson reflektiert.

Margaret Newman geht davon aus, dass Gesundheit mit einer Erweiterung des Bewusstseins gleichzusetzen ist. Sie bezieht sich in ihrer Theorie primär auf die Gesundheit von Personen in der Interaktion mit ihrer Umgebung und sieht die Aufgabe der Pflegenden darin, den Klienten dabei zu helfen, Muster in diesem Interaktionsprozess zu erkennen, um ihre Lebensmuster besser zu verstehen (Fall-Management).

Jean Watson stellt in den Mittelpunkt ihrer Theorie die menschliche Zuwendung und bezieht sich auf die prozessuale Beziehung in der Begegnung zwischen Pflegeperson, die Zuwendung gibt, und der Person, die Zuwendung erfährt (Pflegeprozess), wobei sie die Eigenständigkeit und Identität der Person unterstreicht. Bei Anwendung ihrer Theorie in der pflegerischen Tätigkeit erwartet Watson, dass sich die Pflegeperson in den Wissensbereichen der menschlichen Zuwendung und dem Prozessgeschehen auskennt, um mit der anderen Person ihrer Individualität entsprechend auch umgehen zu können (Werte, Ansichten etc.).

Des Weiteren sollen die für die vorliegende Arbeit wesentlichen Aspekte noch einmal zusammengefasst dargestellt werden (vgl. Tabelle 11, Anhang).

Die konzeptuellen Modelle (Neuman, Orem) und die spezifischen Pflege-theorien (Newman, Watson) sind Theorien und Modelle, die Interaktionsprozesse aufzeigen, d.h. die prozessualen Beziehungen zwischen den Phänomenen des Pflegeparadigma (Person, Umwelt, Gesundheit und Pflege) charakterisieren sowie Standort und Kompetenzen der Pflegepersonen zu der Person, die Pflege empfängt, verdeutlichen. Sie sind wissenschaftlich fundiert, ihre Reichweite ist inhaltlich ausreichend bzw. gehören sie zu den Theorien großer Reichweite (Newman) und mittlerer Reichweite (Watson). Die Pflegemodelle von Henderson und Roper et al. sind nicht wissenschaftlichen Ursprungs und ihre inhaltliche Reichweite ist relativ gering.

Als philosophische Grundüberzeugungen überwiegen Ganzheitlichkeit und der humanitäre, metaphysische Ansatz; das Weltbild ist vorwiegend reziprok-interaktiv (Neuman, Orem, Watson)

und simultan-aktiv (Newman) ausgerichtet, während Pflegemodelle, welchen die Eigenschaft eines Menschenbildes zugrunde liegt, diesem zuzuordnen sind (Hendersons Pflegemodell, RLT-Modell).

Das Metaparadigma der Pflege (nach Fawcett) stellt mit den für diese Disziplin relevanten Phänomenen *Person, Umwelt, Gesundheit* und *Pflege*, und den allgemeinen Aussagen, die die Beziehungen zwischen den vier Begriffen beschreiben, sowohl für die Pflegeausbildung als auch für die Pflegepraxis einen wesentlichen Schwerpunkt dar (vgl. Tabelle 11, Anhang). Die Phänomene des Metaparadigmas der Pflege werden von den Pflegeetheoretikerinnen verschieden interpretiert (z.T. mit eigenen Begriffen belegt); sie erhalten somit eine unterschiedliche Wertigkeit bzw. Gewichtung im konzeptuellen Modell oder für die spezifische Theorie, was auch als besonderer Schwerpunkt charakterisiert ist (vgl. Tabelle 11, Anhang).

In Bezug auf die Pflegeausbildung enthalten die konzeptuellen Modelle (Neuman, Orem) und die spezifischen Theorien der Pflege (Newman, Watson) konkrete Angaben zum Curriculum, zu Lernziel, Lerninhalt und den Lehr- und Lernformen. Angesiedelt ist die Ausbildung vorwiegend im tertiären Bildungsbereich, während die Pflegemodelle von Henderson und Roper et al. der berufsbildenden Ebene entsprechen. International sind alle Modelle und Theorien anerkannt, das RLT-Modell wurde vorwiegend im europäischen Raum in der Pflegeausbildung und Pflegepraxis erfolgreich eingesetzt.

Die konzeptuellen Modelle der Pflege (Neuman, Orem) und die spezifischen Theorien der Pflege (Newman, Watson) können eine Vielzahl an Referenzen zu unterschiedlichen Themen aufweisen und sind im Hinblick auf die gesellschaftlichen Erwartungen an die Krankenpflege als kongruent zu bezeichnen, auch wenn von „Watsons Theorie der menschlichen Zuwendung“ die positiven Ergebnisse noch nicht ausreichend untersucht worden sind.

„Neumans Systemmodell“ und „Orems Selbstpflegemodell“ treffen den Geist der Zeit; als Pendant zur heutigen gesellschaftlichen Entwicklung, aus der neue Wertvorstellungen hervorgehen und nach der die Mitglieder der Gesellschaft dazu angehalten werden, selbst zu ihrer Gesundheitsfürsorge beizutragen, erweisen sich diese Modelle als nützlich und bieten Lösungsansätze sowohl für das Individuum, die Familie und das Gemeinwesen als auch für die Pflegepersonen. „Newmans Theorie der Gesundheit als Bewußtseinsweiterung“ und „Watsons Theorie der menschlichen Zuwendung“ leisten hierbei einen eigenständigen Beitrag. Es sind Theorien und Modelle, die Interaktionen aufweisen. Sie charakterisieren prozessuale Beziehungen zwischen den Phänomenen des Pflegeparadigmas (Person, Umwelt, Gesundheit, Pflege), und durch sie werden Standort und Kompetenzen der Pflegepersonen zu der Person, die Pflege empfängt, verdeutlicht.

Das Pflegemodell von V. Henderson und das Roper-Logan-Tierney-Modell sind als inkongruent einzuschätzen, denn sie überzeugen nicht in Bezug auf den gesellschaftlichen Anspruch an die Krankenpflege, der in den Empfehlungen der Europäischen Union für die Aufgaben, das Tätigkeitsfeld sowie die Gesundheitsförderung und Prävention konkretisiert ist, und die darüber hinaus fordern, ethische Aspekte bei allen pflegerischen Tätigkeiten zu berücksichtigen.

3 Formen und Verfahren der Curriculumentwicklung und -analyse

Curriculumentwicklung ist theoretisch und praktisch zu fassen: Es ging und geht in der betreffenden Fachliteratur immer um die Gestaltung von Prozessen und Produkten als Praxis und um die Auseinandersetzung zur Begründung und Steuerung dieser Praxis. Seit Erich Wenigers Wort vom „Kampf der geistigen Mächte um den Lehrplan“ von 1956 ist die Frage gestellt, wie denn Curriculumentwicklung geregelt werden könne. Neben dieser Unterscheidung von Theorie und Praxis ist kennzeichnend die Unterscheidung der Prozesse und Produkte, d.h. der Verfahren zur Herstellung von Curricula (Curriculumentwicklung) einerseits und der Analyse der vorliegenden bzw. vorzulegenden Curricula (Curriculumanalyse) andererseits.

Theoretische Positionen und praktische Verfahren zur Curriculumentwicklung und -analyse sind in der internationalen Fachliteratur vielfältig beschrieben, aber auch sehr verschieden akzentuiert. Es herrschen zwei Grundmodelle vor: „Curriculum studies“ ist in den angelsächsischen Ländern vorherrschend, während in den mittel- und nordeuropäischen Ländern der Sachverhalt unter dem Begriff der „Didaktik“ behandelt wird und somit weitreichender gesehen wird. Beide Varianten sind seit vielen Jahren nebeneinander präsent, eine Annäherung beider Ansätze zeichnet sich aber ab (vgl. Hopmann/ Riquarts 1995).

Praktische Curriculumentwicklung findet in allen Bereichen des Bildungswesens statt und nimmt angesichts der rasanten Entwicklung in Gesellschaft und Wirtschaft und der damit verbundenen Wandlungen von Bildungskonzepten an Bedeutung zu. Curriculumentwicklung ist infolge dessen immer stärker ökonomischen Zwängen unterworfen und nachhaltig marktpolitisch bestimmt. Dabei ist zu beobachten, dass klassische Theorien und Verfahren zur Curriculumentwicklung und -analyse zunehmend in den Hintergrund treten (vgl. Hopmann 1990; Biehl/ Hopmann/ Künzli 1999, 2005; Schäfer 2002). Es ist auch festzustellen, dass in den jüngeren Arbeiten keine entscheidenden Impulse für Theoriebildung und Empirie zu verzeichnen sind (vgl. Biehl/ Hopmann 1999; Schäfer 2002).

Als theoretischer Bezugsrahmen für Curriculumanalysen wurden für die vorliegende Arbeit Verfahren und Analyse-Systeme gewählt, mit deren Hilfe die inhaltliche Erfassung und Bewertung vorliegender Curricula erfolgen kann, ihre theoretischen Positionen lassen sich als empirisch-analytisch charakterisieren. Nachfolgend werden in diesem Kapitel ausgewählte Formen und Verfahren zur Curriculumentwicklung und Curriculumanalyse aufgezeigt.

3.1 Formen der Curriculumentwicklung

In diesem Abschnitt werden Taxonomien, Elemente des Curriculums und das Curriculummodell nach Merrens/ Strittmatter (1975) beschrieben sowie drei grundlegende Ansätze pädagogischer Theorien für Curriculumkonzepte skizziert, die später dann bei der Darstellung und Analyse der aus den befragten Ländern vorgelegten Curricula berücksichtigt werden sollen. Es ist sicherlich ein sehr gewagtes Unterfangen, weil es eigentlich einer eingehenden Analyse pädagogischer Traditionen und Strömungen in den Ländern selbst bedürfte. Man kann aber sehen, dass in den letzten 40 Jahren Curriculumentwicklung in Europa sehr starke US-amerikanische Einflüsse erfahren hat, so dass aus

der Gegenwart betrachtet, Curriculumentwicklung stärker aus dieser Richtung beeinflusst worden ist als aus eigenen Traditionen. Um es an einem konkreten Beispiel zu verdeutlichen: Robert Magers Buch (dt. Fassung: Lernziele und programmierter Unterricht³⁹, 1965) war dermaßen verbreitet, dass zu vermuten ist, dass Lernzielorientierung in verschiedenen Ländern für die Curriculumentwicklung zugrunde gelegt worden ist. Es werden folgende curriculare Ansätze referiert, die für einen konzeptionellen Ansatz eines europäischen Curriculums von Interesse sein könnten:

- Der lernzielorientierte Ansatz
- Der bildungstheoretische Ansatz
- Der handlungsorientierte Ansatz

3.1.1 Taxonomien

Um die zu erwartenden Verhaltenseigenschaften benennen und beschreiben zu können, die am Ende einer Unterrichtseinheit bzw. zum Abschluss eines Bildungsganges erreicht sein sollen, haben sich Taxonomien als sehr hilfreich erwiesen (vgl. Flehsig 1974; Behrendt 1999a; 1999b). Die Taxonomie ist ein Klassifikationssystem, d.h. taxonom ist die *Einordnung* klassifizierter Gegenstände in ein System, während die Klassifikation als *Einteilung* einer Menge von Ereignissen oder Gegenständen in Teilklassen verstanden wird. Etymologisch gesehen haben Taxonomie und Klassifikation ihre Bedeutung erstens als Prozesskomponente, die Konstruktion bzw. Entstehung betreffend; zweitens im Endprodukt als Produktkomponente (vgl. Santini 1983).

D.R. Krathwohl (1971) bezeichnet die Taxonomie als ein Klassifikationsschema; die klassifizierten Gegenstände sind „Lernziele, und die Kategorien sind Begriffe, die die Art des Verhaltens beschreiben, das wir in Erziehungssituationen bei Schülern erstreben“. ... „Wenn wir das Verhalten und den Gegenstand beschreiben, konstruieren wir ein Lernziel“ (S. 77).

K.-H. Flehsig (1974) weist darauf hin, dass Lernzielklassifikationen der älteren Didaktik schon populär waren und erst seit B.S. Bloom u.a. (1956) als didaktische Taxonomien bezeichnet werden. Ausgangspunkt für die Taxonomie von Bloom u.a. (1956) war der Anlass, ein Instrument zu schaffen, mit dessen Hilfe die Erziehungsziele präziser bestimmt werden konnten, um eine bessere Vergleichbarkeit in der Abnahme von Prüfungen verschiedener Institutionen (College, Universität) zu gewährleisten. Dabei wurde das Ziel verfolgt, Lernziele als Verhaltensweisen zu erfassen, die das erwünschte Verhalten des Lernenden bezeichnen, wobei Verhalten beobachtbar ist, beschrieben und nach bestimmten Kriterien zu anderen Verhaltensweisen in Beziehung gesetzt werden kann – klassifiziert in kognitive (Abstraktion), affektive (Internalisation) und psychomotorische (Fertigkeiten) Verhaltensbereiche (vgl. Achtenhagen 1971; Krathwohl 1971).

Neben B.S. Bloom u.a. (1956) und D.R. Krathwohl u.a. (1964) sind noch weitere Autoren zu nennen, die sich mit Taxonomien bzw. Klassifikationsmodellen befasst haben. Zu unterscheiden ist

³⁹ Engl. Titel: Preparing objectives for programmed instruction (1963). „Lernziele und Programmierung“ daraus ein Allgemeinheitsanspruch resultiert.

dabei zwischen psychologischen Taxonomien (Bloom u.a.; Krathwohl u.a.; Gagné; Kohlberg; De Corte) und inhaltlich-thematischen Taxonomien (Robinson; Flechsig u.a.), d.h. die Differenzierung der Dimensionen nach Verhaltensklassen (Bloom, Krathwohl, Gagné), der Klassifikation nach Themenbereichen (Robinson) und mehrdimensionalen Taxonomien (Flechsig) (vgl. Flechsig u.a. 1974; Frey 1971; Santini 1983). Die bekannteste psychologische Taxonomie ist die „Taxonomy of Education Objectives“ (bezeichnet als TEO) von Bloom u.a. Im weiteren Verlauf wird auf kritische Fragestellungen zur Theoriebildung und Praxis von Taxonomien nur eingegangen, wenn sie für die vorliegende Studie relevant sind. Es ist auch nicht vorgesehen, eine vollständige Übersicht der Taxonomien bzw. Klassifikationsmodelle zu geben.

Charakteristisch für die Struktur zweidimensionaler Kategorienraster sind die Dimensionen „Verhaltensklassen“ und „Themenbereiche“. Auf dreidimensionale Lernzielraster, die als dritte Dimension den „Grad der Spezifik“ aufweisen, orientieren K.-H. Flechsig u.a. (1974); Gagnés (1980) überarbeitete Taxonomie ist dreidimensional strukturiert (vgl. Santini 1983).

Taxonomien finden Verwendung sowohl in der Lehrplanentwicklung und Unterrichtsplanung als auch in der Lehrplananalyse und Leistungsmessung (vgl. Santini 1983). Des Weiteren werden Taxonomien genutzt zum Vergleich von Lehrmethoden, Unterrichtsmedien und Curricula (vgl. Krathwohl 1971). Mit Hilfe der Taxonomien können Lernziele spezifiziert und hierarchisch angeordnet werden, so dass z.B. Lernziele der niederen Ebene und Lernziele der höheren Ebene aufeinander beziehbar sind.

Die Taxonomien von B.S. Bloom (1974) und D.R. Krathwohl (1971) werden von B. Santini (1983) interpretiert und nachfolgend dargestellt. So sind es drei eigenständige Taxonomien für die Bereiche

1. des *kognitiven* Verhaltens (Bloom u.a. 1976 = TEO 1),
2. des *emotional-affektiven* Verhaltens (Krathwohl/ Bloom/ Masia 1978 = TEO 2),
3. des *psychomotorischen* Verhaltens (z.B. Harrow 1972 = TEO 3).

Der *kognitive* Bereich umfasst Ziele, die mit Denken, Wissen und Problemlösen zu tun haben, d.h. Wissen und die Fähigkeiten: Verstehen⁴⁰, Anwendung⁴¹, Analyse⁴², Synthese⁴³ und Bewertung⁴⁴.

Der *affektive* Bereich umfasst Ziele, die mit Haltungen, Werten, Interessen und Wertschätzungen zu tun haben, sie sind unter dem Begriff der Internalisation, der zunehmenden Verinnerlichung, charakterisiert und beinhalten:

1. Aufnehmen⁴⁵ (Aufmerksam werden),
2. Reagieren⁴⁶,
3. Werten⁴⁷,
4. Wertordnung,
5. Bestimmtsein durch Werte.

⁴⁰ Comprehension (engl.): Verstehen, Übersetzen (Translation), Interpretation, Extrapolieren (Extrapolation) (Bloom)

⁴¹ Application (engl.): Anwendung in Bezug auf Verhalten und Situationen (Bloom)

⁴² Analysis (engl.): A. of Elements, A. of Relationship, A. of Organizational Principles (Bloom)

⁴³ Synthesis (engl.): Synthese

⁴⁴ Evaluation (engl.) Bewertung

⁴⁵ Attention (engl.): Aufmerksamkeit, Berücksichtigung, Beachtung

⁴⁶ Reaction (engl.): Reaktion; reactions: Reaktionsfähigkeit

⁴⁷ Resultats (engl.): Ergebnisse

Der *psychomotorische* Bereich umfasst Ziele, die mit manuellen und motorischen Fertigkeiten zu tun haben und am ehesten kategorisiert wurden durch A. J. Harrow (1972) (vgl. Santini 1983).

R.M. Gagnés (1980) überarbeiteter Ansatz bezieht sich im Wesentlichen auf Änderungen zur Struktur und Klassifikation. Die Taxonomie ist dreidimensional angelegt und weist fünf Klassen der Lernergebnisse auf (vgl. Tabelle 12). So kann Gagné (1980) mit seiner Klassifizierung alle Kategorien der psychologischen Bereiche TEO 1-3 abdecken – die Klassen 1-3 entsprechen TEO 1, die Klasse 4 der TEO 3, die Klasse 5 der TEO 2. Innerhalb der Klasse 5 unterscheidet Gagné folgende Aspekte:

1. Kognitiv (Vorstellungen oder Behauptungen betreffend)
2. Affektiv (Emotion oder Gefühl betreffend, welches die Vorstellungen begleitet)
3. Verhaltensmäßig (Disposition oder Bereitschaft zu handeln) (vgl. Santini 1983).

Für den Vergleich von Taxonomien im psychologischen Bereich sind ausgewählte Hauptklassen von Taxonomien dargestellt.

Tabelle 12: Hauptklassen von Taxonomien im psychologischen Bereich

BLOOM u.a. 1976	KRATHWOHL u.a. 1978	HARROW 1972	GAGNÉ 1980
1. Wissen	1. Aufnehmen (Aufmerksam werden)	1. Reflexbewegungen	0. Grundformen des Lernens 1. Intellektuelle Fertigkeit
2. Verstehen	2. Reagieren	2. Grundbewegungen wie Tragen	2. Kognitive Strategie
3. Anwendung	3. Werten	3. Wahrnehmungsfähigkeiten wie Gleichgewichtssinn	3. Verbale Information
4. Analyse	4. Wertordnung	4. Körperliche Qualitäten	4. Motorische Fertigkeit
5. Synthese	5. Bestimmtsein durch Werte	5. Geschicklichkeitsverhalten wie Maschinenschreiben	5. Einstellung
6. Bewertung		6. Nonverbale Kommunikation wie Tanz	

(aus: Santini 1983, S. 621)

Eine Interpretation der Hauptkategorien des kognitiven und des affektiven Verhaltens nach B.S. Bloom u.a./ D.R. Krathwohl u.a. kann hier übergangen werden, da sie im Kapitel 3.1.3 rezeptiert werden, nämlich im Kontext spezifischer Lernzielraster für Qualifikationsanforderungen (Behrendt 1999a) und Lernerfolgskontrollen (Behrendt 1999b) in der Pflege. Die Taxonomie des psychomotorischen Verhaltens wurde unter dem Aspekt des fachlichen Anwendungsbereiches entsprechend modifiziert und wird ebenfalls interpretiert.

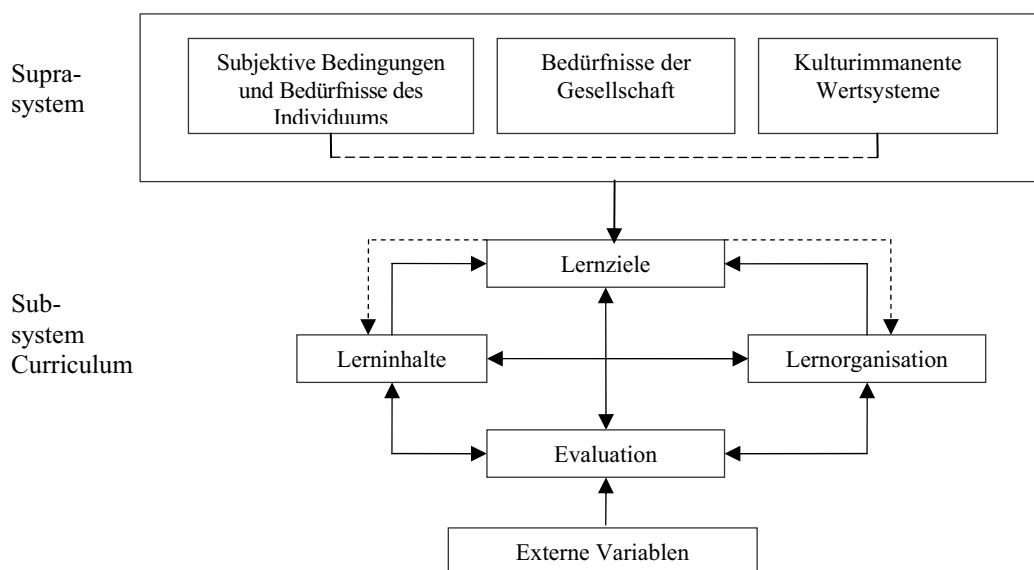
3.1.2 Elemente des Curriculums und Curriculummodell (Merkens/ Strittmatter)

In relativer Übereinstimmung mit Curriculumdefinitionen anderer Autoren (vgl. Kapitel 1.3) werden auch von Merkens/ Strittmatter (1975) als Elemente eines Curriculums die Lernziele, Lerninhalte, Lernorganisation und Evaluation bestimmt. Um empirische Verfahren der Curriculumanalyse adäquat ermitteln und beschreiben zu können, ist es nach P. Merkens/ P. Strittmatter (1975) notwendig, die Frage nach strukturellen und hierarchischen Gesichtspunkten der verschiedenen Elemente zu stellen:

- „- Gibt es im Curriculum einen Komplex interdependenter und interagierender Elemente, und welche sind es?
- Gibt es im Curriculum Organisationsformen und Interaktionsformen der einzelnen Elemente zum Zwecke der Realisierung der Zielsetzungen des Curriculums, und welche sind es?
- Ist das Curriculum einbezogen in einen Komplex von unter- bzw. übergeordneten Sub- bzw. Suprasystem, und welche sind es?“ (S. 198f).

Das von P. Merkens/ P. Strittmatter (1975) konstruierte Curriculummodell visualisiert die Aspekte ihrer Fragestellung zur Klärung der Begriffe Curriculum – Curriculumanalyse; die Curriculumdefinition bezieht sich auf „Begründung und Darstellung von Entscheidungen über Lernziele, Lerninhalte sowie angemessene Lernorganisation einschließlich der Mitteilung von Verfahren und Ergebnissen der Evaluation“ (S. 199). Mit Hilfe des „Denkmodells“ soll „die innere Organisation eines mehr oder weniger komplexen Gegenstandes und dessen Verbundenheit mit anderen Gegenständen der Umwelt (vgl. Luhmann 1964; Jensen 1970) identifiziert und erklärt werden können“ (1975, S. 199). Nachfolgend wird das Modell dargestellt und interpretiert.

Abbildung 2: Curriculummodell



(aus: Merkens/ Strittmatter 1975, S. 199)

In Anlehnung an Merkens/ Strittmatter lässt sich das Modell wie folgt interpretieren:

Das Modell ist strukturiert als ein Komplex von Elementen, zwischen denen unterschiedliche Relationen bestehen und deren Beziehungen sich unterscheiden in determinierende (---) und beeinflussende (—) Relationen sowohl innerhalb des Systems als auch zwischen den einzelnen Teilsystemen. Die Variablen der Teilsysteme können innerhalb ihres Systems interagieren, aber auch die Variablen des untergeordneten Teilsystems entscheidend beeinflussen. Verdeutlicht wird es daran, dass die Variablen des Suprasystems als übergeordnetes System die Lernziele des Subsystems Curriculum determinieren, so wie z.B. durch die „Bedürfnisse der Gesellschaft“ das Ausbildungsziel eines bestimmten Ausbildungsbereiches bestimmt wird, aus dem Lernziele hergeleitet und begründet werden können, die wiederum die Auswahl der Lerninhalte und Lernorganisation bestimmen. Umgekehrt können wiederum auch diese die Struktur der intendierten Lernziele beeinflussen. Die beeinflussenden Relationen der Variablen können also einseitige oder wechselseitige Wirkung aufweisen. Einseitige Wirkung haben Entscheidungen, die extern getroffen werden wie z.B. administrative oder rechtliche Vorgaben, die das Subsystem Curriculum im Ganzen beeinflussen. Wechselseitig ist die Relation zwischen den Variablen des Subsystems, also den Grundelementen eines Curriculums: Lernziele, Lerninhalte, Lernorganisation und Evaluation, die interdependenten Charakter aufweisen (vgl. Kapitel 6.1.2).

So sind innerhalb des Subsystems Curriculum die Organisations- und Interaktionsformen, die einerseits die aus den übergeordneten Bildungs- bzw. Leitzielen hergeleiteten Lernziele realisieren; andererseits ist mit Hilfe der Evaluation die Wirksamkeit des Subsystems im Hinblick auf die Realisierung der Ziele überprüfbar. Das Subsystem Curriculum ist in sich organisiert, mit anderen Systemen verbunden und besteht aus einem Komplex einzelner Subsysteme (Elemente des Curriculums). Es enthält und integriert Entscheidungen, die sich auf die Elemente des Curriculums beziehen. Die Entscheidungen sind zu begründen, was aus der Verbundenheit mit dem Suprasystem resultiert.

P. Merkens/ P. Strittmatter (1975) schlussfolgern: Wenn das Curriculum unter dem Aspekt des Begründungszusammenhangs von Entscheidungen definiert wird, so ist die Aufgabe der Analyse von Curricula zu sehen

- „- in der Analyse der Entscheidungen über Lernziele, Lerninhalte, Lernorganisation und Evaluation einschließlich ihrer Begründung (LUNDGREN 1972),
- unter den Aspekten von Entscheidungsprozeß und Entscheidungsprodukt (BJERSTEDT 1971a; 1971b),
- zum Zwecke der Aufarbeitung bestehender Lehrpläne im Hinblick auf Reform und Neukonstruktion und Bereitstellung von Informationen zur Auswahl vorhandener Curricula“ (S. 200).

3.1.3 Lernzielorientierter Ansatz

Bei der lernzielorientierten Didaktik ist das didaktische Denken und Handeln auf Lehr- und Lernziele ausgerichtet. Lernzielorientierte Konzepte entstanden in den 60er Jahren, Anknüpfungspunkte hierfür waren vor allem die Vorschläge zur Lernzielformulierung von Robert Mager (1965) in der Bundesrepublik Deutschland und deren weitere Differenzierung zur „Technik der Lernplanung“ von Christine Möller (1969, 1975). Somit hatte der Fachterminus „Operationalisierung“

seinen Eingang in die Lernzieldiskussion gefunden. Lernziele als Beschreibung intendierter Lernergebnisse sollten nach Ralph Tyler (1949) so formuliert werden, „daß ein zu lernender Inhalt und einen auf diesen Inhalt gerichtetes Verhalten benannt werden, das der Lernende als Ergebnis des geplanten Unterrichts zeigen können soll (vgl. TYLER 1973, S. 54)“ (Lemke 1986, S. 539) (vgl. Mager 1965; dt. 1977). Operationalisierte Lernzielformulierungen sind schon bei Pädagogen des 17. (Comenius, Ratke) und des 18. Jahrhunderts (Trapp) zu finden (vgl. Lemke 1986), was hier nicht weiter ausgeführt werden soll.

Die lernzielorientierte Didaktik ist wissenschaftstheoretisch in der Psychologie und dem Behaviorismus begründet. Als die wichtigsten Vertreter des lernzielorientierten Ansatzes sind zu nennen: Benjamin S. Bloom (1956), Robert Mager (1965), Christine Möller (1969; 1975; 1997), Dieter Lemke (1986).

Das lernzielorientierte Konzept wurde in der Bundesrepublik Deutschland mit Beginn der 70er Jahre bildungspolitisch legitimiert. Unterricht auf der Basis lernzielorientierter Richtlinien zu planen und durchzuführen, versprach einen höheren Grad an Transparenz, an Vergleichbarkeit der Schülerleistungen in unterschiedlichen Schulsystemen, Bildungsgängen und Kursen sowie eine eindeutigere Kontrolle von Lernerfolg und Lehrerverhalten; des Weiteren wird „Lernzielorientierung“ politisch auch als ein neutrales Konzept angesehen (vgl. Hanisch/ Meyer 1977, S. 72). Der Definitionsansatz von Robert Mager (1965; 1972) und die Lernzieleinteilung von Christine Möller (1969; 1975) haben sich durchgesetzt und es wurden sowohl lernzielorientierte Curricula in allen Bildungsbereichen eingesetzt, mit besonderer Beliebtheit in der beruflichen Bildung (vgl. Becker 2004), als auch Unterrichtskonzepte, Lehrmittel etc. auf der Grundlage des lernzielorientierten Ansatzes entwickelt.

Mit der Lernzieldefinition von Robert Mager „Jedes Lernziel muß eine Handlung, ein Verhalten des Schülers eindeutig beschreiben, also so, daß möglichst viele Handlungsalternativen ausgeschlossen sind“ (Becker/ Haller u.a. 1974, S. 37) und seiner Aussage zur Zielbeschreibung „... in dem sie benennt, was Lernende tun oder ausführen können sollen, wenn sie zeigen, daß sie ein Unterrichtsziel beherrschen“ (1965; dt.: 1977, S. 23), wurde die Rolle des Lerner und des Lehrers im Lernprozess eindeutig bestimmt und der Begriff „Lernzieloperationalisierung“ in die didaktische Diskussion eingeführt (vgl. auch Lernzieldefinitionen Kapitel 1.3). Die „Operationalisierung“⁴⁸ in Lernzielkonzepten, d.h. die Konkretisierung von Lernzielen ist auf allen Ebenen ein Entscheidungsproblem über Lernziele, wobei das Problem der Konkretisierung von Lernzielen nur als ein Problem der angemessenen sprachlichen Formulierung interpretiert wird und so Entscheidungen verdeckt sein können, so dass Entscheidungsprozesse folglich unreflektiert ablaufen (vgl. Becker/ Haller u.a. 1974; Lemke 1986).

⁴⁸ Nach P. Bridgman (1927) wird unter dem Begriff „Operationalisierung“ verstanden: „Eine operationale Definition besteht aus jener Menge von Angaben für Handlungen (Operationen), (1) die entweder zu einem Auftreten des interessierten Phänomens führen oder (2) für die Messung desselben notwendig sind. Wissenschaftliche Begriffe sollten nach Bridgman (1927) durch jene Operationen definiert sein, mit denen sie gemessen werden können“ (aus: Methoden zur Datengewinnung. Suchbegriff: www.Bridgman operationale Definition. [Datum des Zugriffs: 17.10.2006]). Durch Messung kann man Verhaltensweisen erkennen, die Performanz, z.B. Fähigkeiten (wie Intelligenz, Kreativität, Flexibilität) oder Einstellungen oder Verhaltensmuster. Insbesondere für die Intelligenzforschung wurden in der Psychologie Tests entwickelt, und für Bridgman (1938) ist Intelligenz das, was Intelligenztests erfassen (Operational Analysis. In: Philosophy of Science, Vol. 5, S. 114-131) (ebd.).

Christine Möller (1969) entwickelte ihr Operationalisierungskonzept von drei Abstraktionsniveaus her, indem sie Feinziele, Grobziele und Richtziele unterscheidet, was in der Abbildung 3 zur Lernzieloperationalisierung visualisiert ist.

Richtziele sind allgemeine Aussagen, die viele Interpretationen zulassen; sie können sich auf Berufs- bzw. Tätigkeitsmerkmale und die zu entwickelnden Kompetenzen beziehen. Richtziele sind gesellschaftlich determiniert und bestimmen das in den Grobzielen gewünschte Endverhalten, dem konkrete Vorstellungen über mögliche Lernergebnisse implizit sind und das Voraussetzung für das sinnvolle Entwerfen der Lernsituationen ist. *Grobziele* haben ein mittleres Maß an Präzision. Grobziele sind für die Zielsetzung des Unterrichts und der Unterweisung verbindlich, während Lehrer und Lerner in der Ebene E bzw. Mikroebene bei der Formulierung von *Feinzielen* über Handlungsspielraum verfügen und die Gestaltung von Lehr- und Lernsituationen eigenständig planen, d.h. wie und mit welchen Mitteln das gewünschte Endverhalten zu erreichen ist, in dem der Lerner beweisen kann, dass er das angestrebte Unterrichtsziel beherrscht (vgl. Mager 1965; dt.: 1977); oder: Wie es Flehsig/ Haller mit dem Begriffspaar „Kompetenz-Performanz“ beschreiben und in dieser Aussage die „Fähigkeiten eines Menschen und deren Realisierung in konkreten Situationen“ (CEDID 2003) verstehen. In diesem Kontext wird der enge Theorie-Praxis-Bezug im lernzielorientierten Ansatz offensichtlich. Lernzieloperationalisierung und didaktisches Handeln sind aufeinander bezogen und weisen ein vergleichbares Abstraktionsniveau auf.

Das in der Mesoebene zu beschreibende gewünschte *Endverhalten* versteht die Autorin als die Schnittstelle zwischen Curriculumentwicklung und Unterrichtsplanung, denn hier werden Qualifikationen und Kompetenzen bestimmt, die mittels Unterricht bzw. Unterweisung zu erreichen sind und somit für die Organisation der Lernsituationen sowohl bestimmte Lernervoraussetzungen (Bildungszugang) als auch Lehrervoraussetzungen (Qualifikation) verlangen, damit das angestrebte Endverhalten auch erreicht werden kann.

Erhebliche Schwächen in den Operationalisierungskonzepten, auch im Konzept von C. Möller, wurden darin gesehen, dass zwischen den verschiedenen Abstraktionsniveaus keine stringenten Ableitungen hergestellt werden können. Diese gab beträchtlichen Anlass zur Kritik am lernzielorientierten Ansatz (vgl. Becker/ Haller u.a. 1974; Meyer 1994 u.a.; CEDID 2003), was hier nicht weiter ausgeführt wird. Die in Kritik geratene Lernzielorientierung wurde von D. Lemke (1986) und später auch von C. Möller revidiert, überarbeitet von ihr 1997 und veröffentlicht unter dem Titel „Die curriculare Didaktik. Oder: Der lernzielorientierte Ansatz“ (Möller 2002).

Wie die folgende Übersicht zeigt, ist mit dem Konzept der Lernzieloperationalisierung bereits eine Unterscheidung von Entscheidungs- und Handlungsebenen verbunden gewesen, die dann noch eigenständige Bedeutung gewonnen hat.

Abbildung 3: Lernzieloperationalisierung und didaktisches Handeln

	Lernziele	Entscheidungs Ebenen	Handlungsebenen (Flechs sig/ Haller)*
<div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: center;"> <div style="margin-bottom: 10px;">Abstrakt</div> <div style="margin-bottom: 10px;">↓</div> <div style="margin-bottom: 10px;">↓</div> <div style="margin-bottom: 10px;">↓</div> <div>Konkret</div> </div>	Richtziele 	Ausbildungsverordnungen Allgemeine Aussagen, z.B. zur Entwicklung von Kompetenzen für den Beruf	Ebenen A + B Makroebene
		Module, Wissensbereiche - Beschreiben das gewünschte Endverhalten - Alternativmöglichkeiten	Ebenen C + D Mesoebene
	Feinziele Feinziele Feinziele Feinziele Feinziele Feinziele	Unterricht, Unterweisung - Konkrete verhaltensorientierte Aussagen - Exakte Angaben über angestrebten Lernzuwachs	Ebene E Mikroebene

determinierend () beeinflussend (—) *vgl. Tabelle 21 (Anhang)

Bernhard und Christine Möller haben die Taxonomie von B.S. Bloom⁴⁹ u.a. (1956) in die deutschsprachige Lernzieldiskussion eingeführt. B.S. Bloom und Mitarbeiter (1956) beziehen sich in dem Modell auf Verhaltensweisen, die der Absolvent in Bezug auf das gesamte Thema der behandelten Unterrichtseinheit zeigen können soll (vgl. Bloom u.a. 1956; dt.: 1974; Mager 1965; dt.: 1977), sowie auf Lernzieloperationalisierung, die sich ausdrückt in der Verwendung von Termini wie

1. kognitive⁵⁰ Lernziele
 „beschreiben“, „nennen“, „erklären“, „vergleichen“, „unterscheiden“, „beurteilen“,
2. affektive Lernziele
 „akzeptieren“, „für wertvoll halten“, „vermeiden“, „vorziehen“
 (vgl. Bloom u.a. 1956; dt.: 1974, S. 229, 233) und
3. psychomotorische Lernziele
 „grobe Fehler“, „über die Daten hinausgreifen“, „Übervorsicht“ (ebd., S. 115).

Auf der Grundlage der Dimensionierung und der Hierarchisierung von Lernzielen nach B.S. Bloom u.a. (dt: 1974) und D.R. Krathwohl (1971) wurden Klassifikationsmodelle erstellt (vgl. Tabelle 12) und eingesetzt, so in dem Konstanzer LOT-Projekt. Eine spätere Verwendung im Zusammenhang der Pflegeaus- und Weiterbildung bezog sich auf die Bestimmung von Qualifikationsanforderungen von Mentoren“ (Behrendt 1999a) und auf die Lernerfolgskontrolle“ für den Kurs „Maschinelle

⁴⁹ Die Lernzieltaxonomie nach Bloom u.a. (1956) wurde unter dem Titel „Taxonomy of the Educational Objectives“ bekannt (vgl. Kapitel 3.1.1).

⁵⁰ Nach R.N. Tyler (1934) schließt kognitiv solche Fertigkeiten wie Erinnern und Reproduktion von Wissen, Denken, Problemlösen und kreatives Denken ein (Bloom 1974, S. 15).

Beatmung⁵¹ (Behrendt 1999b). Für den Kurs „Maschinelle Beatmung“ wurden die psychomotorischen Lernziele präzisiert in „unsicher“, „sicher“ und „teilweise sicher“ (vgl. Tabellen 16 und 17, Anhang).

Tabelle 13: Matrix zur Klassifikation von Lernzielen (lernzielorientiert))

Verhalten \ Inhalte	<i>Kognitiver Bereich</i>						<i>Affektiver Bereich</i>				<i>Psychomotorischer Bereich</i>					
	I. Grundkenntnisse	II. Fachkenntnisse	III. Problemlösende Kenntnisse				1. Beachten	2. Einhalten	3. Weitergeben	4. Eigene Präferenz	1. Visuell	2. Auditiv	3. Taktile	4. Räumliche Lage	5. Grobmotorik	6. Feinmotorik
(1) Wissensgebiete Wissenselemente 1. 2.																

(modifiziert: Behrendt 1999a)

Dieses Modell zur Klassifizierung von Lernzielen weist zwei Komponenten des jeweiligen Lernziels auf, einmal die Inhaltskomponente und zum anderen die Verhaltenskomponente (Inhalt „etwas“; Verhalten „tun“), d.h. die Taxonomie ist zweidimensional klassifiziert in Inhalte und Verhaltensmerkmale, der kognitive Bereich (Kenntnisse) weist sogar eine dreidimensionale Matrix auf, wobei die Intensität oder der Grad der Vertiefung als dritte Dimension erscheint. Die Inhalte entsprechen denen der Ausbildungsverordnung für die Krankenpflege- und Kinderkrankenpflegeausbildung. Die Klassifikation der Verhaltensdimensionen ist in der oberen Ebene nach B.S. Bloom u.a. (1956; dt.: 1974) dreigliedrig (kognitiv, affektiv, psychomotorisch). Auf der darunter liegenden Ebene wurden die Klassifikationen von B.S. Bloom u.a. (1974) Kategorien 1-6, D.R. Krathwohl (1971) und L.B. Resnick (1967) (vgl. Flehsig u.a. 1971) verwendet.

Mit Hilfe der Taxonomie wurden die herauszubildenden beruflichen Kompetenzen bei den Krankenpflege- und Kinderkrankenpflegeschülern, die als Endverhalten bei Abschluss der Krankenpflege- und Kinderkrankenpflegeausbildung zu erwarten sind, ermittelt. Das Ergebnis wurde als Maßstab für die Anforderungen an die Qualifikation der Mentoren zur praktischen Anleitung der Auszubildenden zugrunde gelegt und in der curricularen Konzeption für die Mentorenschulung in Bezug auf den Kompetenzerwerb berücksichtigt (vgl. Behrendt 1999a; Abbildung 1).

⁵¹ Gemäß MP-BetreibV: Medizin-Produkte-Betreiberverordnung vom 29.6.1998. <http://www.gesetze-im-internet.de>

Des Weiteren wurde das Klassifikationsmodell (Tabelle 13) zur Ermittlung des Lernerfolgs im Kurs „Maschinelle Beatmung“ zugrunde gelegt und nach gleicher Methode verfahren (vgl. Tabellen 14-17, Anhang), nur dass hier die Inhalte sich auf die Grundlagenvermittlung und Geräteeinweisung bezogen haben und bei den Lernern es sich um examiniertes Pflegepersonal und Ärzte handelte. Es wurde in diesem Verfahren nicht nur das zu erwartende Endverhalten mit Hilfe der Taxonomie bestimmt, sondern darüber hinaus die operationalisierten Lernziele der Inhaltskomponente auf die Bedingungen, unter denen das gewünschte Verhalten kontrolliert werden soll – beobachtbare Verhaltensweisen, Rahmenbedingungen und Bewertungsmaßstab – sowie die Indikatoren für die gewünschte Verhaltensdisposition festgelegt (vgl. Tabelle 16, Anhang). In diesem Zusammenhang wurde eine Unterscheidung zwischen Lernzielen und Lehrzielen eingeführt, die auch dem allgemeinen Sprachgebrauch entspricht und die Perspektive der jeweiligen Handlungsträger ausdrückt. „Lernziele“ sind also Ziele für die Lernenden bzw. auch Ziele der Lehrenden. Sie werden jeweils insofern idealtypisch dargestellt, als es sich um optimale Lernzuwächse handelt (erwartetes Lernerendverhalten). Aus der Perspektive von Lehrenden gesetzten Lernzielen ist diese ideale Ausprägung reduzierbar, z.B. „teilweise erreicht“, und wird Grundlagen für Lernerfolgskontrollen. In der Tabelle sind dadurch Verbindungen zwischen der inhaltlichen Grundlagenvermittlung und Geräteeinweisung (Lehrinhalte) einerseits und dem erwarteten Lernerverhalten (Lernzuwachs, Kompetenzerwerb) andererseits hergestellt; es wurden Lehrziele formuliert und präzisiert, was zugleich das Setzen einer Norm bedeutet und andere Interpretationsweisen und Normen ausschließt (vgl. Bloom 1974). Mit der Auswahl der Lehrinhalte wurde geklärt, was die Kursteilnehmer nach Abschluss des Kurses gelernt haben bzw. „können“ sollen. Mit der Festlegung der Lernziele ist die Voraussetzung für die Überprüfung und Rückmeldung des Lernerfolgs gegeben. So sind den Lehrzielsetzungen die von den Lernenden zu erwerbenden Qualitäten implizit, die in einer präzisen Mess-Sprache auszudrücken sind (vgl. Tabelle 16, Anhang), so dass Mess-Kriterien für bewertetes Verhalten (Leistungskriterien) festgelegt werden konnten, einschließlich der Evaluation zur Überprüfung von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit des Kurses im Rahmen der Qualitätssicherung (vgl. Tabelle 17, Anhang).

Es ist zu festzuhalten, dass anhand der Beispiele aus der Pflegeaus- und Weiterbildung aufgezeigt werden konnte, dass trotz kritischer Einschränkungen die Taxonomien als verhaltenstheoretische Grundlage zur Beschreibung von Lernzielen relevant sind und eine Rolle spielen können:

1. Bei der Operationalisierung der Lernziele (Prozess der Präzision),
2. als Hilfsmittel zur Entdeckung von Lernzielen und
3. als Hilfsmittel zur Evaluation von Unterricht (vgl. Bloom 1974).

Die Umsetzbarkeit des lernzielorientierten Ansatzes wird durch das Vorgehen der Operationalisierung von Lernzielen in Interdependenz mit didaktischem Handeln bestimmt. Als Theorie mit dem Anspruch allgemeiner Gültigkeit ist der lernzielorientierte Ansatz davon abhängig, wie bei den Zielentscheidungen die Einbeziehung der Lehrenden und Lernenden in die curriculare Planung berücksichtigt ist.

Lernplanung bzw. Zielplanung hat Priorität und ist auf das Lernergebnis bzw. auf die zu erwartenden Verhaltenseigenschaften gerichtet, die für eine bestimmte Profession bzw. Tätigkeit formuliert sind. Die Inhalte gehen in die Zielentscheidungen mit ein. Das lernzielorientierte Konzept ermöglicht einen hohen Grad an Transparenz, an Vergleichbarkeit der Lernleistungen in

unterschiedlichen Schulsystemen und Bildungsgängen sowie eine eindeutige Kontrolle von Lernerfolg und Lehrerverhalten. Der lernzielorientierte Ansatz erfreut sich einer Beliebtheit seit über 30 Jahren und findet heute noch in allen Bereichen der Bildung Anwendung (z.B. berufliche Bildung, vgl. Becker 2004).

3.1.4 Bildungstheoretischer Ansatz

Das Konzept der bildungstheoretischen Didaktik stützt sich auf die wissenschaftstheoretischen Grundlagen der geisteswissenschaftlichen Pädagogik und die Methoden der Hermeneutik. Der Bildungsbegriff hat seine historischen Wurzeln in der klassisch-bürgerlichen Bildungstheorie. Zu den klassischen Bildungstheoretikern zählen z.B. Johann Heinrich Pestalozzi (1746-1827); Wilhelm von Humboldt (1767-1835); Friedrich Daniel Ernst Schleiermacher (1768-1834); Johann Friedrich Herbart (1776-1841).

Als bedeutende Vertreter der bildungstheoretischen Didaktik sind zu nennen: Erich Weniger (1952); Wolfgang Klafki (1959, 1980); Herwig Blankertz (1969); Wolfgang Kramp (1961). Bildung ist für Klafki das Kernstück der Didaktik – „eine zentrale, orientierende Theorie“ (1985b, S. 42f) und ist zurückzuführen auf den Humboldtschen Bildungsbegriff (1793). W. Klafki hat durch seine Arbeiten im Wesentlichen die Position der bildungstheoretischen Didaktik bestimmt. Ende der 50er und Anfang der 60er Jahre des 20. Jahrhunderts entwickelte er den Begriff „Kategoriale Bildung“: „Bildung ist kategoriale Bildung in dem Doppelsinn, daß sich dem Menschen eine Wirklichkeit ‚kategorial‘ erschlossen hat und daß eben damit er selbst – dank der selbstvollzogenen ‚kategorialen‘ Einsichten, Erfahrungen, Erlebnisse – für diese Wirklichkeit erschlossen worden ist“ (1963a, S. 44; vgl. Jank/ Meyer 1994, S. 143; vgl. Kapitel 1.3).

Im Mittelpunkt des didaktischen Modells von Klafki steht die „Didaktische Analyse“⁵² des Bildungsinhalts der Unterrichtsstunde, mit deren Hilfe der Lehrer klären soll, welcher Bildungsgehalt in den Unterrichtsinhalten enthalten sein könnte. Zur Klärung des Prozesses hat Klafki fünf Grundfragen formuliert, die sich beziehen auf: Gegenwartsbedeutung, Zukunftsbedeutung, Sachstruktur, Exemplarische Bedeutung und Zugänglichkeit (vgl. Jank/ Meyer 1994, S. 133). Klafki hat diese in einer Neufassung der bildungstheoretischen Didaktik im Rahmen kritisch-konstruktiver Erziehungswissenschaft in einen neuen Zusammenhang gestellt sowie die Lehr-Lern-Prozessstruktur hinzugefügt und interpretiert (vgl. Klafki (1997), 2002, S. 18ff). Begriffe⁵³ wie „Elementar“ „Fundamental“ und „Exemplarisch“ sind weitere Orientierungshilfen für den Unterricht.

⁵² B.B. Gudem (1995) verweist darauf, dass Klafkis Modell der Didaktischen Analyse auf philosophische Fragestellungen beruht und er sich der pädagogischen Verantwortung verpflichtet fühlt und verknüpft diese mit den übergeordneten Zielen seiner kritisch-konstruktivistischen Didaktik: „Er sieht in der Förderung von Selbstbestimmung, Mitbestimmung und Solidarität die höchste Verantwortung didaktischen Denkens und Handelns und geht so über das Problem des Erwerbs von Fähigkeiten bzw. Fachinhalten hinaus“ (S. 44).

⁵³ Nach W. Klafki (1961) stehen die Begriffe „Elementar“ und „Fundamental“ einerseits und „Exemplarisch“ andererseits nicht in Widerspruch zueinander, sondern versuchen das Problem unter einem jeweils anderen Aspekt zu fassen. Unter dem Begriff „Fundamental“ sind die „Prinzipien, Kategorien, Grunderfahrungen, die einen geistigen Grundbereich (...) konstituieren“ zu verstehen. Als „Elementaria“ werden „die innerhalb solcher Grundbereiche auftretenden entscheidenden Inhalte und Zushg.e“ (S. 193) bezeichnet. „Sowohl die ‚Fundamentalialia‘ als auch die ‚Elementaria‘ müssen jeweils ‚exemplarisch‘, am eindrucksvollen, fruchtbaren Beispiel gewonnen werden“ (ebd.).

Schwerwiegende Kritik an der bildungstheoretischen Didaktik war anscheinend der Anlass für Klafki, seine Theorie in den 80er Jahren zur kritisch-konstruktiven Didaktik weiter zu entwickeln bzw. zu ergänzen durch Methoden der Ideologiekritik und der Empirie, um somit den sozialwissenschaftlichen Diskurs in seinem Modell zu bestimmen. Klafki möchte so verstanden werden und betont, „daß sein didaktisches Modell, zunächst das Bildungstheoretische, dann das Kritisch-konstruktive, kein verbindliches Handlungskonzept sein soll, sondern eine Reflexions- und Problematisierungshilfe für den Lehrer (vgl. Klafki 1986b, S. 24)“ (Jank/ Meyer 1994, S. 134). Die bildungstheoretische Didaktik wird durch die Neubestimmung von Allgemeinbildung sowie die Zuordnung von Schlüsselproblemen wie folgt charakterisiert:

1. Die wissenschaftstheoretische Position ist als „kritisch“ und als „konstruktiv“ zugleich zu verstehen; Klafki fordert grundsätzliche Zielstellungen wie Selbstbestimmungsfähigkeit, Mitbestimmungsfähigkeit, Solidaritätsfähigkeit, die indentierten Charakter aufweisen. Die *kritische* Position führt zurück auf das Gedankengut der klassisch-bürgerlichen Bildungstheoretiker (Schleiermacher, Humboldt u.a.) und der „kritischen Theorie“ der Frankfurter Schule (Adorno, Habermas). Die *konstruktive* Position, wie sie unter dem erkenntnistheoretischen Aspekt zu betrachten ist, sieht Klafki darin, eine konkrete Utopie zu entwerfen, die seinen Vorstellungen entspricht wie „Vorgriffe der Theorie, Modellentwürfe für mögliche Praxis, begründete Konzepte für veränderte Praxis, für eine humanere und demokratischere Schule“ (1985, S. 38) (vgl. Jank/ Meyer 1994, S. 167).
2. Die Forderung nach Integration der Forschungsmethoden: *Historisch-hermeneutische Methoden* (Sinn und Bedeutung des pädagogischen Handelns erfassen), *empirische Methoden* (in Bezug auf die empirisch-analytischen Methoden von Habermas) und *gesellschaftskritisch-ideologische Methoden* (Funktionszuweisung im Kontext der historisch-hermeneutischen und empirischen Methoden sowie der Bezug der drei Methodenansätze aufeinander).
3. Die Didaktik integriert die Reflexion der Ziel- und Inhaltsentscheidungen, neu aufgenommen: Die Reflexion der Methoden-, Medien- und Beurteilungsentscheidungen.
4. Das Strukturmoment „Zielentscheidung“ spielt eine besondere Rolle (in diesem Gefüge), d.h. es kann „grundsätzlich keine unterrichtsbezogene didaktische oder methodische Entscheidung unabhängig von Zielentscheidungen getroffen werden“ (Jank/ Meyer 1994, S. 168).

In die kritisch-konstruktive Didaktik sind unverändert der Begriff Bildung als „eine zentrale, orientierende Kategorie“ und die „Kategoriale Bildung“ eingegangen; diese Didaktik bleibt bildungstheoretisch. Durch den Terminus „Handlungsziele“ unter dem Aspekt der Schülerintentionen kann nach Klafki ein am „Selbstbestimmungs- und Solidaritätsprinzip orientiertes Verständnis von Unterricht und seinen Lernzielen integriert werden“ (Klafki (1997), 2002, S. 21). Mit der Frage nach formulierten Lernzielen wird nach Klafki „das Problem einer Hierarchie von Lernzielen oder Lernzielebenen aufgeworfen“ (ebd.). Zusammengefasst handelt es sich bei den von Klafki dargestellten Lernzielebenen um ein „System von Lernzielhierarchien“, welches Voraussetzung dafür ist, um allgemeinere bzw. speziellere Ziele auf ein bestimmtes Thema festlegen zu können. Der Entscheidungszusammenhang ist nicht auf den Begriff Lernziel konzentriert.

Im Hinblick auf die Überprüfbarkeit der erworbenen Fähigkeiten setzt Klafki zum einen voraus, dass die Schüler an der Bestimmung von Kriterien für erfolgreiche Lernprozesse beteiligt werden; zum anderen geht es um die „Operationalisierung von Lernzielen“ mit der Einschränkung vonseiten

Klafki, dass bei anspruchsvolleren Zielsetzungen es sich nicht um abfragbare lernzielorientierte Tests handeln könnte, sondern dass es vielmehr darauf ankommen wird, die Schüler im Arbeitsprozess zu beobachten und sie zu befähigen, ihren Arbeitsprozess selbst beobachten zu können (vgl. Klafki (1997), 2002, S. 27f) (Anzumerken ist, dass R. Mager bei der Lernzieloperationalisierung auch die Beobachtung als Kriterium für eine Leistungsmessung einbezieht).

Das vorliegende Modell ist als eine Theorie mittlerer Reichweite⁵⁴ anzusehen. Der Lehrer legitimiert die Bildungsinhalte auf der Grundlage der didaktischen Analyse in Bezug auf den Bildungsgehalt. Es werden im Bildungsinhalt Wertorientierungen, die Kulturinhalte einschließen, berücksichtigt und das kritisch-konstruktive Konzept wurde sozialwissenschaftlich positioniert und ist charakterisiert durch die grundlegenden Zielstellungen, in denen Selbstbestimmung, Mitbestimmung und Solidarität integriert sind und sich als „roter Faden“ das gesamte Modell durchziehen; Bildungsprivileg ist aber vorprogrammiert. Ein Beispiel für die Umsetzung des bildungstheoretischen Konzeptes ist das Curriculum des Modellprojektes in Deutschland (DeC) (vgl. Tabelle 34, Anhang).

3.1.5 Handlungsorientierter Ansatz

So wie in den 70iger Jahren der Reformbewegung in Deutschland der lernzielorientierte didaktische Ansatz mit Lernzieloperationalisierung populär geworden ist und über Jahrzehnte sich als Instrument für die Curriculumentwicklung und das Erstellen von Unterrichtskonzepten in allen Bereichen der Bildung niedergeschlagen hat, wird seit einigen Jahren und gegenwärtig über das Konzept der „Handlungsorientierung“, dem Selbstbestimmung, Selbsttätigkeit und Problemlösungsansätze implizit sind, in der didaktischen Diskussion intensiv diskutiert.

Seine historischen Wurzeln reichen bis in das 17. Jahrhundert zurück, denn Johann Amos Comenius (1592-1670) war ein Verfechter des Bildungsprinzips auf der Basis von Verstehen, Handeln und Glauben; Johann Heinrich Pestalozzi (1746-1827) vertrat den Grundsatz Lernen in der Einheit von Kopf, Herz und Hand; A. Diesterweg (1790-1866) und Friedrich W.A. Fröbel (1782-1852) entwickelten im 19. Jahrhundert Selbsttätigkeitskonzepte. Karl Marx (1818-1883) sah den Ansatz zu einem handlungsorientierten Lernen in der Versöhnung von Kopf- und Handarbeit als Voraussetzung für die allseitige Entwicklung der Persönlichkeit. Reformpädagogen der ersten Jahrzehnte des 20. Jahrhunderts wie Hugo Gaudig (1860-1923) und Georg Kerschensteiner (1854-1932) sahen im handlungsorientierten Lernen ebenfalls die Arbeit, in der die Schüler Selbständigkeit durch Selbsttätigkeit erreichen, als wesentlichen Bildungsfaktor. Reformpädagogische Ansätze wurden des Weiteren ergänzt durch John Deweys (1878-1959) pragmatisch begründete Projektmethode. Als wesentliche Vertreter der marxistisch orientierten

⁵⁴ „Theorien mittlerer Reichweite“ (engl. middle range theory) ist ein von Robert K. Merton (1949, 1957, 1968) eingebrachter Begriff in die Soziologie und beschreibt das Abstraktionsniveau einer Theorie (in Abgrenzung zu Haupttheorien, z.B. Universaltheorie, „grand theories“ und Mikrotheorien). Merton bezeichnet Theorien mittlerer Reichweite als „Theorien, angesiedelt zwischen den kleinen Arbeitshypothesen, die während der alltäglichen Forschungsroutinen im Überfluß entwickelt werden, und den allumfassenden Spekulationen einschließlich eines theoretischen Globalschemas, von dem man eine große Anzahl empirisch beobachteter Gleichförmigkeiten des sozialen Verhaltens herzuleiten hofft“ (S. 3).

Tätigkeitstheorie sind zu nennen der sowjetische Pädagoge Anton Makarenko (1888-1939) und die Lernpsychologen der Kulturhistorischen Schule Alexej N. Leontjev (1977), Lew S. Wygotzki (1964) und Pjotr J. Galperin (1967). Jean Piaget (1956) und Hans Aebli (1987; 1990), die in lernpsychologischen Arbeiten den Zusammenhang von Tun und Lernen⁵⁵ betonten. Weitere sehr stark praktisch arbeitende Pädagogen wie Célestin Freinet (1896-1966) und Maria Montessori (1870-1952), die in der Schule eine Art Lernwerkstatt sahen, also ein Lernort, an dem ganzheitliche und schüleraktive Handlungen zur Förderung von Unabhängigkeit vollzogen werden (vgl. auch Jank/ Meyer 1994; Seyd 1995). Ein prägnantes Beispiel dafür, wie neuere Verfahren der Curriculumentwicklung in den 70iger Jahren mit solchen Konzepten verbunden werden sollten, kann das Curriculum „Kinder und ihre natürliche Umwelt“ eingeordnet werden. In diesem Kontext beschreibt Bodo Kayser (1978) den Begriff „Handelnder Umgang“ als didaktisches Prinzip, das in der Reformpädagogik mit dem Terminus „Selbsttätigkeit“ bezeichnet wurde, in psychologisch orientierter Didaktik als „Aktivitätsprinzip“ (Lompscher 1975, Entwistle 1970) oder als Konzept des „Handelnden Lernens“ (Aebli 1976) (S. 14). Als Vertreter des handlungsorientierten Ansatzes sind weiterhin Herbert Gudjons (1986) und Manfred Bönsch (1986) zu nennen; sie sind mit ihren Arbeiten in den 80iger Jahren neben Leontjev, Galperin und Aebli in den Mittelpunkt der didaktischen Diskussion gerückt.

Wesentliche Elemente des handlungsorientierten Lernens wie „Selbsttätigkeit“⁵⁶ beinhalten die didaktischen Modelle von K.-H. Flehsig (1983) und aktualisiert für E-Learning von H.-D. Haller (2002) (vgl. Kapitel 6.2). Den Begriff „Handeln“ interpretieren Flehsig/ Haller (1975) als „die Auffassung handgreiflichen Einwirkens auf die Umwelt, auf den Menschen und Sachen“ (S. 13); die Einwirkung kann auch mittels Sprache, nonverbal, durch Fertigkeiten etc. zum Ausdruck kommen, wobei Handeln als „mittelbares oder unmittelbares Einwirken“ (ebd.) zu verstehen ist. Die Autoren verbinden Handeln mit der Organisation von Lernprozessen und sind der Auffassung, „daß immer dann, wenn 'Organisation' und 'Planung' ins Spiel kommen, Bewußtheit und Absicht zunehmen“ (Flehsig/ Haller 1975, S. 14). B. Adl-Amini (1986) unterstreicht diesen Aspekt, wenn er Wright (1977, S. 83) zitiert: „Handeln heißt, intentional (,willentlich') eine Veränderung in der Welt (der Natur) bewirken oder verhindern“ (S. 36) und verweist in diesem Kontext darauf, dass sobald „etwas mit Willen und Absicht vollbracht wird, [...] Verantwortung übernommen werden“ muss (ebd.). Max Weber definierte den Begriff „Handlung“ als zweckgerichtet, wenn es heißt: „Handeln soll dabei ein menschliches Verhalten [...] heißen, wenn und insofern als der oder die Handelnden mit ihm einen subjektiven *Sinn* verbinden“ (1972, S. 1) (Langewand 1983, S. 429).

So ist der wissenschaftstheoretische Ansatz des handlungsorientierten Lernens auf die reformpädagogischen Traditionen zurückzuführen, orientiert an kognitiven Handlungstheorien (Piaget; Aebli) und sowjetischer Tätigkeitstheorie (Leontjev; Galperin) (vgl. Fuchs 1995 „sensumotorisches Agieren“ Querverweise zu Leontjev „Sinneswahrnehmung“ 1977; Piaget „Denken“ 1937; 1947).

⁵⁵ Charakterisiert Piagets und Aebli's interaktionistischen Ansatz.

⁵⁶ Eine ausführliche Auseinandersetzung findet in der Darstellung von H. Asselmeyer (1986) zur Begriffsabgrenzung von „Selbsttätigkeit“ und „Selbständigkeit“ (S. 572) statt.

Auch der Begriff „Handlungsorientierung“ weist in der Literatur unterschiedliche Konnotationen auf. Nach der Systematisierung ihrer Bedeutung durch Hermann G. Ebner (1992) werden mit Handlungsorientierung Gesichtspunkte verbunden wie

- ethische Prinzipien, d.h. unter situativen Bedingungen Wertmaßstäbe zu vermitteln, an denen der Lerner sein Handeln ausrichten kann;
- unterrichtliches Handeln, d.h. dem Lehrer Handlungsempfehlungen und Entscheidungshilfen für die Planung, Durchführung sowie Auswertung und Beurteilung des Unterrichts zu geben;
- Praxisorientierung als Synonym für Handlungsorientierung;
- Orientierung am praktischen Tun;
- Etikett für Unterrichtskonzepte, d.h. Kennzeichnung als schülerorientierten didaktischen Ansatz, in dem Aktivität und Selbsttätigkeit dominant sind;
- Lernprozesse in ihrer Komplexität zu gestalten, denen abstrakte und konkrete Gegenstände implizit sind;
- Rückbindung des didaktischen Konzepts an einen theoretischen Referenzrahmen wie Grundlagen der Philosophie, Soziologie und Psychologie (Persönlichkeitspsychologie, Kognitions- und Tätigkeitstheorie) (vgl. S. 35f).

Anknüpfend an die bisherigen Ausführungen, dass dem „Handeln“ sowie dem „handlungsorientierten Lernen“ theoretische Aspekte wissenschaftlicher Bezugsdisziplinen implizit sind und mit ihrer Hilfe Lernprozesse entsprechend initiiert und gesteuert werden können, so dass die Lerner durch weitgehende Selbsttätigkeit beim Lernen Selbständigkeit erreichen und Handlungskompetenz erwerben, werden erkenntnistheoretische Ansätze curricularer Handlungsorientierung, die den Begründungsrahmen hierfür geben, in Abbildung 4 dargestellt und interpretiert.

Abbildung 4: Erkenntnistheoretische Ansätze curricularer Handlungsorientierung
 – Begründungsrahmen –

		Aktionen	Positionen	Steuerungsoptionen	Disziplinen	
Abstrakt	Kompetenzerwerb	Ausgangssituation	↑ ↓	Gesellschaftlich determiniert: Verlangte Fachkompetenz auf der Grundlage der Kompetenzkriterien nach den EU-Empfehlungen ¹	Politik, Ökonomie Recht	
	Wissenschaftliche Bezugsdisziplinen	Wege	↑ ↓	Interiorisation (Verinnerlichung): Infolge von Bewusstseinsprozessen durch spezifische Transformation Identitäts ² -Assoziation: Über das Bewusstsein, d.h. „jener andauernde Fluß von Reflexionen, den wir Bewußtsein nennen und mit unserer Identität assoziieren, organisiert ist und seine Kohärenz bewahrt" (S. 250) Noradrenerge Aktivierung durch emotionale Beteiligung: Ausschüttung neuroplastischer Botenstoffe (Dopamin) Werteorientierung: Einstellungen-Emotionen-Betroffenheit	Psychologie (Leontjev 1977) Biologie (Maturana 1987) Neurobiologie (Hüther 1997) Philosophie, Ethik	
	Lehr-/ Lernformen	Mittel	↑ ↓	Erfahrungsorientiertes/-bezogenes Lernen wie - Simulation - Rollenspiel Vorbild des Lehrers: Vorbildwirkung, Identifikation	Didaktik (Flechsig 1983; Haller 2002)	
	Handlungsorientiertes Verhalten	Ziel	↑ ↓	Bewusstes Handeln: Infolge von Exteriorisation des „verinnerlichten" Wissens durch „körper"- bzw. erfahrungsbezogenes Lernen sowie Entwicklung von Gedächtnisstrukturen im Kortex, die auch den „Erhalt des gelernten Verhaltens" ³ steuern.	Praxis Bioenergetik	

determinierend (---); beeinflussend (—)

LEGENDE:

¹Bericht und Empfehlung zur verlangten Fachkompetenz der für die allgemeine Pflege verantwortlichen Krankenschwestern und Krankenpfleger in der EU vom 13.01.1998 (vgl. Quellenbezug Nr.: 3).

²Leontjev bezeichnet es als „Reflexion seiner selbst" (1977, S. 131).

³Maturana (1987, S. 214): Verhalten bleibt erhalten, solange es anwendbar ist!

Erkenntnistheoretische Ansätze als Begründung curricularer Handlungsorientierung lassen sich wie folgt beschreiben:

Zwischen Kompetenzerwerb als Ausgangssituation und dem angestrebten Ziel des bewussten Handelns liegt ein Abstraktionsniveau vor. Kompetenzerwerb als abstraktes Kriterium lässt sich mit Hilfe wissenschaftlicher Bezugsdisziplinen verallgemeinern, aus deren Erkenntnisse heraus die Lehr- und Lernformen als die Mittel auszuwählen sind, die in Lernsituationen den Lernenden ihr eigenes Tun reflektieren und ihnen helfen, handlungsorientiertes Verhalten als Kompetenz für bewusstes Handeln zu erwerben. Ausgehend von den Erkenntnissen „daß immer dann, wenn ‚Organisation‘ und ‚Planung‘ ins Spiel kommen, Bewußtheit und Absicht zunehmen“ so Flechsig/Haller (1975, S. 13) und „Die kritische Bilanz eigenen Tuns ... sichert, daß wir bewußt handeln und bewußt Erfahrungen machen“ (S. 23), ist zu konstatieren, dass für die Gestaltung des Lernprozesses solche Lehr- und Lernformen Priorität haben müssen, die ein erfahrungsorientiertes Lernen ermöglichen (vgl. Kapitel 6.2).

Neurobiologische Forschungen ergaben, dass beim Erwerb vom expliziten Wissen immer eine emotionale Beteiligung vorliegt. So können Begeisterung positive Emotionen und Angst negative Emotionen auslösen, wobei in beiden Fällen Lerneffekte zu verzeichnen sind. Relevant ist dabei das bewusste Erleben, das Betroffensein, d.h. der Lerner muss es auf sich selbst beziehen können, also emotional beteiligt sein, er muss die Erfahrung (auch Körpererfahrung) machen, um das Erlebte zu verinnerlichen, so dass im Gehirn Strukturen (Netzwerke) aufgebaut werden können. Gerald Hüther (1997) verweist darauf, dass Auslöser hierfür die noradrenerge Aktivierung durch emotionale Beteiligung ist, so dass eine Ausschüttung neuroplastischer Botenstoffe (Dopamin) erfolgt. Nachfolgend werden über das Bewusstsein eine Identitäts-Assoziation (Maturana 1987) sowie eine Verinnerlichung infolge von Bewusstseinsprozessen durch spezifische Transformation (Leontjev 1977) herbeigeführt.

Retrospektiv gesehen, beschreibt schon J.H. Pestalozzi den Gang der Erkenntnisse: „Alles, was du dir selbst von dir selbst bewußt bist, dessen bist du dir bestimmt bewußt; alles was du selbst kennest, das ist in dir selbst, und an sich durch dich selbst bestimmt“ (PSW, 13, S. 255). Oder: „durch das Bewußtseyn des Zusammenhangs aller seiner Kennzeichen, wird sie eine deutliche Erkenntniß“ (ebd., S. 257).

Neben dem „körper“- bzw. erfahrungsorientierten Lernen spielt auch das Vorbild des Lehrers eine Rolle, denn der Lerner identifiziert sich mit dem, was für ihn erstrebenswert ist. Erfahrung und Vorbildwirkung setzen den Ablaufmechanismus in Gang, sind prozessgesteuert von den Einstellungen des Lernenden (intrinsisch) über seine emotionale Beteiligung und Betroffenheit (extrinsisch) bis hin zur Interiorisation (Verinnerlichung), so dass der Lernende in der Zielposition in der Lage ist, sich in entsprechender Situation zu exteriorisieren (entäußern) bzw. bewusst zu handeln.

Mit dem Versuch, eine Einheit von Theorie und Praxis in der Curriculumreform zu erreichen, ist die dialektische Position von Suchodolski begründet, zitiert von Haft/ Hameyer: Es sind „alle Dinge und Erscheinungen als Prozesse zu betrachten. Sie (die Dialektik, Anm. d. Verf.) lehrt die Dinge in Verbindung mit der menschlichen Tätigkeit zu sehen. Unter diesen Bedingungen ist die Praxis nicht nur die Anwendung der Theorie, sondern ein Element der Wirklichkeit, in der sich Erkenntnis und

Tätigkeit vereinen" (Suchodolski 1972, S. 96) (Haft/ Hameyer 1975, S. 412) (vgl. Leontjev 1977; Maturana 1987). Schmied-Kowarzik/ Benner (1970, S. 590), so Haft/ Hameyer (1975), folgern: „Praxis (pragma) bedeutet Handeln, insbesondere das bewußte Tun im mitmenschlichen Bereich" (S. 413) oder: „Denken ist Ordnen des Tuns“ (Aebli 1981); mit anderen Worten gesagt, dass Praxis mit den Steuerungsprozessen bewusster Handlungsabläufe einhergeht und in ihrer Realität von Erkenntnis und Tätigkeit existiert.

Wie es von den Neurowissenschaftlern bestätigt wird, sind Lernprozesse emotional fundiert (vgl. Abbildung 4; Tabelle 45) und Horst Siebert (2005) äußert sich wie folgt: „Emotionen entscheiden nicht nur maßgeblich, ob, wann, wie, mit wem wir lernen wollen, sondern sie beeinflussen auch die Intensität und Nachhaltigkeit des Lernens (vgl. Roth 2001). Emotionen steuern die Aufmerksamkeit und die Erinnerung, sie sind der 'Leim' unseres Erfahrungswissens und der 'Filter' unseres Erkennens" (S. 7) (vgl. Kapitel 6.2.1).

Im weiteren beschreibt Herbert Gudjons (1987) in Bezug auf Handlungsorientierung solche didaktischen Ansätze wie exemplarisch-genetisches Lernen, entdeckendes Lernen, offener Unterricht, erfahrungsbezogener Unterricht, lehrzielorientierter Unterricht, soziales Lernen und Gruppenarbeit, wie sie auch von anderen Autoren als didaktische Konzepte oder als Unterrichtshilfen z.T. dargestellt worden sind und an dieser Stelle nicht weiter ausgeführt werden.

Als handlungsregulations-theoretisches Modell, das aus didaktischer Sicht als Grundlage für den handlungsorientierten Unterricht geeignet erscheint, stellt Gudjons (1987) das Modell einer „vollständigen Handlung" vor, in dem fünf Handlungsschritte vorgegeben sind wie

1. Handlungsziel feststellen
2. Handlungsplan erstellen
3. Handlungsdurchführung
4. Handlungsbewertung
5. Verinnerlichung (S. 51).

Mit dem Ziel des Unterrichts verbindet H. Gudjons (1987) „eine Handlungsvorstellung, die innerlich ausgeführt, auf andere Situationen *übertragen* und wiederum in eine effektive Handlung umgesetzt werden kann. Dazu muss eine Handlung *verinnerlicht* (*,interiorisiert'*) werden" (S. 53) (vgl. Abbildung 4), wobei die Versprachlichung bei der Verinnerlichung eine zentrale Rolle spielt (ebd.). Im Kontext der Operationalisierung sind auch die von H. Aebli (1983) betonten Schritte *Tun*, *Verstehen*, *Verinnerlichen*, *Automatisieren* einzuordnen (vgl. Gudjons 1987, S. 54).

Es ist festzuhalten, dass der Erfolg der Handlung von der Übereinstimmung von Wissen und Handeln abhängig ist; demzufolge ist die Kontiguität von Wissenserwerb und Wissensanwendung mit dem Ziel von Handlungswissen anzustreben. Anders gesehen: Handlungswissen (wissen wie) bezeichnet Fähigkeiten und Wissen über prozedurale Vorgänge (z.B. Problemlösung), bei dem es sich insbesondere um implizites Wissen (wie Erfahrungswissen) handelt. H. Aebli (1990) beschreibt es so: „Handlungswissen heißt wissen, was man tun muß, um ein erforderliches Objekt oder eine erforderliche Bedingung in der sachlichen oder sozialen Umwelt zu erzeugen oder zu finden" (S. 223) (vgl. Definitionen Kapitel 1.3). Und R. Fuchs (1995) verbindet Handlungswissen

mit der Herausbildung der Handlungskompetenz in einem gesetzmäßigen Zusammenhang zwischen den Tätigkeits- und Prozesskomponenten des Handelns, was sich in Tätigkeiten und Erlebnissen einer Person ausdrückt und als Selbsterfahrung evident ist (S.1). Flechsig/ Haller (1975) verknüpfen die Vorstellung von „bewußt handeln und bewußt Erfahrungen machen" (S. 23) mit der kritischen Bilanz des eigenen Tuns.

Mit dem Begriff der „Handlungskompetenz" ist die erwiesene individuelle Fähigkeit einer Person gemeint, die in der Lage ist, ihre Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie ihr erworbenes Wissen so einzusetzen, dass sie in der jeweiligen Handlungssituation den berufs- bzw. tätigkeitsspezifischen Anforderungen gerecht wird (vgl. CEDEFOP 2001; Meinert A. Meyer 1986; Behrendt 1999a; CEDID 2003), und deren „Handeln" als eine bewusste, zielgerichtete und rückgemeldete Tätigkeit (vgl. Fuchs 1995) diesen Prozess steuert.

Mit dem Begriff der „individuellen Handlungsfähigkeit" verbindet Hermann G. Ebner (1992) die Fähigkeit einer Person zu zyklisch vollständigen Handlungen, d.h. „Ziele zu bilden, Wege mental zu planen bzw. durchzuspielen, eigenes Tun und deren Ergebnisse zu bewerten etc." (S.44) (vgl. Gudjons 2001), was von Klein-Allermann/ Wild (1995) im Kontext von Selbstlernprozessen präzisiert wird, wenn es heißt: „die Fähigkeit, den Lernbedarf zu ermitteln, Lernziele festzulegen, Material und Lernstrategien auszuwählen, das Lernergebnis zu evaluieren sowie Lernstrategien zu modifizieren" (Arnold/ Tutor/ Kammerer 2001, S. 31). Anders ausgedrückt: Handlungsfähigkeit ist die Fähigkeit einer Person, ihr Wissen entsprechend der situativen Lage einzusetzen, zu kontrollieren und zu regulieren.

Im Zusammenhang solcher handlungsorientierter Konzepte spielte der Kompetenzbegriff eine wichtige Rolle. In den 70er Jahren waren die Orientierungen am Handlungsbegriff (Flechsig/ Haller 1975) neu entstanden und erweiterten das Handlungskonzept. In weiterer Folge ist dann in den 80er Jahren der Kompetenzbegriff eingeführt worden, der eine sehr enge Verbindung mit dem Handlungskonzept aufweist. Mit dem Begriff „Kompetenz" wurde zugleich der Begriff „Performanz" übernommen; mit Performanzen werden die im Unterschied zu den Kompetenzen „tatsächlich beobachtbare[n] Tätigkeiten, die auf Fähigkeiten oder Wissensaneignung schließen lassen" bezeichnet, d.h. die „Fähigkeiten eines Menschen und deren Realisierung in konkreten Situationen" (CEDID 2003). Am Beispiel der „Sprachkompetenz" wird die Bedeutung des Begriffspaars „Kompetenz-Performanz" wie folgt erläutert: "Wer eine Sprachkompetenz erwirbt, kann sich mit ihr in einem definierten kulturellen Raum (z.B. dem einer Sprachgemeinschaft) orientieren, er kann Sprachtätigkeiten anderer verstehen, und er kann eigene Sprachtätigkeit ausüben. Er kann sprachliche Erfahrungen machen und diese (als Schema) in seinem Erfahrungsschatz speichern und legt die Grundlage für weitere Tätigkeiten und Erfahrungen" (CEDID 2003).

Am Beispiel des Moduls „Erste Hilfe/ Notfallmedizin" in der Krankenpflegeausbildung soll im Folgenden der kompetenzorientierte Ansatz dargestellt (Tabelle 19, Anhang) und erläutert werden. Eine weitere Grundlage ist die Durchführung einer eingehenden Kompetenzanalyse. Sie enthält Kategorien und Subkategorien wie

- *Kompetenzklassen*: Sachkompetenz, Sozialkompetenz, Selbstkompetenz;

- *Anforderungsbereich*: Differenziertheit der Wahrnehmung, Rationale Bewertung, Emotionale Bewertung, Denken, Entscheiden, Technisches Handeln, Kommunikatives Handeln;
- *Operationsbezug*: Bereich, Stufe, Verhaltenskomponenten (kognitiv, affektiv, psychomotorisch);
- *Wissensbezug*: Orientierungswissen, Deutungswissen, Handlungswissen, Quellenwissen.

Mit Hilfe des Operationsbezugs als Kategorie der Kompetenzanalyse können die erwarteten Verhaltenseigenschaften im kognitiven, affektiven und psychomotorischen Bereich für den jeweiligen Verwendungszweck wie Zugangsvoraussetzungen und erwünschtes Endverhalten bei beruflicher Bildung und Studium, für Tätigkeitsprofile, Arbeitsplatzbeschreibungen etc. bestimmt werden. Die folgende Tabelle 18 greift zurück auf eine Darstellung in CEDID (2003), die als Grundlage der weiteren Curriculumplanung im Modul „Erste Hilfe/ Notfallmedizin“ diente:

Tabelle 18: Operationsbezug (Kompetenzanalyse)

Bereich Stufe	kognitiv	affektiv	psychomotorisch
	<i>Wahrnehmungsdifferenzierung</i> : Wissen um die Unterschiede in der Sinneswahrnehmung sowie deren Genauigkeit	<i>Aufmerksamkeit</i> : Aufnehmen von Sinneswahrnehmungen	<i>Körperreaktionen</i> : Sinnliche Wahrnehmung: Visuell, auditiv, taktil, olfaktorisch
	<i>Reaktionsdifferenzierung</i> : Verstehen, zu generalisieren und zu differenzieren		<i>Gleichgewichtssinn</i> : Wahrnehmung der Körperlage und deren Änderung im Raum
	<i>Assoziation</i> : Anwenden des Wissens, wie das Verknüpfen von Vorstellungen	<i>Engagement</i> : Reagieren, sich um etwas persönlich bemühen	<i>Beherrschung einzelner Gliederbewegungen</i> : Bewegungsabläufe
	<i>Mehrfachdiskrimination</i> : Analysieren bzw. Erklären von Unterscheidungsleistung, die sich auf das Auseinanderhalten von Elementen, Beziehungen etc. bezieht		
	<i>Verhaltensketten</i> : Synthese in Form hypothetischer Begründungen; Formierung von Elementen zu etwas neuartigem Ganzen	<i>Einzelbewertung</i> : Bestimmen bzw. Beurteilen einzelner Vorgänge etc.	<i>Koordination der Gliederbewegungen</i> : Bewegungskoordination, z.B. Gehen
	<i>Klassenbegriffe</i> : Bewerten bzw. Beurteilen von Materialien wie Relationen zwischen Begriffspaaren, z.B. eindeutig – mehrdeutig, untergeordnet – übergeordnet, Gemeinsamkeit – Unterschied		
	<i>Prinzipien & Modelle</i> : Grundlagen und Vorlagen für spezifische Fachkenntnisse	<i>Wertordnung</i> : Einer Sache oder einem Ereignis einen entsprechenden Wert nach seinem Zustand beimessen	<i>Präzision & Kontrolle</i> : Genauigkeit bzw. Exaktheit über eine Arbeit, einen Arbeitsablauf
	<i>Strategien</i> : Planung in der Gesamtheit als Denkprozess zur Verwirklichung eines Ziels, einschließlich Problemlösung und Handlung	<i>Personale Identität</i> : Bestimmtsein durch Werte, d.h. sich persönlich mit etwas Bestimmten identifizieren/ in völliger Übereinstimmung bzw. Deckung sein	<i>Kontrolle der Reaktionsgeschwindigkeiten</i> : Messung der Reaktionszeit von Reizauslösung und erfolgter Reaktion bzw. von Wahrnehmung und Verhaltensäußerung bzw. Handlung

nach CEDID (2003); (vgl. Interpretation zu „Qualifikationsanforderungen“ s.o.).

Die Kategorien im kognitiven, affektiven und psychomotorischen Verhaltensbereich sind aufeinander bezogen, z.B. besetzt ein operationaler Bezug zwischen Wahrnehmungsdifferenzierung (kognitiv) – Aufmerksamkeit (affektiv) – Körperreaktionen (psychomotorisch), das bedeutet, mittels Wissen in der Lage zu sein, über die Sinneswahrnehmungen (visuell, auditiv, taktil, olfaktorisch) differenziert und bewusst die Eindrücke aufzunehmen und zu verarbeiten, so dass auf die jeweilige Sinneswahrnehmung entsprechend reagiert bzw. gehandelt werden kann, z.B. bei der Krankenbeobachtung oder in Notfallsituationen. Oder: Es besteht ein Operationsbezug zwischen Reaktionsdifferenzierung (kognitiv) und Gleichgewichtssinn (psychomotorisch), d.h. die Reaktionen zu verstehen und fähig zu sein, sie entweder zu verallgemeinern oder zu präzisieren und sie dann der räumlichen Lage entsprechend zuzuordnen (vgl. Tabelle 18).

Der Inhaltskomponente sind die Wissensbereiche und Wissens Elemente zugeordnet, die in Curricula, Kursen etc. enthalten sind, während der Begriff „Stufe“ die Intensität oder Ausprägung der Entwicklung vom Anfänger bis zum Experten ausdrückt und den Gesamtumfang eines Studiums, einer Ausbildung oder eines Kurses umfasst, zu deren Abschluss das erwünschte Endverhalten beim Lerner erwartet wird. Darüber hinaus kann sich das Endverhalten der Lerner auch über die tägliche Praxis zur Stufe des Experten weiterentwickeln, ähnlich wie beim Autofahrer (vgl. Kompetenzmodell: Dreyfus/ Dreyfus). Damit ist nach der Kompetenzanalyse ein weiterer Schritt erreicht, der die Perspektive der Umsetzung der ausgewählten und systematisch beschriebenen Kompetenzen erfasst.

Für die Krankenpflege sind die Entwicklungsstufen zur Pflegekompetenz, die von Patricia Benner (1984; dt.: 1997) auf der Basis des Dreyfus-Modells⁵⁷ als stufenweiser Kompetenzerwerb erstellt wurden, relevant. Nach diesem Modell durchläuft ein Lernender beim Erwerb und bei der Vertiefung einer Fähigkeit fünf verschiedene Leistungsstufen (Neuling, Fortgeschrittene Anfängerin/ fortgeschrittener Anfänger, Kompetent, Erfahren, Expertenstufe). Benner fasste diese Entwicklung wie folgt zusammen:

Erstens, das Befolgen abstrakter Grundsätze wird durch Rückgriff auf konkrete Erfahrungen immer mehr abgelöst.

Zweitens, die Wahrnehmung der situativen Erfordernisse verändert sich, d.h. der Lernende sieht die Situation immer weniger als eine Summe von Einzelheiten, sondern eher als vollständiges Ganzes, in dem nur bestimmte Teile für ihn wichtig sind.

Drittens, der Lerner hat sich vom unbeteiligten Beobachter zum engagierten Handelnden entwickelt, d.h. er beobachtet die Situation nicht mehr von außen, sondern steht in der Situation, er ist direkt beteiligt (vgl. Benner 1997).

P. Benner (1997) charakterisiert die einzelnen Entwicklungsstufen⁵⁸ vom Neuling (Stufe 1) bis zur Pflegeexpertin/ zum Pflegeexperten (Stufe 5). Sie kommt zu der Erkenntnis, dass die Pflegenden auf der Stufe 5 in der Lage sind, aus der Situation heraus Handlungen abzuleiten und das Problem zu erfassen. Sie nehmen die Situation als Ganzes wahr, haben den scharfen Blick für das, was zu

⁵⁷ Dreyfus-Modell, das der Mathematiker und Systemanalytiker Stuart Dreyfus und der Philosoph Hubert Dreyfus an Schachspielern und Piloten entwickelten (Dreyfus/ Dreyfus 1980; Dreyfus 1982). Es ist ein situatives Modell, Merkmale des Handelns – so die Autoren – sollen auf jeder Entwicklungsstufe zu beschreiben sein.

⁵⁸ Ausführlicher sind die einzelnen Entwicklungsstufen in Benner (1997) beschrieben.

tun ist und handeln sofort (vgl. Benner 1997). Benner bezieht sich hierbei auf die Beschreibung von Beispielen in verschiedenen Bereichen (u.a. zu „Wirkungsvolles Handeln bei Notfällen“), in denen klinische Situationen dargestellt sind und die eine Vorstellung von Kompetenzen vermitteln sollen. Es ist ein situationsbezogener, interpretativer Ansatz zur Erfassung und Beschreibung von klinischem Wissen, dem Interviews mit erfahrenen und weniger erfahrenen Pflegenden und Beobachten ihrer Praxis zugrunde liegen (vgl. Benner 1997, S. 65 passim).

Benner (1997) bezeichnet Wissen, das den Leistungen von Pflegeexperten zugrunde liegt, „als den unangenehmen Vorgang des Sammeln von Erfahrungen, die nicht durch formale Modelle oder Theorien über Situationen vermittelt werden können“ (S. 190). Den Begriff Erfahrung beschreibt Adlai Stevenson folgendermaßen: „Ein Wissen, das nicht durch Worte gewonnen wird, sondern durch Berührungen, Bilder, Klänge, Siege, Niederlagen, Schlaflosigkeit, Hingabe, Liebe – durch alle menschlichen Empfindungen und Gefühle, die in der Begegnung mit dieser Erde, mit sich selbst und anderen in einem hervorgerufen werden“ (Benner 1997, S. 190).

Am Beispiel des Moduls "Erste Hilfe"/ „Notfallmedizin“ (vgl. Tabellen 19 und 20, Anhang) wird aufgezeigt, dass bei einer Hochschulausbildung der Krankenschwester/ des Krankenpflegers nach Abschluss die Kompetenzstufe einer Pflegeexpertin/ eines Pflegeexperten in Bezug auf „Wirkungsvolles Handeln bei Notfällen“ zu erwarten ist, was den EU-Empfehlungen zur verlangten Fachkompetenz sowie den ERC-Leitlinien für Reanimation⁵⁹ (2005) der Kompetenz eines „Pflegeprofis“ entspricht. Es wird die stufenweise Kompetenzentwicklung, die sich über den gesamten Zeitraum des Studiums erstreckt, aufgezeigt sowie der Lernzuwachs bzw. Spezifikationsgrad im Hinblick auf die Inhalts- und Verhaltenskomponenten verdeutlicht. Die Submodule 1-3 des Moduls "Erste Hilfe"/ „Notfallmedizin“ (vgl. Tabelle 19, Anhang) sollten im 1. Studienjahr absolviert werden und mit einem Test abschließen, während die „Fresh up Kurse“ I und II im 2. bzw. 3. Studienjahr durchzuführen sind, die schwerpunktmäßig eine Vertiefung und Erweiterung der Fähigkeiten bis hin zur Kompetenzstufe 5, nach Benner „Pflegeexpertin“/ „Pflegeexperte“, als Zielsetzung beinhalten. In Tests und in der vorgesehenen Abschlussprüfung ist analog zu der zu erreichenden Entwicklungsstufe jeweils der Nachweis über kompetentes Handeln in Notfallsituationen zu erbringen. Bei einer Studiendauer von mehr als drei Jahren sind die „Fresh up Kurse“ I und II einschließlich Test und Abschlussprüfung entsprechend zeitlich einzuordnen.

In der curricularen Modulbeschreibung (Tabelle 20, Anhang) sind neben den Stundenangaben die Zielsetzungen für den Kompetenzerwerb, die inhaltlichen Schwerpunkte für Theorie und Praxistraining (Mesoebene) sowie die Angaben zu Tests und zur Abschlussprüfung analog zur stufenförmigen Entwicklung der Kompetenz enthalten; Empfehlungen für Lehr- und Lernarrangements, die dem Lehrer/ Trainer und Lerner bei der Planung und Organisation der Lernsituationen (Mikroebene) hilfreich sein können, werden im Kapitel 6.2.4 gegeben, so dass der vorliegende Modulplan dahingehend ergänzt wird.

In Übereinstimmung mit P. Benners (1997) Situationsbeschreibung zu „Wirkungsvolles Handeln bei Notfällen“ sind Notfallsituationen durch zwei Aspekte charakterisiert:

⁵⁹ ERC: European Resuscitation Council

1. Die Ausgangssituation, die beschreibt, dass die Pflegeperson meistens als Generalist fungiert und die Funktionen der verschiedenen Spezialisten aufeinander abstimmt. Sie hat den Überblick über das Ganze.
2. Die Handlungskompetenzen, die sich äußern im
 - kompetenten Handeln, umfasst Fähigkeiten wie schnelle Problemerkennung, Einleiten angemessener Eingriffe sowie Einschätzung und Mobilisierung der verfügbaren Unterstützung;
 - Bewältigen des Unvorhersehbaren, umfasst das Wissen über Mithilfemöglichkeiten der Mitarbeiter/innen, über Patientenbedürfnisse und den zur Verfügung stehenden Mitteln und Möglichkeiten sowie Ressourcen;
 - Erkennen kritischer Zustände beim Patienten und damit umgehen können bis der Arzt eintrifft, d.h., Pflegende beginnen meistens mit den Reanimationsversuchen und bewegen sich in der Gratwanderung zu entscheiden, wann sie Lebensrettungsmaßnahmen einleiten müssen und wann sie die Grenzen sicheren pflegerischen Handelns überschreiten (m.E. bewegt sich die Gratwanderung im Grenzbereich zwischen Ethik und Recht).

Patricia Benner (1997) Kompetenz- bzw. Situationsbeschreibung zu „Wirkungsvolles Handeln bei Notfällen“ liefert einen wesentlichen Beitrag zur Charakterisierung der Tätigkeiten von Pflegenden. Sie interpretiert die Notfallversorgung als ein pflegerelevantes Teilgebiet, das zum Aufgabenbereich der Pflege zählt, ihre bedeutendste Aufgabe es ist, Gesundheitsprobleme zu erkennen und Veränderungen des Zustandes des Patienten zu überwachen bzw. entsprechende Sofortmaßnahmen einzuleiten. In diesem Kontext verweist sie darauf, dass situationsgerechtes Handeln den Pflegenden abverlangt wird, was bedeutet, dass sie in einem berufsübergreifenden Team die Position eines gleichberechtigten Partners einnehmen (mit dem Vorzug, Instruktionen zu erteilen). Benner (1997) sieht als notwendige Voraussetzung für den Erwerb hochgradiger Kompetenzen eine fundierte Ausbildung, in die biologische und psychosoziale Wissenschaften zu integrieren sind und in der Praxis und Theorie der Krankenpflege den Blick für das Wesentliche öffnen. Das führt zu der Schlussfolgerung, dass solch ein Qualifikationsprofil auf der Basis der Hochschulausbildung zu erwerben ist und bei Abschluss der Krankenpflegeausbildung die verlangte Fachkompetenz garantiert.

M. Bönsch (2005) verweist darauf, dass der handlungsorientierte Ansatz solche Lernmöglichkeiten eröffnet, „die problem- und schülerorientierter sind, Lernen erfahrungsorientierter organisiert und näher an berufliche Realsituationen heranhöhrt“ (S. 9f), so wie schon Comenius, Pestalozzi, Fröbel u.a. den Sinn des erfahrungsorientierten Lernens erkannt und in ihren Arbeiten dokumentiert haben.

Eine große Reichweite des handlungsorientierten Ansatzes ist nur unter Berücksichtigung der Legitimation von Entscheidungen gegeben, die von der Makroebene bis zur Mikroebene des didaktischen Handelns reichen. Die Entscheidungen zu den Zielen, Inhalten und Methoden sind letztlich nur im Konsens der Lehrperson und der Lernenden legitim. Für interkulturelles Lernen und Arbeiten weist das handlungsorientierte Konzept Vorzüge auf. Als neuere Ansätze sind Kompetenzkonzepte zu nennen, die in Einklang mit neueren Ansätzen „kultureller“ Psychologie zu verstehen sind, z.B. das „Kompetenz-Performanz-Konzept“ von Flechsig/ Haller (CEDID 2003).

3.2 Verfahren und Prozesse der Curriculumentwicklung

In diesem Abschnitt geht es um die Frage, welche Erkenntnisse über die Art und Weise vorliegen, in der Curriculumentwicklung ausgeführt wird. Insbesondere liegen Untersuchungen vor, die Verfahren und Prozesse der Entwicklung von Lehrplänen nachzeichnen. Besonderer Schwerpunkt ist dabei die Frage nach den Entscheidungsprozessen.

In Deutschland wurden im Zeitraum von 1973-1999 mehrere Studien zur Lehrplanarbeit durchgeführt mit dem Schwerpunkt, die Arbeit von Lehrplankommissionen zu untersuchen. So stellte H.-D. Haller (1973) in der empirischen Studie zur „Prozess-Analyse der Lehrplanarbeit“ die Situation in der Bundesrepublik Deutschland, den Zeitraum von Ende der 60er und Beginn der 70er Jahre umfassend, dar. Diese Untersuchung wurde zum Ausgangspunkt für die Nutzung empirischer Verfahren in weiteren Untersuchungen: So die Folgestudie von Henning Haft u.a. (1986), in der die staatliche Lehrplanarbeit der ersten Hälfte der 80er Jahre erfasst war. Im Folgenden wurde im DFG⁶⁰-Projekt „Sekundäre Lehrplananbindung: Vergleichende Untersuchungen zur Entstehung und Verwendung von Lehrplanentscheidungen“ von J. Biehl, F. Ohlhaver, K. Riquarts (1999) auf die Arbeit von H. Haft u.a. zurückgegriffen. Diese Studie betrifft die Entstehung und Entwicklung neuer Lehrpläne für das allgemeinbildende Schulwesen, es ist eine internationale Studie in der Zusammenarbeit der Länder Deutschland, Schweiz und Norwegen. Die Vorgehensweise solcher Untersuchungen soll am Beispiel des DFG-Projekts dargestellt werden. Diese Studie umfasste Lehrplanentwicklung, Lehrpläneinführung und Lehrplanrealisierung durch Lehrkräfte, und in dieser Einteilung wurden die Untersuchungen getrennt durchgeführt mit dem Ziel, eine vergleichende Darstellung der Veränderungen in der Lehrplanentwicklung (im Mittelpunkt stand die Untersuchung von Lehrplankommissionen), in der Umsetzung sowie zur Verwendung von neuen Lehrplänen an Schulen und Unterrichtspraxis vorzulegen. Als Methode wurde die Befragung gewählt: Die Befragung von Lehrplanentwicklern mittels Fragebogen, Interviews mit „Schlüsselpersonen“ in der Lehrpläneinführung und explorativ die Befragung von Lehrkräften an Schulen. Die Daten zur Lehrpläneinführung wurden mittels einer qualitativen Studie erfasst. Daten für den historischen Vergleich von Lehrplanprozessen standen u.a. durch die Untersuchung von Haft u.a. (1986) zur Verfügung, mit Rückgriff auf die Untersuchung von Haller (1973) zur Prozessanalyse der Lehrplanarbeit. Entscheidungsprozesse bei der Lehrplanarbeit und zur Rekonstruktion und Analyse von Curricula werden nachfolgend ausführlicher dargestellt.

Die Problematik der curricularen Entscheidungsprozesse ist in der Fachliteratur aus unterschiedlicher Sichtweise betrachtet dargestellt, was sich insbesondere in der wissenschaftstheoretischen Begründung (Ansatz akzentuiert über Zielermittlung oder Produktbestimmung) wie auch in der pädagogischen Positionierung (deduktiv oder induktiv) ausdrückt.

Entscheidungsprozesse bei der Lehrplanentwicklung und zur Rekonstruktion und Analyse von Curricula werden in dieser Arbeit skizziert, wie sie von Flechsig/ Haller u.a. in den wissenschaftlichen Arbeiten zur Prozess-Analyse (Haller 1973) und im LOT-Projekt (Flechsig/ Haller u.a. 1970; 1971) im Kontext der Curriculumforschung untersucht worden sind. Ihre Arbeiten

⁶⁰ DFG: Deutsche Forschungsgemeinschaft

sind charakterisiert durch empirisch-analytische Verfahren, d.h. sie sind wissenschaftstheoretisch begründet durch erfahrungswissenschaftliche Ansätze und beziehen sich auf die Ableitung von Zielen aus Bedarfssituationen, also einem Verfahren der Zielermittlung, das schon in den 60iger Jahren in den USA (zurückgehend auf Charter 1923) unter der Bezeichnung „developmental curriculum projects“ praktiziert worden ist.

In der empirischen Studie zur **Prozess-Analyse der Lehrplanentwicklung** stellte Hans-Dieter Haller (1973) im Wesentlichen die Situation der Lehrplanarbeit in der Bundesrepublik Deutschland – den Zeitraum von Ende der 60iger und Beginn der 70iger Jahre umfassend – dar. Diese Studie war integriert im LOT-Projekt („Lernzielorientierte Testentwicklung“) der Arbeitsgruppe für Unterrichtsforschung an der Universität Konstanz. Untersuchungsgegenstand dieser Forschungsarbeiten war einerseits die Arbeit von Lehrplankommissionen, wie sie ihren Auftrag im allgemeinen erfüllen, und im spezifischen die Fragestellung zu Entscheidungen über Lernziele und Lerninhalte, die sich insbesondere auf den Zusammenhang von intendierten Lernleistungen, Unterrichtseinheiten und entsprechenden Lernprozessen beziehen.

H.-D. Haller (1973) bezeichnet Lehrplankommissionen als „diejenigen Gremien, welche unter der Leitung oder im Auftrag der Schulverwaltungen der Länder in der BRD Entwürfe für Lehrpläne oder Richtlinien für den Unterricht in allgemeinbildenden öffentlichen Schulen des betreffenden Bundeslandes erstellen und diese jeweils dem Kultusminister bzw. Schulsenator zuleiten, der sie dann in einer von ihm vertretenen Form als Erlasse verkündet“ (S. 3); anzumerken ist, dass Lehrplankommissionen nicht selbst die Entscheidungsgremien sind. Bezogen auf die vorliegende Arbeit, in der es sich um curriculare Entscheidungsprozesse im Bereich der Berufsbildung bzw. Hochschulbildung handelt, ist diese Definition durchaus übertragbar.

In Bezug auf lehrplan- bzw. curriculumtheoretische Aspekte sind in der Studie von H.-D. Haller zwei Orientierungen zu verzeichnen, die Prozessorientiertheit und die Entscheidungsorientiertheit. Als prozessorientiert ist das Interaktionsverhalten der Personen oder Gruppen bezeichnet, wobei Lehrpläne als Produkte dieser Prozesse gesehen werden; unter entscheidungsorientiert wird die Auswahl alternativer Lernziele und Lerninhalte verstanden. Zu unterscheiden ist noch zwischen Prozess- oder Prozess-Produkt-Analysen. Prozess-Analysen beziehen sich nur auf die Beschreibung von Prozessen, während in Prozess-Produkt-Analysen zu überprüfen ist, welche Abhängigkeit der Produkte von solchen Prozessen im Kontext curriculärer Entwicklungsaktivitäten bestehen (vgl. Haller 1973; 1983).

Mit dieser Untersuchung wurde der bis zu diesem Zeitpunkt weitgehend unbekannte Ist-Zustand der Arbeit der Lehrplankommissionen eruiert und in den Folgejahren oft zitiert; diese Untersuchung wurde zum Ausgangspunkt für die Nutzung empirischer Verfahren in weiteren Untersuchungen. So legen Henning Haft u.a. 1986 eine Folgestudie vor, in der die staatliche Lehrplanarbeit der ersten Hälfte der achtziger Jahre erfasst ist. In dem Fragebogen waren Teile der Fragebogenerhebung von Hans-Dieter Haller übernommen worden, so dass mit dieser Teilreplikation auch die Arbeit zur Lehrplanentwicklung analysiert werden konnte. Es zeigte sich jedoch, dass eines der Ergebnisse die Folgenlosigkeit der Curriculumsdiskussion für die Lehrplanentwicklung aufwies, d.h. an der Praxis der Lehrplanarbeit hatte sich also nicht viel geändert (vgl. Biehl/ Hopmann/ Künzli 1999; Schäfer 2002).

Das Modell des **LOT-Projektes** gab den theoretischen Rahmen für zwei verschiedene Untersuchungen ab: *Erstens* die empirische Bestandsaufnahme über das Zustandekommen staatlicher Lehrpläne bzw. Richtlinien (Befragung zur Prozess-Analyse, Haller 1973). *Zweitens* durch Experimente mit simulierten Entscheidungssituationen, z.B. Planspiele. Flechsig/ Haller (1971) weisen darauf hin, dass man sich auch der Simulation von Entscheidungssituationen bedienen kann, „um Personen auszubilden, die Entscheidungsverhalten lernen sollen“ (S. 50). Didaktische Entscheidungen setzen das Vorhandensein didaktischer Alternativen voraus (Pluralität von Alternativen, binäre Alternativen oder Ja-Nein-Alternativen). Flechsig/ Haller (1970) konstatieren:

„Didaktische Entscheidungsprozesse finden immer dann statt, wenn menschliche Individuen für sich selbst oder für andere zwischen Alternativen wählen, welche innerhalb und zwischen Unterrichtssystemen bestehen bzw. zwischen Elementen von Unterrichtssystemen. Dabei kommt es zunächst nicht darauf an, welchen Grad an Realisierbarkeit jede dieser Alternativen aufweist, sondern nur darauf, daß jede Alternative prinzipiell realisierbar ist“ (S. 50).

In diesem Sinne finden nach Auffassung der Autoren didaktische Entscheidungen auf verschiedenen Ebenen und mit unterschiedlichem Grad an Bewusstheit statt. Das können sein

- politische Entscheidungen in Bezug auf Vorschulerziehung oder berufliche Ausbildung,
- Entwicklung curricularer und organisatorischer Konzepte,
- Personalauswahl für bestimmte Funktionen innerhalb von Unterrichtssystemen,
- Festlegung von Erfolgs- und Leistungskriterien (Prüfungsordnung),
- Auswahl von Lehrverfahren, Lehrmitteln etc.
- Auswahl von Lernzielen innerhalb von Curriculumbereichen

etc. (vgl. Flechsig/ Haller u.a. 1970, S. 51) (vgl. Handlungsebenen, Tabelle 21, Anhang).

Als Optimierungskriterien für didaktische Entscheidungsprozesse sind zu nennen: „Kompetenz“ und „Legimitation“ der Entscheidungsträger sowie „Transparenz“ und „Effizienz“ der Entscheidungsprozesse (vgl. Flechsig/ Haller u.a. 1970; Haller 1973) (vgl. Tabelle 22). Bei der Simulation von didaktischen Entscheidungen handelt es sich psychologisch gesehen um höchst komplexe Prozesse. In Simulationsexperimenten, in denen es sich um Entscheidungsprozesse über Lernziele handelt, sind als Voraussetzungen dafür notwendig:

- Das Entscheidungsobjekt (z.B. Entdecken von Lernzielen, Auswahl von Lernzielen),
- die Entscheidungsträger (z.B. Mitbeteiligung der Lerner selbst) und
- die Entscheidungssituation (z.B. Art und Menge der Informationen oder subjektiv erwünschte Normen, die in die Entscheidungsbegründung eingehen) (Flechsig/ Haller u.a. 1970, S. 55f).

Bei der Analyse dieser Prozesse gilt es zu unterscheiden zwischen den „vorgefundenen“ (z.B. bei der Arbeit von Lehrplankommissionen) und den „konstruierten“ (z.B. Experimentalseminare) Entscheidungssituationen. In beiden Entscheidungssituationen müssen nach Flechsig/ Haller u.a. (1971) entsprechende Voraussetzungen erfüllt sein, wenn die Anwendung erfahrungswissenschaftlicher Methoden sinnvoll sein soll. Es sind folgende Voraussetzungen:

- „a) Die Prozeß-Variablen müssen spezifiziert und beobachtbar sein,
- b) es müssen Ereignisse eintreten, die den Charakter von Entscheidungen (im definierten Sinn) haben,

- c) das Beobachtungsinstrumentarium muß geeignet sein, diese Ereignisse zu registrieren und
- d) es müssen eindeutige Beziehungen zwischen den gewonnenen Daten und dem Modell herstellbar sein“ (S. 58).

Entscheidungsprozesse in der Curriculumentwicklung sind auch Gegenstand des Gutachtens von K.-H. Flechsig und H.-D. Haller (1973), das sie im Auftrag der Bildungskommission des Deutschen Bildungsrates erstellt haben. Nach Ermessen der Gutachter werden neben dem Auftraggeber aber auch Interessen verschiedener gesellschaftlicher Gruppen angesprochen wie Lehrer, Eltern, Schüler, Bildungspolitiker, Administratoren, Lehrmittelhersteller, Lehrbuchautoren, Wissenschaftler, also Personen, die mittelbar oder unmittelbar entsprechend ihrer Funktion zum Handlungsbereich derer gehören, die didaktisches Handeln vollziehen bzw. direkt oder indirekt daran beteiligt sind (vgl. Flechsig/ Haller 1975; Tabelle 21, Anhang).

Der Hauptgegenstand des Gutachtens bezieht sich auf Entscheidungen über Lernziele in der Curriculumentwicklung und schließt Fragen der Kompetenz und Legitimation der Entscheidungsträger und Begründungen, die den Entscheidungsprozess betreffen, ein. Zu folgenden Aspekten sind Entscheidungen über Lernziele zu treffen: Curriculumentwicklung, Implementierung, Diffusion einschließlich Evaluation in der Diffusionsphase und Curriculumrevision (vgl. Flechsig/ Haller 1973).

So beziehen sich die Lernzielentscheidungen auf Prozesse, denen die Auswahl von Lernzielen und Lerninhalten implizit sind, aber auch auf Lernorganisation und Medienauswahl. Die Autoren unterscheiden darin, dass nach dem Operationalisierungskonzept „Inhalt“ eine Dimension des Lernziels ist, aber in einem bildungstheoretischen Ansatz Lernziele den Charakter von Leitideen tragen und dann die Inhalte wie Fächer, wissenschaftliche Dispositionen, Berufsfelder anzuwenden sind.

In Anlehnung an Flechsig/ Haller (1973) beziehen sich Entscheidungen bei der Curriculumentwicklung insbesondere auf Fähigkeiten und Verhaltenseigenschaften von Lernenden, die von den Curriculumentwicklern antizipiert werden und das erwünschte Verhalten nach Abschluss des Lernprozesses skizzieren; sie können sich aber auch auf Vorgaben von Lehrmaterialien und/ oder bestimmten Lernsituationen beziehen. Bestimmend hierfür sind drei wesentliche Merkmale – Inhalt, Spezifikationsgrad von Aussagen und Begründung von Lernzielentscheidungen – deren Ausprägung davon abhängig ist, inwieweit der Handlungsspielraum der Lehrenden und schließlich die Lernprozesse der Lernenden definiert sind.

Gegenüber der traditionellen Unterrichtsplanung stehen innovative Curriculumprojekte, die sich nach Flechsig/ Haller (1973) dadurch unterscheiden, dass die Curricula an Hochschulen⁶¹ entwickelt werden, von Teams, die Lernziele und Lerninhalte spezifiziert festgelegt werden, die Curriculumentwicklung sich bis hin zur Planung des Unterrichts, zur Lehrerbildung bzw. Lehrerfortbildung erstreckt, die Curriculumentwickler bis zu mehreren Qualifikationen, einschließlich Spezialisten vertreten sind, und die Curriculumentwicklung verbunden ist mit

⁶¹ Im Vergleich zur Studie werden Curricula an Hochschulen bzw. Ausbildungsstätten entwickelt wie z.B. in Dänemark, Finnland, Lettland, Niederlande, Schweiz, Tschechien, UK/ Schottland.

Wirkungskontrolle und Wirkungsbeurteilung (vgl. Haller 1975a). Innovative Curriculumprojekte resp. „developmental Cuurricula projects“ zeichnen sich besonders dadurch aus, dass durch die kollektive Entwicklung eine optimale Gewährleistung an Repräsentanz und Kompetenz gegeben ist, sie vor der Implementation experimentell erprobt bzw. Erfahrungen gesammelt werden können und sie ggf. revidiert werden können mit dem Ziel der ständigen Verbesserung (vgl. Flechsig/ Haller 1973).

Entscheidungskriterien spielen nach K.-H. Flechsig/ H.-D. Haller (1973) eine wesentliche Rolle sowohl für die Analyse als auch für die Verbesserung von curricularen Entscheidungen. Die Autoren unterscheiden curriculumtheoretische Konzepte in deduktionistische (Kriterien aus übergeordneten Systemen wie gesellschaftliche, wissenschaftliche, ethische, ökonomische etc.) und dezisionistische (Herleitung der Kriterien selbst als Gegenstand analytischer oder konstruktiver Aktivitäten) Konzepte. Ein Konzept wurde von K.-H. Flechsig u.a. (1970, 1971) entwickelt und als eine qualitative Lösung vorgestellt, die sich darauf bezieht, dass die Kriterien nicht als Voraussetzungen angesehen werden, sondern sie im Interaktionsprozess selbst die herauszuarbeitenden Produkte sind (vgl. Flechsig/ Haller 1973). Inhaltliche oder prozessbezogene Kriterien für die Entscheidungen über Lernziele, wie sie von Flechsig/ Haller (1973) festgelegt worden sind, werden nachfolgend dargestellt.

Tabelle 22: Zusammenfassende Übersicht der vier Kriterien über Lernzielentscheidungen

1. Legitimation der Entscheidungsträger	2. Kompetenz der Entscheidungsträger	3. Transparenz der Entscheidungsprozesse	4. Effizienz der Entscheidung
Durch: - Auftrag - Betroffenheit - Kompetenz - Verfahren	Durch: - Entscheidungsbewusstsein - Fachkenntnisse - Verfahrenkenntnisse	- Identifizierung der Entscheidungspunkte - Öffentlichkeit bei der Rekrutierung der Entscheidungsträger - Offenlegung der Vorentscheidungen - Offenlegung der Begründung	- Kommunizierbarkeit - Realisierbarkeit - Evaluierbarkeit - Revidierbarkeit

Während in den fünf Handlungsebenen der Didaktik von K.-H. Flechsig/ H.-D. Haller (1975) Angaben zu den an der Curriculumentwicklung beteiligten Personen und zu deren Entscheidungsfeld im Kontext didaktischen Handelns gemacht worden sind (vgl. Tabelle 21, Anhang), treffen die vier Kriterien über Lernzielentscheidungen Aussagen über Legitimation und Kompetenz der Entscheidungsträger, zur Transparenz der Entscheidungsprozesse sowie Wirksamkeit der Entscheidung. Es sind die vier Kriterien, die die Qualität des Prozesses näher bestimmen, und durch ihre weitere Differenzierung wird auch die wechselseitige Abhängigkeit voneinander besser ersichtlich (vgl. Flechsig/ Haller 1973).

Im angelsächsischen Bereich hat Stella Pendleton (1991 dt. 1993) zur Entscheidungsfindung unter dem Titel „Improving curriculum decision-making“ publiziert; sie spricht Kernprobleme an, die bei der Curriculumplanung und -entwicklung mehr oder weniger für alle explizit sind, wie z.B., was

und wie sollen Studenten lernen, wie lernen Erwachsene, für wen sind die Curricula bestimmt (Theorie, Praxis, Lehrer), wer sind die Entwicklungsgruppen resp. Curriculumentwickler, wer von ihnen kennt die Probleme der Studenten und wie vertraut ist ihnen die Leitungsstruktur der Schule, welche Anforderungen sind an berufliche und akademische Lehrpersonen zu stellen, wie ist es mit dem Vorhandensein von Hilfsmitteln einschließlich Bibliothek, was stellen die Lehrer dar? J. Schwab (1983), auf den sich Stella Pendleton bezieht, empfiehlt, auch einen Lehrplanspezialisten hinzu zu nehmen, der die aussichtsreichsten Möglichkeiten für den Prozess entdecken soll und so ziemlich alle Bildungsseiten abdecken würde, da die anderen Curriculumplaner und -entwickler nur aus der eigenen Sichtweise blicken. Des Weiteren steht noch die Überlegung zur Diskussion, den Prozess spiralförmig zu gestalten (vgl. Pendleton, S. 222-225).

3.3 Analyse von Curricula

Der Begriff „Curriculumanalyse“ wird in der didaktischen Literatur sehr unterschiedlich bestimmt. Gegenstand und Funktion der Curriculumanalyse werden von den Autoren einer sehr unterschiedlichen Betrachtungsweise unterzogen, die vorliegenden Ansätze zu einer Analyse können sich sowohl auf Komponenten bzw. Elemente des Curriculums (Frey 1971; Häussler/ Pittmann 1975) als auch auf Entscheidungsprozesse im Rahmen der Curriculumentwicklung (Flehsig/ Haller 1973) beziehen. Als Methoden der Curriculumanalyse werden Inhaltsanalyse und Befragung differenziert eingesetzt. Die Funktion der Curriculumanalyse bezieht sich auf die Analyse bestehender Lehrpläne resp. Curricula, die Bereitstellung von Informationen zur Auswahl von Curricula und die Analyse von Entscheidungsprozessen (vgl. Merckens/ Strittmatter 1975; Haller 1973; Flehsig/ Haller 1973).

Zum Forschungsstand der Curriculumanalyse konstatieren J. Biehl/ S. Hopmann/ R. Künzli (1999), dass sich die Forschungslage nicht grundlegend gewandelt hat, so dass auf die Bilanz zur Lehrplan- und Curriculumforschung der siebziger und achtziger Jahre von H.-D. Haller (1973), H. Haft u.a. (1986) Bezug genommen wird

Lehrplananalyse und Leistungsmessung werden auch in Verbindung zu Taxonomien gebraucht, mit deren Hilfe Lerninhalte auf die zu erwartenden Verhaltensdispositionen hinterfragt werden, um anschließend ableitbare Messkriterien für Lernerfolgskontrollen formulieren zu können (Behrendt 1999b) bzw. auf deren Grundlage den qualitativen Anspruch für weiterführende Qualifikationen festzulegen (Behrendt 1999a; vgl. Kapitel 3.1.1 und 3.1.3).

3.3.1 Analyse von bestehenden Curricula (Revisionsmodelle)

Für einen Curriculumvergleich sind Analyse und Aufarbeitung von Curriculummaterialien vorangestellt sowie die Klärung von Begrifflichkeiten. Nach P. Häussler (1975) wird unter *Curriculummaterialien* die Gesamtheit aller Materialien verstanden, die zur Planung, Gestaltung oder zur Kontrolle von Unterricht im jeweiligen Lernbereich zur Anwendung kommen. Dabei wird differenziert zwischen Materialien, die *direkt* eingesetzt werden, wie alle Lehrmittel (Lehr- und

Arbeitsbücher, audiovisuelle Medien, Arbeitsblätter, Experimentiergeräte etc.), sowie alle Instrumentarien zur Kontrolle des Lernprozesses (Fragebogen, Tests etc.), und den Materialien, die *indirekt* zur Anwendung kommen, zu denen alle Dokumente als verbindliche Vorgaben (Lehrpläne, Richtlinien) oder in Form von Unterrichtshilfen usw. zählen. Unter einem *Curriculummaterialsystem* wird ein System von aufeinander abgestimmten Curriculummaterialien verstanden, d.h. es sind Unterrichtseinheiten, bestehend aus Lernzielen, Beschreibung von Unterrichtsaktivitäten, Tests, Schülerarbeitsmaterialien, Experimentiermaterialien etc. Der Terminus *Analyse* bezieht sich auf die Beschreibung aller Materialien, *Aufarbeitung* verdeutlicht die Situation solcher Analysen im Hinblick auf Curriculumreformierung bzw. Curriculumrevision (vgl. Häussler 1975).

In Bezug auf die vorliegende Arbeit werden alle Curriculummaterialien als Dokumente erfasst und als solche analysiert, wobei der Entwicklungsprozess dieser Materialien und ihre Wirkung im Unterricht unberücksichtigt bleiben. Jeweils nach Situationen, die eine Analyse und Aufarbeitung von Curriculummaterialien erforderlich machen, sind entsprechende Analysesysteme zu entwickeln.

Das können sein:

- Detailanalysen als Entscheidungsvorbereitung bei Neugründung einer Schule, eines Studienganges,
- Tests als Analyseinstrument für Lernzielkontrollen,
- Analyse konkreter Materialien in Bezug auf pädagogisch erstrebte Merkmalausprägungen,
- Entwicklung eines Kategoriensystems, mit dessen Hilfe es in Reformbestrebungen etwaige Defizite aufzudecken gilt (vgl. Häussler 1975).

Die Analyseergebnisse sind an sich objektiv erhebbare Ausprägungen bestimmter Merkmale der Curriculummaterialien und für sich allein genommen wertfrei. Erst durch ein Bezugssystem, in dem Standards (Beurteilungsmaßstab) und Analysekategorien aufeinander beziehbar sind, können die Daten für einen Vergleich ermittelt werden. Es kann auch der Fall sein, dass der Standard nur solche Kategorien enthält, deren Ausprägungen aus den Materialien erhoben werden können und aus deren Analyse sich Daten ergeben, die nur für den Vergleich mit dem Standard relevant sind. Ein Analyse-System sollte möglichst universell und für möglichst viele Adressaten zutreffend sein, um auch bei verschiedenen Standards eine möglichst objektive Datenerhebung für Vergleich bzw. Adaption der Curricula erstellen zu können (vgl. Kapitel 3.3.3.1 und 3.3.3.3).

3.3.2 Fragestellungen der Curriculumanalyse zu Entscheidungen

Nach H.-P. Teschner (1975) ist die allgemein getroffene Unterscheidung zwischen Voraussetzungsanalysen, Prozessanalysen und Produktanalysen – entwickelt von A. Bjerstedt für die Unterrichtsforschung – auch auf die Curriculumanalyse übertragbar. P. Merckens/ P. Strittmatter (1975) stellen im Rahmen empirischer Verfahren der Curriculumanalyse eine Auswahl möglicher Fragestellungen vor (vgl. Tabelle 23) und beziehen sich auf Bjerstedts Unterscheidung zu Entscheidungsprozess und Entscheidungsprodukt, jeweils bezogen auf die Elemente des Curriculums Lernziele, Lerninhalte, Lernorganisation und Evaluation (vgl. Kapitel 3.1.2).

In den Fragestellungen der Curriculumanalyse zu Entscheidungsprozess und Entscheidungsprodukt – differenziert nach den einzelnen Elementen des Curriculums – werden Bedeutung und Funktion der Elemente innerhalb dieses Systems deutlich sowohl im Hinblick auf die Voraussetzungsbedingungen für ein Curriculum als auch für die Rekonstruktion und Analyse der Entscheidungen über Lernziele, Lerninhalte, Lernorganisation und Evaluation. Unter dem Blickwinkel der verlangten Fachkompetenz zum Abschluss einer Ausbildung bzw. eines Studiums betrachtet, erweitert sich die Fragestellung zu den Curriculumelementen, welche die Qualifikationen bewirken sollen. Für die Nachvollziehbarkeit der Interpretation werden die Fragestellungen der Curriculumanalyse nachfolgend dargestellt.

Tabelle 23: Fragestellungen der Curriculumanalyse

	Entscheidungsprozeß	Entscheidungsprodukt
Lernziel	Wer wählt Lernziele aus? Wer wählt Entscheidungsträger aus? Von welchen Prämissen gehen Entscheidungsträger aus? Welche Methoden der Entscheidungsfindung werden praktiziert?	Wie werden Lernziele dargestellt (operationalisiert – hierarchisiert)? Welche Lernziele werden angegeben? Wie verbindlich sind die Lernziele?
Lerninhalte	Wer ordnet die Lerninhalte den Lernzielen zu (Herleitungs-Konvention)? Wer konzipiert die Lerninhalte?	Welche Lerninhalte werden den Lernzielen zugeordnet?
Lernorganisation	Welcher Ermessensspielraum steht dem Lehrer zur Verfügung?	Welche Methoden bzw. Medien werden eingesetzt?
Evaluation	Welche Konzeptionen von Evaluationen werden verwendet? Wer führt die Evaluationen durch?	Welche lernzielorientierten Tests werden bereitgestellt? Werden Verfahren und Ergebnisse einer Evaluation mitgeteilt?

(aus: Merkens/ Strittmatter 1975, S. 201)

Zur weiteren Interpretation ist anzumerken, dass allein schon die Fragestellungen in Bezug auf Entscheidungen über Lernziele, Lerninhalte und Lernorganisation deutlich machen, wie wichtig es ist, mit Hilfe von Analysen Aussagen für weitere curriculare Überlegungen zu erhalten, die sich u.a. auf solche Fragen beziehen:

- Wie viel Entscheidungskompetenz wird den Curriculumentwicklern, Lehrpersonen und Lernern zugestanden?
- Wie autorisiert sind diese Personen oder auch Bildungsinstitutionen?
- Wie groß ist deren Handlungsspielraum bzw. Mitbestimmung in der Planung, Entwicklung und Umsetzung des Curriculums sowie in der Evaluation und Revision des Curriculums?
- Wer bestimmt über Lernziele? Wie verbindlich sind Zielsetzungen bzw. Lernziele?
- Wie ist das Lernen organisiert? Welche Lehr- und Lernformen sind vorherrschend?
- Wer bestimmt über die Lerninhalte? Wer konzipiert sie? Wie werden sie den Lernzielen zugeordnet?
- Wird das Ausbildungsziel mit Hilfe der curricularen Konzeption erreicht? Welche Meßmethoden stehen hierfür zur Verfügung?

Darüber hinaus sind für eine Adaption des Curriculums bzw. des Ausbildungsniveaus sowohl auf nationaler als auch auf internationaler Ebene weitere Fragestellungen relevant wie

- Liegt ein Vergleich der Ausbildungsinhalte zu den Kompetenzkriterien für die verlangte Fachkompetenz im Hinblick auf die Festlegungen auf verschiedenen Ebenen (national, international) vor, z.B. nach den EU-Empfehlungen?
- Wenn ja, gibt es Divergenzen und worauf beziehen sich diese? Welchen Einfluss nehmen sie auf das zu erreichende Ausbildungsziel?

Die hier vorgegebenen Fragestellungen wurden in der vorliegenden Studie zur Befragung berücksichtigt (vgl. Tabelle 26: Fragebogen, Anhang).

3.3.3 Analyse – Systeme (Prüfkriterien, Schemata)

In diesem Abschnitt werden Analyse-Systeme von P. Häussler/ P. Pittmann, das Sussex-Schema und Prüfkriterien für Lehrplananalysen nach K.-H. Flehsig vorgestellt sowie inhaltsanalytische Verfahren und Kategorienbildung beschrieben.

3.3.3.1 Das Curriculummaterial – Analysesystem (CMAS)

Das CMAS wurde von Häussler/ Pittmann (1973) zur Analyse naturwissenschaftlicher Curricula entwickelt und weist ein differenziertes Kategoriensystem auf. Durch die Vorgabe alternativer Antwortmöglichkeiten wird eine Klassifizierung und Quantifizierung der zu analysierenden Curriculummaterialien ermöglicht. Mit den Analysekatégorien werden folgende Bereiche abgedeckt:

1. *Inhalt*, differenziert in Verhaltenselemente: Erwerb von Wissen, Fähigkeiten, allgemeine Orientierung, kooperatives und selbständiges Verhalten sowie Lehrstoffelemente,
2. *Unterrichtsverfahren* wie Organisationsstrukturen, Charakteristika der Lehr- und Lernmaterialien, Lehrstrategien,
3. *Angepasstheit an den individuellen Lerner* in Bezug auf dessen Individualisierung sowie Binnendifferenzierung,
4. *Effektivität des Curriculums*, d.h. Ausmaß und Art der Lernkontrolle,
5. *Administrative Randbedingungen* wie organisatorische Voraussetzungen, Aufwand etc.

(vgl. Häussler 1975, S.238).

Die Analysen sind zweiteilig, d.h. im ersten Teil werden einzelne in sich geschlossene Curriculumteile analysiert und im zweiten Teil erst das Gesamtcurriculum mit der Begründung, relativ detaillierte und präzise Aussagen zu erhalten. Die Objektivität des CMAS wurde experimentell untersucht. Das CMAS wurde in unterschiedlichen Anwendungsfeldern erprobt; seine Referenzen beziehen sich auf

- die Überprüfung der Konsistenz zwischen Leitideen und Unterrichtsaktivitäten (Häussler/ Niedderer 1974),
- den quantitativen Vergleich von drei Oberstufencurricula (Häussler 1973),
- den Einsatz im Rahmen eines Lehrertrainings-Seminars (Lauterbach)

(vgl. Häussler 1975).

Das CMAS ist nach Angaben der Autoren auf eine einfache Computerisierung mit Lochkartensystem angelegt, so dass die erstellten Analysedaten für eine bestimmte Merkmalkombination wieder abgerufen werden können.

3.3.3.2 Das Sussex-Schema

Das Sussex-Schema geht auf Eraut u.a. (1973) zurück und wird von P. Häussler (1975) so interpretiert, dass es in seiner Grundstruktur inhaltsspezifisch ist, d.h. die Kategorien sind für alle inhaltlichen Bereiche gleich, sie können aber fachspezifisch ausdifferenziert werden. Für eine weitere Interpretation wird der Kommentar zum Sussex-Schema herangezogen, er liegt in seiner Fassung als Bearbeitung für die EVI Ciel von Hans Brüggelmann (1975) vor.

Das Sussex-Schema umfasst fünf Analysebereiche bzw. ist in folgende Teile untergliedert:

1. Überblick
2. Beschreibung und Analyse der Materialien
3. Muster und Bedingungen der Verwendung
4. Bewertung der Materialien
5. Beurteilung und Entscheidung in einer bestimmten Situation

Im *Überblick* werden grundlegende Informationen zu den Materialien gegeben, die sich sowohl auf die Art der Materialien und deren Kosten als auch auf Ziele, Aufgaben und Zielgruppen beziehen. Im *zweiten Teil* werden Inhalt, Darstellung und Aufbau der Materialien beschrieben und analysiert, wobei im Kontext der Zielsetzungen die Konstellation von Lehrer – Schüler – Materialien und deren Beziehung zueinander im Mittelpunkt stehen. Der *dritte Teil* konzentriert sich auf charakteristische Merkmale der Materialien in Verbindung mit Curriculumentscheidungen, die bei Verwendung der Materialien relevant sind. Der *vierte Teil* befasst sich mit der Bewertung der Materialien. Dabei wird insbesondere das „Muster“, nach dem Ziele, Inhalte, Methoden und Lernerfolgskontrollen miteinander verknüpft werden, untersucht, um den Standort des Programms für die Praxis zu bestimmen sowie für fachliche Diskussionen wesentliche Fragestellungen herauszuarbeiten, ohne der Aufgabe der jeweiligen Entscheidungsträger vorzugreifen. Im *fünften Teil* ist die Bewertung des Programms auf die Entscheidungsfindung in einer spezifischen Situation ausgerichtet (vgl. Brüggelmann 1975).

Jedem Teil sind Informationen und ein umfassender Katalog von Fragen impliziert, die in Essayform beantwortet werden sollen. Antwortalternativen sind nicht vorgegeben. Die Fragen beziehen sich sowohl auf allgemeine Merkmale der Materialien als auch speziell auf Entscheidungen, jeweils differenziert auf den Lehrer bzw. den Lerner. Sie umfassen im wesentlichen Inhalte, Unterrichtsverfahren, Bewertung. Mit Hilfe des Sussex-Analyse-Schemas (SAS) wurde eine Curriculumanalyse des „Naturwissenschaftlich orientierten Curriculum für den Primarbereich“ (Göttingen) erstellt und liegt in seiner Auswertung vor (Fölling-Albers 1976). Eine Interpretation des Materials ist nicht beabsichtigt.

3.3.3.3 Prüfkriterien für Lehrplananalysen nach Flechsig

Im Kontext von Lehrplan- und Programmanalysen werden von K.-H. Flechsig sowohl Begrifflichkeiten geklärt als auch Funktionen und Verbindlichkeit von Lehrplänen, Indikationen für Lehrplananalysen sowie die Struktur von Programmbeschreibungen umfassend dargestellt. Die Funktion gründlicher Programmanalysen lassen didaktisches Handeln erkennbar werden, so im Hinblick auf das Bezugssystem, in dem der Kurs angesiedelt ist und aus dem heraus er auch einen Sinn erhalten soll. Nach Flechsig können Funktions- und Strukturelemente als Grundlagen für die Lehrplananalyse angesehen werden; sie erlauben eine formale Charakteristik einer Programmbeschreibung und eine Beurteilung ihrer Ausführlichkeit bzw. Vollständigkeit.

Die von K.-H. Flechsig entwickelten Prüfkriterien sind universell, für viele Adressaten zutreffend und auch bei verschiedenen Standards einsetzbar. Durch die Vorgabe möglicher alternativer Antworten (Aussagen), wird eine Klassifizierung und Quantifizierung der zu analysierenden Lehrplan- bzw. Curriculummaterialien ermöglicht. Mit den Analyse Kriterien werden alle Bereiche, die zur Disposition von Programmbeschreibungen stehen, abgedeckt. Die Prüfkriterien sind auf der Basis interkultureller didaktischer Arbeiten entstanden und aus diesem Grunde für einen internationalen Vergleich der Ausbildungsdokumente besonders geeignet. Das Analyseschema umfasst Kriterien und Aussagen, die nachfolgend dargestellt sind.

Tabelle 24: Prüfkriterien für Lehrplananalysen (Flechsig)

Kriterien	Aussagen
1. Programmtitel	<ul style="list-style-type: none"> • Überschrift, ggf. Untertitel • evt. notwendige Erläuterungen, die z.B. einem Vorwort zu entnehmen sind
2. Art der Programmbeschreibung	Lehrplantypen: <ul style="list-style-type: none"> • Richtlinien, Ausbildungsverordnungen • Rahmen-Lehrpläne • „Offene“ Curricula • „Geschlossene“ Curricula • (Fächer-)Integrative/ Integrierende Curricula • Kollektions-(Sammel-)Curricula
3. Bildungsträger/ Auftraggeber	<ul style="list-style-type: none"> • Staatlich oder öffentlich rechtliche Einrichtung, z.B. Ministerien private Bildungsträger, Genossenschaften, Gewerkschaften, Verbände u.a.
4. Autoren	<ul style="list-style-type: none"> • Selten Einzelpersonen • sondern Gruppen, z.B. Kommissionen, Gremien
5. Geltungsbereich und Geltungsdauer	<ul style="list-style-type: none"> • Für einen bestimmaren Geltungsbereich wie nach Regionen, Zielgruppen oder anderen Kriterien • Geltungsdauer ist nicht unbegrenzt, laufende Überarbeitung, evt. Pilotprojekt, Reformversuch
6. Grad der Verbindlichkeit	Unterschiedliche Verbindlichkeit: <ul style="list-style-type: none"> • Praxisregelung (Thema-Klasse-Lernort) • obligatorisch, jedoch flexibel in der Anwendung • offene Empfehlungen und Anregungen mit großem Gestaltungsspielraum
7. Zielvorstellungen (Präambel)	Zentrale Zielsetzungen: <ul style="list-style-type: none"> • Werte und Normen, die einem bestimmten Menschen- oder Weltbild entsprechen, Traditionen

	<ul style="list-style-type: none"> • Gesellschaftliche Zwecke (z.B. Verantwortungsbewusstsein) • Wertvorstellungen professioneller Ethik • Wertvorstellungen einer Unternehmenskultur • Instrumentelle Zielsetzungen, die sich auf kompetente Erfüllung konkreter Anforderungen beziehen (z.B. Befähigung für bestimmte Arbeitstechniken) • Instrumentelle Zielsetzung, die sich auf formale Erfüllung von abstrakten Standards beziehen (z.B. Befähigung zu selbständiger wissenschaftlicher Arbeit, Beherrschung des Fachgebiets) • Instrumentelle Zielsetzungen, die sich auf Leistungsstandards beziehen (z.B. selbständige Entscheidung)
8. Zielgruppenmerkmale	<p>Differenziert, entsprechend den Qualifikationsanforderungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aufgabenorientierte Ansätze (Aufgabeninhalte) • Verhaltensorientierte Ansätze (kognitive, affektive, psychomotorische Charakteristika) • Handlungsorientierte Ansätze (qualifikationsbezogene Aufgabenstruktur)
9. Programmumfang	<p>Selten als „aktive Lernzeit“ beschrieben, kann erschlossen werden aus den</p> <ul style="list-style-type: none"> • Angaben über Unterrichtsstunden pro Woche, Wochen pro Jahr und/oder • Angaben über das Verhältnis von Unterrichtszeit und selbständigem Lernen
10. Programmkonzept	<p>Einheit von „Philosophie“ in der</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zielsetzung (z.B. realistisch) • Inhaltlichkeit (z.B. „schlanke“ oder „wulstige“ Inhalte) • Sprache (z.B. eindeutig) • Form (z.B. strukturiert) <p>Offenlegung der Positionen (vertreten und/ oder abgelehnt)</p> <p>Programmkonzept ist eher</p> <ul style="list-style-type: none"> • praxisbezogen (praktisch-konstruktive Vermittlung) • theoriebezogen (theoretisch-analytische Fähigkeiten) • orientierungsbezogen (Überblick über wichtige Begriffe und Fakten) <p>Didaktische Prinzipien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lerner ihren Lernprozess weitgehend selbsttätig gestalten oder sich eng an Vorgaben halten • Themen dogmatisch oder relativierend, dialektisch oder pluralistisch behandelt werden • Entdeckenlassendes Lernen oder folgsames Lernen • Auseinandersetzung um Sachverhalte und Interessenlagen oder um Wörter und Begriffe
11. Zu entwickelnde Kompetenzen („Lernziele“)	<p>Kompetenzbereiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sachkompetenzen, die den Umgang mit „Sachen“ betreffen, mit Materialien und Geräten, Medien und Symbolen, Organisationen und Regelungen • Sozialkompetenzen, die den Umgang mit anderen Menschen betreffen, im Dialog, in der kleinen Gruppe, in der Organisation und in der Öffentlichkeit • Selbstkompetenzen, die jeder für den Umgang mit sich selbst benötigt, wie Verantwortung, Selbstbewusstsein, Selbstkontrolle, Selbst-Management
12. Gliederung nach Wissensgebieten	<p>Gliederungsprinzipien („Stoffverteilungspläne“):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wissensgebiete (z.B. bestimmte Fachgebiete) • Zentrale Begriffe, die für Teile von Wissensgebieten stehen • Operationen („Performanzen“), die auszuführen sind (z.B. Bedienung eines technischen Gerätes) • Kompetenzen, die anzueignen sind (z.B. für bestimmte Tätigkeiten) • Leistungsstandards oder Leistungsstufen, die innerhalb eines Programmabschnitts zu erreichen sind (z.B. Sprachprogramme, die nach Stufen von Anfängern und Fortgeschrittenen gegliedert sind)

13. Art der Charakterisierung der Wissensgebiete	<ul style="list-style-type: none"> • Namens- und Begriffslisten (z.B. Handbücher) • Lernzielbeschreibungen (z.B. Lernzielkataloge, um Wissensgebiete zu charakterisieren) • Anforderungs- und Tätigkeitskataloge
14. Aussagen über Sequenzen und deren Begründung	<p>Prinzipien der Abfolge (Sequenzbildung) sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sachlogik (Abfolge von Wissens-elementen) • Lern- und Entwicklungsprozess (Abfolge entspricht lern- oder entwicklungs-psychologischen Gesichtspunkten) • Chronologie (Abfolge entspricht einem zeitlichen Verlauf) • Topologie (Abfolge entspricht einer räumlichen Anordnung) • Linearität (Abfolge wird durch einfache Verkettung oder Reihung von Elementen erzeugt) • Hierarchie (Abfolge durch Bildung von Hierarchieebenen und verzweigende Verknüpfung von Elementen) • Iteration (z.B. spätere Wiederholung früherer Wissens-elemente) • Spiralförmigkeit (Abfolge von Elementen auf einem höheren Niveau, d.h. zunächst in Form von Einzelbildern, im zweiten Durchgang als Zusammenhang mehrerer Prozesse und auf einer noch höheren Stufe quellen-analytisch und theoriebezogen)
15. Aussagen über Lehr-Lernmaterialien und Ressourcen	<ul style="list-style-type: none"> • Oft im Zusammenhang von Lehrbüchern • Hinweise auf andere Ressourcen (z.B. Lexika, Handbücher)
16. Aussagen über Lernkontrollen und Leistungsmessung	<ul style="list-style-type: none"> • Abfragen (Fakten- und Begriffswissen) • Bearbeitung komplexer Konstruktionsaufgaben • Analyse und Bewertung • Hinweise auf Lernkontrollen, Leistungsmessung und Prüfungspraxis (Prüfungsordnungen, Lehrplänen oder Studienanordnungen)
17. Zertifikatsbezüge	<p>Aussagen zu</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beschreibung von Standards (Gütekriterien zur Beurteilung der durch das Programm vermittelten Kompetenzen) • Vergleichbarkeit (mit anderen Ländern, anderen Institutionen) • Anrechenbarkeit (z.B. erworbene Kompetenzen in früherer Praxis, „Anrechnungszeiten“, Anerkennung von Kurszertifikaten zwischen einzelnen Bildungseinrichtungen) <p>Zugangsberechtigungen (zum Beruf oder zu anderen Bildungseinrichtungen, z.B. in Ausbildungsordnungen)</p>
18. Referenzen	<p>Hinweise auf</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prüfungsordnungen u.a. gesetzliche Regelungen • Dokumente, in denen organisationsspezifische Regelungen enthalten sind • Texte, in denen wissenschaftliche oder professionelle Prinzipien und Positionen beschrieben werden • Lehrbücher oder andere Unterrichtsmaterialien • andere Programmbeschreibungen • Informations- und Beratungsmöglichkeiten

Quelle: Flechsig 1993b, S. 8ff (tabellarisch dargestellt)

Die Prüfkriterien wurden in der vorliegenden Studie in modifizierter Form für die Analyse der Curricula eingesetzt (vgl. Kapitel 4.5, Tabelle 32: Kategoriensystem).

3.3.3.4 Inhaltsanalytische Verfahren und Kategorienbildung

Für die hier vorgelegte Arbeit spielte die inhaltsanalytische Methodik eine wichtige Rolle, sie wird deshalb ausführlicher erläutert und mit Ansätzen und Beispielen belegt, die nichts mit Curriculumanalyse im eigentlichen Sinne zu tun haben.

Die Inhaltsanalyse ist eine Methode, die in der empirischen Sozialforschung seit Jahren einen festen Platz einnimmt. Auch andere Wissenschaftsdisziplinen wie z.B. Pädagogik, Psychologie, Publizistik, Medien- und Kommunikationswissenschaften, Jura nutzen zunehmend dieses Verfahren. So können mit Hilfe inhaltsanalytischer Verfahren Antworten auf offene Fragen sowie Kommunikationsinhalte unterschiedlicher Art und Herkunft, textlich oder visuell wie z.B. Zeitungsartikel, Filme, Protokolle oder Dokumente, analysiert werden. Der Begriff „Inhaltsanalyse“ ist die deutsche Übersetzung von „content analysis“ und geht zurück auf Bernard Berelson, der erstmals die Methode systematisch und theoretisch fundiert in seinem Buch „Content analysis in Communication Research“ (1952) dargestellt hat. Bei der Inhaltsanalyse handelt es sich um ein empirisches Datenerhebungsverfahren (vgl. Atteslander 2006).

In der Literatur ist eine Vielzahl an Definitionen zur Inhaltsanalyse vorzufinden, zumeist haben sie einen fachspezifischen Bezug und die Autoren verstehen sie als Auslegung von Texten. Folgende Definitionen sollen in diesem Kontext vorgestellt werden: „Die Inhaltsanalyse ist eine Methode zur systematischen, objektiven und quantitativen Analyse von sprachlichem Material mit dem Ziel, Merkmale zu erfassen“ (Kerlinger 1974, S. 854). Oder konkreter gefasst: Die Inhaltsanalyse ist eine Methode, „um Aussagen zu gewinnen, indem man systematisch und objektiv zuvor festgelegte Merkmale von Inhalten erfaßt“ (Holsti 1968, S. 601) (Friedrichs 1990, S. 315; 14. Auflage Nachdr. 2002).

Die sozialwissenschaftliche Inhaltsanalyse befasst sich vor allem mit der Ermittlung und Messung von Textzusammenhängen, um soziale Sachverhalte aufdecken zu können. Harder unterscheidet drei Funktionen der Inhaltsanalyse:

- „1. Die diagnostische Funktion: Die Bedingungen, aus denen Texte hervorgegangen sind.
2. Die prognostische Funktion: Das zukünftige Verhalten der Textquelle.
3. Die kommunikationstheoretische Funktion: Der Wirkungszusammenhang zwischen Sender und Empfänger von Inhalten“ (Harder 1974, S. 226) (Atteslander 2006, S. 183).

In der quantitativen Inhaltsanalyse werden alle Kommunikationsinhalte erfasst, die schriftlich oder technisch festgehalten wurden, also die Gesamtheit von Daten (sie liefern die Breite). Qualitative Ansätze gehen mehr in die Tiefe und stellen Zusammenhänge her (vgl. Brosius 2001), d.h. sie konzentrieren sich hauptsächlich auf Fragen der Übereinstimmung von Merkmalen, z.B. ob die Lerninhalte mit den formulierten Lernzielen qualitativ übereinstimmen, zumindest partiell. Häufigkeitsverteilungen sind bei diesem Ansatz weniger von Interesse. Frequentielle Analysen werden z.B. in der Wirtschafts- bzw. Marktforschung eingesetzt, um über Häufigkeiten bestimmter Merkmale und deren Ausprägungen den Trend zu ermitteln.

Brosius (2001) betont, dass jede Wissenschaft ihre Methoden hat, „wie sie ihre Gegenstände untersucht und die Ergebnisse absichert“ (S. 15). So ist die Frage nach der Methode, welche angemessen ist, ob die Messung quantitativ oder qualitativ erfolgen muss, in Abhängigkeit von der zentralen Fragestellung einer Untersuchung zu entscheiden. Und Kerlinger (1974) verweist noch darauf, dass man in der wissenschaftlichen Messung sich „vielfach mehr oder weniger ausgeprägter Methoden“ bedient, „um die größtmögliche Information aus den Daten zu erhalten“ (S. 675). Mayring (2007) sieht den grundsätzlichen Ansatz der qualitativen Inhaltsanalyse darin, „die Stärken der quantitativen Inhaltsanalyse beizubehalten und auf ihrem Hintergrund Verfahren systematischer qualitativ orientierter Textanalyse zu entwickeln“ (S. 42).

Der Ablauf einer quantitativen Inhaltsanalyse weist folgende Schritte auf:

- Auflistung der zentralen Forschungsfragen und Festlegung des Untersuchungsziels,
- Klärung der Vorgehensweise (deduktiv oder induktiv),
- Bestimmung des inhaltsanalytischen Verfahrens,
- Festlegung des Analysematerials,
- Festlegung der Untersuchungseinheit (Zähleinheiten),
- Entwickeln des Kategoriensystems,
- Codierung der Daten,
- statistische Auswertung anhand der Fragestellungen bzw. Hypothesen,
- Publikation der Ergebnisse (vgl. Atteslander 2006, S. 195ff).

Als Techniken quantitativer Inhaltsanalysen werden in der Literatur die Häufigkeitsanalyse (Frequenzanalyse), die Valenz- und Intensitätsanalyse sowie die Kontingenzanalyse genannt. Die einfachste Art der statistischen Datendarstellung ist die Häufigkeitsverteilung; sie gibt die Verteilung der Fälle auf die verschiedenen Kategorien an. Sie ist eine tabellarische Darstellung quantitativer Daten in Klassen. Quantitative Daten treten im Allgemeinen in zwei Formen auf, zum einen als Häufigkeiten und zum anderen als Messwerte kontinuierlicher Variablen. Von besonderer Bedeutung ist, dass alle in einem Forschungsvorhaben eingesetzten Methoden der jeweils untersuchten Problematik angemessen sein sollten (vgl. Kerlinger 1974, S. 946).

Bei Valenz- und Intensitätsanalysen handelt es sich um ein Verfahren, die zwei- oder mehrstufig skaliert sind. Mit Hilfe der Kontingenzanalyse ist festzustellen, ob bestimmte Merkmale und deren Ausprägungen besonders häufig im gleichen Zusammenhang auftreten, d.h. ob sie kontingent sind (vgl. Kerlinger 1974, S. 665ff). Oder anders ausgedrückt: Es sind die „Aussagen eines Textes durch das gemeinsame Auftreten bestimmter Wörter in zuvor festgelegten Einheiten des Textes zu ermitteln“ (vgl. Friedrichs 1990/ 2002, S. 330). Die Messung von Daten bezeichnet die empirische Sozialforschung als „die systematische Zuordnung einer Menge von Zahlen oder Symbolen zu den Ausprägungen einer Variablen“ (Friedrichs 1990; 2002, S. 97). Solche Messungen werden in Niveaustufen bzw. Messskalen unterteilt wie Nominal-, Ordinal-, Intervall- und Ratio-Skalen. Es sind mathematisch-statistische Verfahren. Bei der Nominalskalierung werden Zahlen den Objekten zugewiesen; diese haben keinen numerischen Charakter, sondern sind Bezeichnungen von Mengen. Bei der Messung auf nominalen Niveau werden die Elemente der Teil- und Unterteilmengen gezählt. Zulässige Aussage ist das Kriterium „Gleichheit- Verschiedenheit“, Bsp. dichotomierte Merkmale wie „Ja-Nein“. Bei dem ordinalen Messniveau ist die Ausprägung der Merkmale in eine

Rangordnung zu bringen; zulässige Aussage ist das Kriterium „größer-kleiner“, Bsp. „häufiger-weniger-gleich viel“. Anwendung finden sie in der Frequenzstatistik (vgl. Kerlinger, Friedrichs, Atteslander).

Bei kategorialen Daten (nominal- und ordinalskalierte Merkmale) wird jeweils eine Häufigkeitstabelle am Anfang der Auswertung stehen, sie ist graphisch unterstützt durch Balken- (Histogramme) oder Kreisdiagramme. Bei der Auswertung von zwei- und mehrdimensionalen Häufigkeitstabellen ist die übliche Darstellungsform von nominalen Daten in so genannten Kreuztabellen (vgl. Atteslander 2006, S. 292).

Grundlagen qualitativer Verfahren

Nach Atteslander (2006) benutzt die qualitative Forschung „die verschiedensten Methoden und Paradigmen aus einer Vielzahl von wissenschaftlichen Disziplinen und beschränkt sich nicht auf die Sozialwissenschaften“ (S. 197). So stellt sich auch der Forschungsablauf zwischen quantitativer und qualitativer Inhaltsanalyse unterschiedlich dar, was auch auf die verschiedenen inhaltsanalytischen Vorgehensweisen bei der Datenauswertung zutrifft. Für beide Verfahren gilt jedoch gleichermaßen, dass die Forschungsfragestellung eindeutig beschrieben werden muss. Von der zentralen Bedeutung her, ist die Strukturierung des Analysematerials in der qualitativen Inhaltsanalyse vergleichbar mit der Kategorienbildung in der quantitativen (vgl. Atteslander 2006).

Wie eine qualitativ orientierte Auswertung aussehen kann, stellt Mayring (2007) in mehreren Analyseschritten vor.

Bestimmung des Ausgangsmaterials:

1. Festlegung des Materials
2. Analyse der Entstehungssituation
3. Formale Charakteristika des Materials

Fragestellung der Analyse:

1. Richtung der Analyse (z.B. Gegenstand bei Dokumentenanalyse)
2. Theoriegeleitete Differenzierung der Fragestellung

Ablaufmodell der Analyse:

1. Bestimmung der Analysetechnik(en)
2. Definition der Analyseeinheiten (Kategoriensystem entwickeln)
3. Analyse des Materials (Zusammenfassung, Explikation, Strukturierung)
4. Interpretation

(vgl. Mayring 2007, S. 46ff) (vgl. Atteslander 2006, S. 198f, zurückgreifend auf Mayring 1990b).

Die Zusammenfassung sieht eine Materialreduzierung vor, die Explikation ist eine Kontextanalyse und die Strukturierung ist die zentrale Analyse, durch die eine Selektion des Materials erfolgen soll (vgl. Mayring 2007, S. 58).

Eine strikte Trennung von Erhebung und Auswertung ist in der qualitativen Inhaltsanalyse anscheinend schwierig einzuhalten.

Quantitative und qualitative Inhaltsanalysen im Forschungsprozess

„Die Wahl eines inhaltsanalytischen Verfahrens richtet sich immer nach dem Erkenntnisinteresse, insofern besteht zwischen quantitativen und qualitativen Verfahren kein Gegensatz, sie schließen sich nicht aus, sondern sie ergänzen sich“ (Atteslander 2006, S. 188). Beide Vorgehensweisen haben somit ihre Daseinsberechtigung, entscheidend ist nur, dass im gesamten Analyseprozess die einzelnen Analyseschritte deutlich erkennbar sind. Mayring (2007) verdeutlicht noch einmal diesen Aspekt im „Phasenmodell zum Verhältnis qualitativer und quantitativer Analyse“ (S. 20, Abbildung 2). Er geht davon aus, dass am Anfang des wissenschaftlichen Vorgehens immer ein qualitativer Schritt steht – die Fragestellung: Was untersucht werden soll sowie die Auswahl der Methoden und des Instrumentariums. Je nach Gegenstand und Ziel der Analyse werden entweder quantitative oder qualitative Verfahren Anwendung finden. Als dritte (qualitative) Phase folgt die Interpretation unter Rückbezug auf die Ergebnisse und die vorausgehende Fragestellung (vgl. Mayring 2007, S. 19f).

Kategorienbildung

„Kategorien sind zunächst einmal die exakte Definition dessen, was erhoben bzw. gemessen werden soll“ (Brosius 2001, S. 173). Kernpunkt einer jeden Inhaltsanalyse ist die Bildung von Kategorien, die aus theoretischen Annahmen abgeleitet werden. Kategorien werden in eine oder auch mehrere Variablen (Merkmale) gefasst, die verschiedene Ausprägungen aufweisen. Die Kategorienbildung erfolgt theoriegeleitet (deduktiv) und empiriegeleitet (induktiv) und ermöglicht eine vollständige Erfassung des Gegenstandsbereiches (vgl. Mayring 2007) (vgl. Atteslander 2006).

„Formale Kategorien beschreiben die formalen Merkmale der jeweiligen Untersuchungseinheit“ (Brosius 2001, S. 175). Sie stehen zwar nicht im Zentrum der Untersuchung, dienen aber der Wiedererkennung und können wichtige Zusatzinformationen liefern, z.B. Datum/ Zeit (Erscheinungsjahr einer Publikation) oder Umfang eines Dokumentes. Formale Kategorien sind besonders dann wichtig, wenn formale Gesichtspunkte bei der zentralen Fragestellung eine Rolle spielen bzw. wenn durch sie wichtige Aussagen getroffen werden können.

Inhaltliche Kategorien sind vom Erkenntnisinteresse abhängige Bedeutungsgrößen. Sie bilden den Kern eines Kategoriensystems und bestimmen, was zur Beantwortung der Forschungsfrage gemessen werden soll. Kategorien werden je nach Differenziertheit der Fragestellung in Unterkategorien aufgeteilt. Im Folgenden müssen die Merkmalsausprägungen der Kategorien, d.h. die Skalierung festgelegt werden (z.B. bei Häufigkeitsverteilungen die nominale bzw. ordinale Skalierung).

Wertende Kategorien beinhalten Aspekte, die sachliche Aussagen über Personen, Tatsachen und Vorgänge treffen und somit Rückschlüsse auf den Aussagegegenstand (z.B. Gesamtbild eines Konzeptes, ergebnisrelevante Entscheidungen, Kompetenzen, Verantwortung) durch die bewertende Person zulassen.

„Die Gesamtheit der Kategorien einer inhaltsanalytischen Untersuchung wird als Kategoriensystem bezeichnet“ (Atteslander 2006, S. 189). Kategorien werden vom Erkenntnisinteresse geleitet und müssen in Hypothesen formuliert sein. Die Forschungsfrage bestimmt die Art des Kategorienschemas, seine Einheitlichkeit basiert auf dem Prinzip der Vergleichbarkeit von Daten (ebd., S. 190). Die Kategorien werden aus der Fragestellung der Untersuchung konstruiert. Im

qualitativen Auswertungsverfahren werden die Kategorien aus dem vorliegenden Auswertungsmaterial entwickelt, z.B. durch Auflistung beispielhafter Wörter.

Als Anforderungen an Kategorien(systeme) sind Vollständigkeit, Eindeutigkeit, Trennschärfe sowie Validität (Gültigkeit) und Reliabilität (Zuverlässigkeit) zu nennen. Die Vollständigkeit erfolgt häufig durch die Aufstellung von Unterkategorien. In Bezug auf Eindeutigkeit müssen Kategorien klar formuliert und strikt voneinander getrennt sein, um Mehrdeutigkeiten und Verzerrungen in der Datenauswertung zu vermeiden. Die Validität gibt an, ob mit den Kategorien wirklich das gemessen wird, was gemessen werden soll (das Messinstrument geeignet ist, die Hypothese zu überprüfen). Validität hängt entscheidend davon ab, wie genau die Kategorien bzw. das Kategoriensystem definiert sind und ob diese Operationalisierung auch plausibel und brauchbar ist (vgl. Atteslander 2006, S. 191).

Mit Reliabilität ist die Verlässlichkeit der Messung gemeint, d.h. ob bei gleichem Analysematerial und gleichen Kategorien die Ergebnisse gleich sind (bei mehreren Codierern wichtig, aber auch zur Selbstüberprüfung); die Reliabilität überprüft, wie gemessen wird. Reliabilität ist eine Voraussetzung für Validität, umgekehrt gilt das nicht. Inhaltsanalysen müssen sowohl valide als auch reliabel sein.

3.4 Zusammenfassung

Angesichts der rasanten Entwicklung in Gesellschaft und Wirtschaft und der damit verbundenen Kurzlebigkeit des Bildungswertes nimmt die Curriculumentwicklung an Bedeutung zu. Dabei ist zu beobachten, dass klassische Theorien und Verfahren zur Curriculumanalyse zunehmend in den Hintergrund treten (vgl. Biehl/ Hopmann/ Künzli 1999; Schäfer 2002), obwohl sie für die Curriculumrevision notwendige Voraussetzung sind. Zum Forschungsstand der Curriculumanalyse konstatieren Biehl/ Hopmann/ Künzli (1999), dass sich die Forschungslage nicht grundlegend gewandelt hat, so dass auf die Bilanz zur Lehrplan- und Curriculumforschung der siebziger und achtziger Jahre von H.-D. Haller (1973), H. Haft u.a. (1986) Bezug genommen wird.

In diesem Kapitel werden als theoretischer Bezugsrahmen der Curriculumentwicklung und Curriculumanalyse solche Verfahren und Analyse-Systeme vorgestellt, mit deren Hilfe die Erfassung und Bewertung des Ist-Standes von Wirklichkeitsausschnitten erfolgen kann, so dass diese Ergebnisse als Grundlage für weitere Festlegungen dienen können. Ihre theoretischen Positionen lassen sich als empirisch-analytisch charakterisieren.

Der Gebrauch von Taxonomien in Verbindung von Curriculumentwicklung, Lehrplananalysen und Leistungsmessung, mit deren Hilfe Lerninhalte auf die zu erwartenden Verhaltensdispositionen bezogen werden, um anschließend ableitbare Messkriterien für Lernerfolgskontrollen formulieren zu können (vgl. Behrendt 1999b), ist auf B.S. Bloom u.a. zurückzuführen. Beispiele für die Anwendung von Taxonomien werden im Kapitel 3.1.3 dargestellt.

Zur Begriffsklärung von Curriculum und Curriculumanalyse wird auf den systemtheoretischen Ansatz von P. Merckens und P. Strittmatter (1975) zurückgegriffen und das Curriculummodell (vgl. Abbildung 2) zugrunde gelegt. In Bezug auf Entscheidungsprozesse bei der Lehrplanentwicklung und zur Rekonstruktion und Analyse von Curricula werden in dieser Arbeit die Erkenntnisse und Erfahrungen aus den Untersuchungen von K.-H. Flechsig/ H.-D. Haller u.a. zur Prozess-Analyse (Haller 1973) und dem LOT-Projekt aufgegriffen sowie auch das Gutachten zu Entscheidungsprozessen in der Curriculumentwicklung berücksichtigt.

Des Weiteren wird Bezug genommen auf die Fragestellungen zur Curriculumanalyse (vgl. Tabelle 23) nach Bjerstedts Unterscheidung zu Entscheidungsprozess und Entscheidungsprodukt, jeweils bezogen auf die Elemente des Curriculums: Lernziel, Lerninhalte, Lernorganisation und Evaluation (vgl. Merckens/ Strittmatter 1975, S. 201).

Als Pädagogische Theorien und Modelle werden drei curriculare Ansätze referiert, die für einen konzeptionellen Ansatz für ein europäisches Curriculum von Interesse sein könnten: Der lernzielorientierte Ansatz, der bildungstheoretische Ansatz und der handlungsorientierte Ansatz. Des Weiteren wird das Kompetenz-Performanz-Modell dargestellt, das K.-H. Flechsig und H.-D. Haller für CEDID (2003) entwickelten.

Als Analyse-Systeme werden thematisiert: Das Analyse-System (CMAS) (Häussler/ Pittman 1975), das Sussex-Schema (Brüggelmann 1975) sowie die Prüfkriterien für Lehrplananalysen nach Flechsig (1993b) (vgl. Tabelle 24). Die von K.-H. Flechsig (1993b) entwickelten Prüfkriterien sind universell, für viele Adressaten zutreffend und auch bei verschiedenen Standards einsetzbar. Mit den Analyse-kriterien werden alle Bereiche, die zur Disposition von Programmbeschreibungen stehen, abgedeckt. Darin ist auch begründet, dass in der vorliegenden Untersuchung die Prüfkriterien zur Analyse der Curricula eingesetzt wurden, zumal ihre Entwicklung auf Arbeiten in der interkulturellen Didaktik zurückzuführen ist.

Abschließend werden inhaltsanalytische Verfahren und Kategorienbildung auch über den Anwendungsbereich der Curriculumanalysen hinausgehend beschrieben.

4 Untersuchungsverfahren und Ergebnisse

Die vorliegende empirische Studie beinhaltet eine umfassende Befragung sowie eine Analyse der Ausbildungsdokumente, diese bieten die Grundlage einer detaillierten Analyse. Aufgrund des sehr umfangreichen Untersuchungsmaterials nahmen die Datenerfassung und insbesondere die Datenauswertung einen längeren Zeitraum in Anspruch. Die Curricula lagen in den Sprachen: Deutsch, Englisch, Französisch, Portugiesisch und Dänisch sowie auf CD-ROM und als Internetangaben vor. Die Übersetzung erfolgte mit Hilfe eines elektronischen Übersetzungsprogramms (Langenscheidt 2000) und durch Privatpersonen. Da in Dänemark die Ausbildung einheitlich geregelt ist, wurde das dafür vorliegende englischsprachige Dokument, das als elektronische Datei bereits vorlag und gleich übersetzt werden konnte, für die Analyse verwendet.

Die vorgelegte empirische Arbeit über die Krankenpflegeausbildung in europäischen Ländern konnte auf die Analyse der Europäischen Kommission zur Bestandsaufnahme der Krankenpflegeausbildung in den Ländern der Europäischen Union vom 1.1.1995⁶² zurückgreifen. Ausgehend von diesem Untersuchungsmaterial war es möglich, vorläufige, mit dieser Analyse vergleichbare Fragestellungen und Hypothesen zu formulieren und den Geltungsbereich festzulegen. Die Problematik der Untersuchung ist derzeit in der Differenziertheit der Krankenpflegeausbildung in den EU-Ländern begründet, und daraus resultiert auch die Schwierigkeit, eine generelle Lösung zur Angleichung der Krankenpflegeausbildung an die neuen gesellschaftlichen, ökonomischen und kulturellen Erfordernisse in Europa unter Berücksichtigung der Länderhoheit zu finden.

Deshalb erweist es sich als notwendig, eine Analyse und einen Vergleich der europäischen Krankenpflegeausbildung durchzuführen mit der Zielsetzung, wesentliche Bedingungen, die sich durch die Reformierung der Ausbildung in einzelnen Ländern grundlegend verändert haben, zu untersuchen. Die in dieser Untersuchung gewonnenen Ergebnisse sollen dafür genutzt werden, ein Arbeitsmodell im Hinblick auf die Entwicklung eines europäischen Pflegecurriculums zu erstellen sowie zu prüfen, ob und in welcher Form vergleichbares Lernen auf europäischer Ebene für diesen Bildungsbereich möglich ist.

Als theoretischer Bezugsrahmen für die Untersuchung werden Erkenntnisse zu Entscheidungsprozessen in der Curriculumentwicklung und Curriculumforschung⁶³ (vgl. Flechsig/ Haller 1973; Haller 1973) sowie Rechtsgrundlagen zur Regelung der Krankenpflegeausbildung in den Ländern der Europäischen Union zugrunde gelegt.

4.1 Fragestellungen zur empirischen Untersuchung und Hypothesen

Ausgehend von der Forschungsfrage, worin sich die Pflegeausbildung in den europäischen Ländern unterscheidet und welche Möglichkeiten zur weiteren Annäherung in der Pflegeausbildung

⁶² Beratender Ausschuss der Europäischen Kommission, SLIM-Pilotprojekt (vgl. Kapitel 1.1).

⁶³ die auch Grundlage weiterer Untersuchungen waren (vgl. Hopmann/ Haft 1990; Biehl/ Ohlhaber/ Riquarts 1999; Schäfer 2002).

europäischer Länder bestehen, werden Fragestellungen und Hypothesen formuliert, die auf folgendem Hintergrund basieren:

1. Den EU-Richtlinien mit rechtlicher Regelung für die EU-Länder wie
 - Zugangsbedingungen,
 - Qualifikationsniveau des Diploms/ des Befähigungsnachweises,
 - Dauer, Stunden der Krankenpflegeausbildung und
 - Kompetenzen auf der Basis von Empfehlungen zur verlangten Fachkompetenz⁶⁴.
2. Den Einflussfaktoren auf die Krankenpflegeausbildung wie
 - Zuständigkeit,
 - Entscheidungsträger und deren Kompetenzen,
 - Verortung der Krankenpflegeausbildung,
 - Bildungsniveau der Auszubildenden und
 - Qualifikation des Lehrpersonals.
3. Den Wirkungsfaktoren (Grundelemente eines Curriculums) wie
 - Lernziele,
 - Lerninhalte (Datenerhebung in den vorliegenden Curricula),
 - Lernorganisation und
 - Evaluation.

Es werden folgende Fragestellungen formuliert:

1. Welche Ergebnisse hat die Ausbildungsreform in den einzelnen Ländern nach dem 1.1.1995 erbracht?
2. Wie ist in den untersuchten Ländern die Pflegeausbildung nach acht Jahren geregelt (Ansiedlung, Zugang, Dauer, Abschluss)?
3. Worin unterscheiden sich die Curricula strukturell, inhaltlich und hinsichtlich theoretischer Modelle und Konzepte (z.B. Pädagogische und Pflege-theorien)?
4. Sind qualitative Grundelemente eines Curriculums erkennbar als
 - Kompetenzen (Lernziele),
 - Lerninhalte,
 - Lernorganisation und
 - Evaluation?
5. Was ist das Grundmuster der Ausbildung, und ist daraus eine neue Qualität der Krankenpflegeausbildung erkennbar bzw. in welche Richtung sind die Veränderungen einzuordnen?
6. In welchen Bereichen ist eine Tendenz zu erkennen, die eine Europäisierung der Pflegeausbildung notwendig und möglich macht?

Es werden folgende Hypothesen formuliert:

1. In den untersuchten Ländern sind Veränderungen seit 1995 als Ergebnis der Ausbildungsreform zu erwarten, welche unterschiedliche Ausprägungen, Teilreformierung etc. aufweisen und im Ergebnis von unterschiedlichem Niveau sind.
2. Unterscheidet sich die Pflegeausbildung etwa acht Jahre danach (Zeitpunkt der hauptsächlichen Datenerhebung) in Ansiedlung, Zugang, Dauer und Abschluss.

⁶⁴ Bericht und Empfehlung zur verlangten Fachkompetenz der für die allgemeine Pflege verantwortlichen Krankenschwestern und Krankenpfleger in der Europäischen Union vom 13. Januar 1998 (vgl. Quellenbezug Nr. 3, Anhang).

3. Die Curricula unterscheiden sich sowohl strukturell und inhaltlich als auch in theoretischen Modellen und Konzepten (Pädagogische und Pflege-theorien), die für die Curriculumentwicklung zugrunde gelegt worden sind.
4. Es ist zu vermuten, dass qualitative Grundelemente eines Curriculums nur teilweise erkennbar sind und der Kompetenzerwerb sehr unterschiedlich ausgerichtet ist.
5. Es kann hilfreich sein, ein Arbeitsmodell, das bisher nicht vorliegt, für die Erstellung eines europäischen Pflegecurriculums zu entwickeln.
6. Es erscheint als notwendig, Kompetenzen nach vergleichbaren Kriterien zu beschreiben und daraus vergleichbare Formen der Lernorganisation und Evaluation auf europäischer Ebene in der Pflegeausbildung zu entwickeln. Lerninhalte können flexibel an die Situation der einzelnen Länder angeglichen werden.

Der Geltungsbereich der gewonnenen Aussagen ist räumlich gesehen mit den europäischen Ländern identisch und in zeitlicher Hinsicht umfasst er etwa den Zeitraum von 1995-2003. Die Verwertung der Ergebnisse ist nicht nur für die Praxis bestimmt, sondern auch für wissenschaftliche Verwendungszwecke.

4.2 Population und Materialsammlung

Um zuverlässige Aussagen zur Situation der Pflegeausbildung in den europäischen Ländern sowie Material für Analyse und Vergleich der Curricula zu erhalten, stellte sich die Frage, von wem Informationen und Ausbildungsdokumente für die Untersuchung zu erhalten sind bzw. welche Länder dafür in Frage kommen. Es sind insbesondere die Mitgliedsländer der Europäischen Union, des Weiteren war beabsichtigt, einige „EU-Kandidatenländer“ sowie Norwegen und die Schweiz, die zu keiner der genannten Gruppierung gehören, sondern Mitglied der EFTA⁶⁵ sind, in die Untersuchung einzubeziehen. Differenziert wurde wie folgt:

- Alle Mitgliedsländer der Europäischen Union (Stand: 2003),
- die „EU-Kandidatenländer“: Lettland, Polen und Tschechien als ehemalige Ostblock-Länder, von denen bekannt war, dass sie die Pflegeausbildung auf einem höheren Bildungsniveau durchführen (EU-Beitritt: 1.5.2004) und
- die EFTA-Länder: Norwegen und die Schweiz.

So wurden die Länder der Europäischen Union durch die Mitglieder des Beratenden Ausschusses für die Ausbildung in der Krankenpflege⁶⁶, die als Sachverständige der Mitgliedstaaten der Gemeinschaft fungierten, vertreten. Als zuständige Personen wurden diejenigen ausgewählt, die Berufsstand und Ausbildung vertreten haben, nicht berücksichtigt wurden die ministeriellen

⁶⁵ EFTA: European Free Trade Association, wurde 1960 von Dänemark, Großbritannien, Norwegen, Österreich, Portugal, Schweden und der Schweiz als Freihandelszone gegründet und hat ihren Sitz in Genf. Nach dem Beitritt der Länder: Dänemark, Finnland, Großbritannien, Österreich, Portugal und Schweden zu der Europäischen Union gehören ihr derzeit noch Island (seit 1970), Norwegen, Liechtenstein (seit 1991) und die Schweiz an. Seit dem 1.1.1994 bilden die EFTA (mit Ausnahme der Schweiz) und die EU-Länder den Europäischen Wirtschaftsraum (Stand: 21.01.2005). <http://www.aufenthaltstitel.de/stichwort/efta.html> [Datum des Zugriffs: 23.04.2007].

⁶⁶ Der Beratende Ausschuss für die Ausbildung in der Krankenpflege ist durch den Beschluss des Rates (Richtlinie 77/454/CEE) vom 27. Juni 1977 bei der Europäischen Kommission eingesetzt worden. Die Arbeit des Ausschusses wurde etwa ab dem Jahr 2002 ausgesetzt und zu einem späteren Zeitpunkt aufgehoben.

Vertreter mit der Begründung, dass die Befragung sich hauptsächlich auf Lehren und Lernen bezieht und speziell auch Fragen zu den Curricula gestellt werden; Entscheidungsfragen zur Curriculumentwicklung konnten m.E. auch von der ausgewählten Personengruppe beantwortet werden.

Die Länder Lettland, Norwegen, Polen und Tschechien konnten über das Florence Network⁶⁷ erreicht werden. Leitungen von Krankenpflegesschulen in der Schweiz wurden über persönliche Kontakte angesprochen. Zur ausgewählten Personengruppe gehören: Dekane der Pflege-Fakultäten an Universitäten (Faculty of Nursing), Direktoren und Schulleitungen von Fachhochschulen und Ausbildungsstätten bzw. von ihnen beauftragte Personen für internationale Koordination (International Nursing Coordinator), Vertreter des Berufsstandes, Minister als alleinige nationale Vertreter sowie Interessenvertreter von SOKRATES, ERASMUS bzw. Experten von Krankenpflegesschulen im Florence Network. Die Qualifikation ist zu einem hohen Prozentsatz akademisch und viele der beteiligten Personen sind promoviert.

Für Analyse und Vergleich wurden für Deutschland, außer dem Entwurf des Krankenpflegegesetzes (2002), das Curriculum aus Bayern und das Curriculum des Pilotprojekts des Bistums Essen einbezogen. Vom Bundesland Bayern wurde das Curriculum in die Untersuchung einbezogen, weil anzunehmen war, viele Informationen zur Curriculumentwicklung zu erhalten; das Curriculum war im Auftrag des Landesministeriums von einem Autorenkollektiv entwickelt worden und zudem aktuellen Datums. Das Curriculum des Pilotprojektes war deshalb für die Untersuchung interessant, weil es für eine gemeinsame Pflegeausbildung – Krankenpflege, Kinderkrankenpflege und Altenpflege – konzipiert und bereits erprobt war und ein Evaluationskonzept vorlag.

So umfasst die darzustellende Untersuchung zur Entwicklung der Pflegeausbildung und Curricula zwei Analysen: Die Analyse der Europäischen Kommission zur Bestandsaufnahme⁶⁸ der Krankenpflegeausbildung in den EU-Ländern vom 1.1.1995, auf deren Grundlage es möglich war, vergleichbare Hypothesen zu formulieren und den Geltungsbereich festzulegen. Die Basis der Auswertung bildet jedoch die Analyse der 18 Ausbildungsdokumente aus 13 von 15 europäischen Ländern (aus zwei Ländern liegt kein Curriculum vor), die ergänzt wird durch die schriftliche Befragung autorisierter Personengruppen dieser Länder (Stand: 2003). Hierfür wurde ein Fragebogen entwickelt und zur Informationssammlung eingesetzt.

Es konnte auf das Datenmaterial der Bestandsaufnahme der Europäischen Kommission zurückgegriffen werden; diese hier zusammengetragene Datenmenge aus 15 europäischen Ländern reicht bei Weitem über die der bisherigen externen Studien hinaus, auf die nachfolgend kurz

⁶⁷ Florence Network ist ein European Nursing Network seit etwa Anfang der 90iger Jahre. Die Mitglieder sind 24 Krankenpflegesschulen in 12 Ländern: Italien, Spanien, Lettland, tschechische Republik, Vereinigtes Königreich, Belgien, Deutschland, die Niederlande, Dänemark, Schweden, Finnland und Norwegen (April 2002). The Florence Network for Nursing and Midwifery. Die Aktivität des Florence Network ist orientiert am SOKRATES Programm in Abstimmung mit dem Council in Brüssel. Verfügbar über: www.florence-network.info [Datum des letzten Zugriffs: 23.04.2007]

⁶⁸ Das Datenmaterial der Bestandsaufnahme wurde für die vorliegende Untersuchung von der Europäischen Kommission im Mai 2000 zur Verfügung gestellt. Dokument: XV/E/9432/7/96_DE. Orig. FR. CCFI.

eingegangen wird. Als Quellenmaterial der vorliegenden Untersuchung dienen die zugesandten Ausbildungsdokumente und von den Institutionen die ausgefüllten Fragebogen.

Darüber hinaus wurden Expertisen und vergleichende Studien ausgewertet und auf Beiträge hin untersucht, die die Pflegeausbildung betreffen. Besonders kritisch und auf Defizite in der Pflegeausbildung in Deutschland hinweisend sind die Expertisen von M. Landenberger u.a. (1999; 2005⁶⁹). Des Weiteren wurde die Studie zur Lehrerqualifikation von B. Rennen-Allhoff/⁷⁰ I. Bergmann-Tyacke (2000) als Quellenmaterial genutzt, deren Ergebnisse teilweise in die vorliegende Arbeit einfließen und die Angaben zur Qualifikation des Lehrpersonals ergänzen (vgl. Kapitel 5.2.1.7). Sehr aufschlussreich sind auch die Ergebnisse der PABiS-Studie⁷¹ (2006) zum Stand der Pflegeausbildung in Deutschland, die deutlich machen, in welchem Entwicklungsstadium sich derzeit die deutsche Pflegeausbildung im Hinblick auf die Angleichung an die europäische Entwicklung befindet. Zu nennen sind auch weiter zurückliegende Arbeiten von I. Kollak/⁷² A. Pillen (1998) und M. Wendt León⁷³ (1995), die ebenfalls gesichtet worden sind. Die Studien liefern für die vorliegende Untersuchung wenig Material, da nur Ausschnitte der Pflegeausbildung abgebildet sind und der aktuellen Situation nur noch teilweise gerecht werden.

Insgesamt wird in den bisherigen Expertisen und Studien zur Pflegeausbildung (vgl. oben) im Ländervergleich ein anderer Ansatz verfolgt. Es geht nicht um Entscheidungsfragen im Curriculumprozess und um Gestaltung der Lernorganisation, auch wenn Teile eines Curriculums (Inhalte, teilweise Ziele) Gegenstand der Untersuchungen waren. Sie beinhalten vielmehr – bezogen auf die Pflegeausbildung – eine Standortbeschreibung im Kontext der Bildungssysteme und Aufgabenstellung des Gesundheitswesens der einzelnen Länder. Landenberger u.a. (2005) haben bereits notwendige Veränderungen für Deutschland aufgezeigt.

⁶⁹ M. Landenberger, G. Stöcker, Ch. Them u.a. (2005) haben einen systemischen Ländervergleich anhand von Expertisen aus Deutschland und Berlin, Großbritannien, den Niederlanden und Österreich vorgelegt. Das Projekt wurde gefördert von: Senatsverwaltung für Wirtschaft, Arbeit und Frauen, Berlin, Europäischer Sozialfonds und Robert Bosch Stiftung.

Prof. Dr. Margarete Landenberger lehrt an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Medizinische Fakultät, Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft.

Gertrud Stöcker war Mitglied des Beratenden Ausschusses der Europäischen Kommission (1998-2002) und jahrelang Geschäftsführender Vorstand des Bundesausschusses der Lehrerinnen und Lehrer für Pflegeberufe e.V. (BA). Sie ist Gesundheits- und Krankenpflegerin und Lehrerin für Gesundheits- und Krankenpflege, übte Leitungsfunktionen aus und ist seit 1997 freie Mitarbeiterin an pflegerischen Weiterbildungsinstituten und Lehrbeauftragte an Hochschulen.

Prof. Dr. Christa Them leitet seit 2003 die Abteilung „Pflegewissenschaft“ an der Privaten Universität für Geisteswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik in Innsbruck.

⁷⁰ *B. Rennen-Allhoff* und *I. Bergmann-Tyacke* (2000) führten eine Untersuchung zu Ausbildungsstandards in den EU-Mitgliedstaaten in Zusammenarbeit mit dem BA durch. Die Analyse ermöglicht einen Vergleich der pflegerischen Berufsstrukturen, der Erstausbildungen, der Ausbildungsorganisationen und insbesondere der Qualifikationsniveaus der Lehrerbildung. Prof. Dr. Beate Rennen-Allhoff und Inge Bergmann-Tyacke lehren an der Fachhochschule Bielefeld, Fachbereich Pflege und Gesundheit.

⁷¹ vgl. PABiS-Studie (2006)

⁷² *I. Kollak* und *A. Pillen* (1998) sind Herausgeberinnen des Buches „Pflege-Ausbildung im Gespräch. Ein internationaler Vergleich“, welches aus einem studentischen Projekt hervorgegangen ist mit der Intention, Pflege-Ausbildungssysteme verschiedener Länder kennen zu lernen und miteinander zu vergleichen. Das Projekt wurde finanziell von der Alice-Salomon-Fachhochschule Berlin unterstützt, an der Prof. Dr. Ingrid Kollak und Angelika Pillen Pflege und Pflegemanagement lehren.

⁷³ *M. Wendt León* (1995) hat eine Studie zur „Krankenpflegeausbildung in Europa“ durchgeführt und mit dem Gedanken verbunden, dass eine gleichwertige Krankenpflegeausbildung in der EU anzustreben sei. Die Untersuchung liefert erstmals ausführlich und detailliert Datenmaterial für einen vergleichenden Überblick über die Krankenpflegeausbildung in Europa. Marcela Wendt León ist ausgebildete Krankenschwester und Hebamme mit langjähriger Berufserfahrung in Praxis und Unterricht im In- und Ausland (Stand: 1995).

Weiterhin wurden als Quellenmaterial Richtlinien und Empfehlungen der Europäischen Kommission und des Europäischen Parlaments herangezogen. Sie betreffen: Entscheidungen zur Ausbildung⁷⁴, Empfehlungen zum Kompetenzerwerb⁷⁵, übergreifende Maßnahmen zur weiteren Annäherung der europäischen Länder, insbesondere auf Lernen bezogen wie das eLearning-Programm⁷⁶, Schlüsselkompetenzen⁷⁷ für lebensbegleitendes Lernen, Bologna-Erklärung⁷⁸, in denen der Rahmen für die weitere Europäisierung bis zum Jahr 2010 abgesteckt ist sowie Materialien von CEDEFOP⁷⁹ zu Kompetenzen in der beruflichen Bildung. Auffällig ist hier die präzise Abstimmung zwischen den Angaben in den Richtlinien und denen der Empfehlungen in Bezug auf ein gemeinsames Europa, in dem alle Menschen ihren Platz finden sollen.

Für die Erarbeitung der theoretischen Grundlagen wurden einerseits bereits publizierte literarische Kompilationen herangezogen; andererseits wurde auf den Online-Katalog der SUB⁸⁰ zurückgegriffen bzw. auf Verzeichnisse wissenschaftlicher Arbeiten von Universitäten, Hochschuleinrichtungen und EU-Projekten sowie das Internet. Die Aufnahme von Zeitschriften basiert auf einer systematischen Durchsicht unterschiedlicher Lexika sowie der Zeitschriften selbst, i.d.R. sind es thematisch relevante Aufsätze, die einen Zeitraum von 1985-2007 umfassen.

Die vorliegende Untersuchung ist fokussiert auf die Erstausbildung der Pflege an Universitäten, Hochschulen, Fachhochschulen und berufsbildenden Schulen. Studiengänge wie Pflegepädagogik, Pflegemanagement und Pflegewissenschaft, wie sie in Deutschland vorwiegend an Fachhochschulen etabliert sind, sind hier ausgeblendet, denn sie beinhalten nicht die Erstausbildung in der Pflege.

4.3 Methodische Verfahren

Da der Schwerpunkt der Arbeit eine qualitativ-empirische Betrachtung ist, sind entsprechende Methoden erforderlich. Bezogen auf den Forschungsgegenstand waren zunächst folgende Fragen zu klären: Was soll analysiert werden, um es vergleichen zu können. Und: Wie können die qualitativ gewonnenen Daten verallgemeinert werden?

Einen kontextbezogenen Nachweis zu erbringen, dass eine weitere Annäherung in der Pflegeausbildung der EU-Länder zu erreichen sei, setzt voraus, dass im Rahmen der Datenerhebung eine klar definierte Abgrenzung zwischen Erstausbildung und Weiterbildung festzuhalten ist. Das

⁷⁴ vgl. Richtlinie zur Anerkennung der Berufsqualifikationen vom 07.09.2005.

⁷⁵ vgl. Bericht und Empfehlung des Beratenden Ausschusses der Europäischen Kommission zur verlangten Fachkompetenz (1998) (vgl. Quellenbezug Nr. 3, Anhang).

⁷⁶ vgl. Entscheidung Nr. 2318/2003/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 5. Dezember 2003.

⁷⁷ vgl. Empfehlung des Europäischen Parlaments und des Rates vom 18. Dezember 2006 zu Schlüsselkompetenzen für lebensbegleitendes Lernen (2006/962/EG).

⁷⁸ vgl. Bologna-Erklärung (1999)

⁷⁹ CEDEFOP (Europäisches Zentrum für die Förderung der Berufsbildung): Im Bereich der beruflichen Bildung wird in Europa in Bezug auf Definitionen von Qualifikation und Kompetenz ein neuer Ansatz verfolgt und darin festgehalten, über welche Qualifikation, Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie Kompetenzen der Einzelne künftig verfügen sollte (vgl. Kapitel 1.3).

⁸⁰ SUB: Niedersächsische Staats- und Universitätsbibliothek, über die auch in Katalogen nationaler Bibliotheken recherchiert werden kann.

gewonnene Datenmaterial sollte dabei so beschaffen sein, dass zum einen der Ist-Stand der Ausbildung aufgegriffen wird und zum anderen Aufschluss darüber gegeben wird, welche Veränderungen seit der Bestandsaufnahme⁸¹ in den einzelnen Ländern zu verzeichnen sind.

Es war anzunehmen, dass über die Befragung befugter Personen, die sich seit Jahren mit der Pflegeausbildung in Europa befassen und Ausbildungsdokumente für die Analyse zur Verfügung stellen könnten, das Untersuchungsziel zu erreichen sei. Des Weiteren war ich in der Annahme bestärkt, dass durch Fragebogen und Curriculumanalyse die gewonnenen Informationen und Daten den Stand und die Ereignisse in der Weiterentwicklung der Pflegeausbildung widerspiegeln.

Bei dem hier angestrebten Untersuchungsvorhaben erscheinen als Methoden die Befragung und inhaltsanalytische Verfahren zur Auswertung des Datenmaterials besonders geeignet. Da die Gesamtheit von Daten ein breites Spektrum umfasst, d.h. über viele Fälle sind Informationen zu erhalten, ist die quantitative Inhaltsanalyse als Verfahren begründet (vgl. Kerlinger 1974; Friedrichs 1990/2002; Atteslander 2006) (vgl. Kapitel 3.3.3.4). Die frequentielle Analyse ermöglicht es, über Häufigkeiten bestimmter Merkmale und deren Ausprägungen den Stand der Ausbildung als Grundmuster zu erfassen, um daraus die Hauptrichtung bzw. den Trend in der Pflegeausbildung europäischer Länder ableiten zu können. Als Instrumente kommen Fragebogen und Inhaltsanalysen in Frage. Es war beabsichtigt, dass die Befragung und die Curriculumanalyse einander ergänzen sollten.

Der Geltungsbereich der gewonnenen Aussagen umfasst den Zeitraum von 1995 bis 2003. Zwischenzeitlich sind weitere Änderungen erfolgt, die nicht bei der eigentlichen Datenauswertung berücksichtigt werden konnten. Es wird aber cursorisch darauf eingegangen.

In den folgenden Kapiteln 4.4. und 4.5 werden die Verfahren jeweils in der Schrittfolge: Erhebungsverfahren, Ablauf der Datenerhebung, Auswertung der Daten und Ergebnisse dargestellt; mit einer Zusammenfassung und Diskussion schließen diese Kapitel ab.

4.4 Befragung

In diesem Abschnitt werden Expertengespräche und der Fragebogen, der als Instrument zur schriftlichen Befragung eingesetzt worden ist, dargestellt.

4.4.1 Expertengespräche

4.4.1.1 Vorgehensweise

Für die Expertengespräche war kein Gesprächsleitfaden entwickelt worden, da die Gespräche z.T. zufällig stattfanden und die Gesprächsinhalte auch differenziert waren. Das Ziel dieser Exploration war zum einen, das vorliegende Problem zur Vergleichbarkeit der Anerkennung der Abschlüsse

⁸¹ Bestandsaufnahme der Pflegeausbildung in den Ländern der Europäischen Union zum 1. Januar 1995. Dokument: XV/E/9432/7/96_DE Orig. FR. CCFI.

bzw. Befähigungsnachweise zu präzisieren. Zum anderen sollten diese Gespräche und weiteren Kontakte genutzt werden, um Materialien von den betreffenden Personen zu erhalten. In diesem Zusammenhang war es notwendig, auch Sachverhalte, z.B. zu Aussagen von Rechtsvorschriften, zu klären. Die für die Entwicklung des Fragebogens erforderlichen Fragen wurden formuliert und als Entwurf einigen Expertinnen vorgelegt, wobei geprüft werden sollte, ob diese Fragen verständlich und eindeutig formuliert sowie vollständig für die schriftliche Befragung sind.

Mit folgenden Experten wurde gesprochen:

Gespräche mit *Raija Sairanen*, RN, RMN, RNT, M.Pol.Sc., Senior Lecturer, International Coordinator in Nursing, Turku University/ Finnland, zur Pflegeausbildung in Finnland, über internationale Erfahrungen sowie zum aktuellen Stand des Pflegestudiums in Turku/ Finnland.

Gespräch mit *Professorin Dr. Beate Rennen-Allhoff* zur Datenerhebung und Veröffentlichung der Studie „Lehrerinnen und Lehrer für Pflegeberufe in Europa – Ausbildungsstandards in den EU-Mitgliedstaaten“, im Juni 2000.

Gespräch mit Vertretern des *Ministeriums für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen* zum Modellprojekt „Gemeinsame Pflegeausbildung“ (Ankündigung) und zu Evaluierungsergebnissen, Bereitstellung von Materialien, im August 2002.

Gespräch mit *Professorin Dr. Christa Them*, Privatuniversität UMIT, Hall i. Tirol, zum aktuellen Stand der Pflegeausbildung in Österreich sowie aktueller Vergleich zur vorliegenden Dokumentenanalyse, 28. April 2006.

Gespräch mit der Vorsitzenden der BAS Österreich, Mödling, zum aktuellen Stand der Pflegeausbildung in Österreich sowie aktueller Vergleich zur vorliegenden Dokumentenanalyse, 28. April 2006.

Gespräch mit *PD Dr. Arnd Timmermann*, Oberarzt, Medizinische Fakultät der Georg-August-Universität Göttingen, Zentrum Anaesthesiologie, Rettungs- und Intensivmedizin, Simulationszentrum „Notfallmedizin“ zur notfallmedizinischen Ausbildung von Medizinstudenten und medizinischen Personal sowie Vorführung der Simulationspuppe „Sim-Man“ (computergesteuertes System), im August 2006.

4.4.1.2 Ertrag aus den Expertengesprächen

Die Anlässe, mit Experten Gespräche zu führen, waren unterschiedlicher Art. Zunächst war das Interesse auf eine Sammlung von allgemeinen Informationen zur Ausbildung und zu Ausbildungsdokumenten für die Krankenpflegeausbildung in den Mitgliedsländern der EU gerichtet. Erst durch das Gespräch mit Frau Stöcker⁸² (1999) und insbesondere im Gespräch mit

⁸² Zu dieser Zeit Geschäftsführender Vorstand des Bundesausschusses der Lehrerinnen und Lehrer für Pflegeberufe e.V. (BA) und Mitglied im Beratenden Ausschuss für die Ausbildung in der Krankenpflege bei der Europäischen Kommission in Brüssel: Weiterführende Gespräche zum aktuellen Stand der Reformierung der Krankenpflegeausbildung in Deutschland.

Dr. Robert Pochmarski⁸³ (2000) wurde das eigentliche Problem deutlich. Das Problem ist die Vergleichbarkeit der Pflegeausbildung in Bezug auf die Anerkennung der Abschlüsse bzw. Befähigungsnachweise für Krankenschwestern und Krankenpfleger innerhalb der Europäischen Union, das ursächlich im Zusammenhang mit der sehr differenzierten inhaltlichen Akzentuierung der Ausbildung steht. Diese Tatsache resultiert aus der Bestandsaufnahme der Europäischen Kommission zur Krankenpflegeausbildung in den Ländern der EU vom 1.1.1995, Material, das für die vorliegende Untersuchung zur Verfügung gestellt wurde. Im Ergebnisbericht wurde auch deutlich hervorgehoben, dass sich der Anspruch an Pflegeleistungen wesentlich erhöht hat, womit die Notwendigkeit grundlegender Veränderungen in der Pflegeausbildung zu begründen sei. So war der Anlass für die Erhebungssituation unter einem neuen Aspekt zu betrachten.

Die von den Experten zur Verfügung gestellten Materialien wurden auf relevante Untersuchungsergebnisse zur Vergleichbarkeit der Pflegeausbildung in den europäischen Ländern, die für die vorliegende Arbeit nützlich sein könnten, geprüft. Folgende Bilanz ist zu verzeichnen:

- Es konnte auf die Analyse der Europäischen Kommission zur Bestandsaufnahme der Krankenpflegeausbildung in den EU-Ländern vom 1.1.1995 zurückgegriffen werden. Vorläufige, mit dieser Analyse vergleichbare Fragestellungen und Hypothesen konnten formuliert werden. Der Geltungsbereich konnte festgelegt werden.
- Die Adressen von Institutionen und Personen wurden für die Befragung verwendet. Die Beteiligung bei der schriftlichen Befragung sowie der Eingang von Ausbildungsdokumenten sind in der Übersicht zu Versand und Rücklauf, Tabelle 25 (Anhang) dargestellt und im Ablauf der Datenerhebung (Kapitel 4.4.2.2) kommentiert.
- Die Ergebnisse der Studie zur Lehrerqualifikation von B. Rennen-Allhoff/ I. Bergmann-Tyacke (2000) ergänzen teilweise die Angaben zur Qualifikation des Lehrpersonals (vgl. Kapitel 5.2.1.7).
- Die Gespräche zum Fragebogenentwurf im Rahmen eines Informationsaustausches führten dazu, dass einzelne Fragen (2.6; 5 und 6) in der Formulierung verändert wurden, da inhaltliche Verständigungsschwierigkeiten aufgetreten waren (es lag kein sprachliches Problem vor).
- Die Erkenntnisse, die aus dem Gespräch mit PD Dr. Arnd Timmermann resultierten, bestätigten einerseits das Vorgehen bei der Entwicklung der Konzeption von Blended Learning am Beispiel des Moduls „Erste Hilfe“/ „Notfallmedizin“ (Tabelle 20, Anhang) und andererseits, dass unter Berücksichtigung einer erweiterten Aufgabenstellung das Konzept für die Ausbildung von Medizinstudenten übertragbar ist.

⁸³ Administrator European Commission, Internal Market Directorate-General, Brüssel.

4.4.2 Fragebogen

4.4.2.1 Erhebungsverfahren

In der vorliegenden Studie wurde vorrangig als Methode die schriftliche Befragung gewählt. Ihr Einsatz als Methode für die Datenerhebung ist darin begründet, dass der Einsatz anderer Methoden zu zeitintensiv und mit höheren Kosten verbunden wäre. Ergänzt wurde die schriftliche Befragung durch telefonische Nachfragen. Der Einsatz des Fragebogens dient in dieser Untersuchung zur Sammlung von Informationen über die Praxis der Ausbildung und nicht aus dieser Praxis.

Um aussagekräftige Daten in der Erhebung zu erhalten und darüber hinaus auch eine entsprechende Rücklaufquote sicher zu stellen, wurde im Rahmen des Auswahlverfahrens eine gezielte Auswahl von Ländern und Personen vorgenommen, die mit der Pflegeausbildung zu tun haben.

Folgende Personengruppen wurden angeschrieben:

- 29 Mitglieder des Beratenden Ausschusses der Europäischen Kommission,
- 16 Mitglieder des Florence Network und
- 5 weitere Personen, deren Land bzw. die als Person keinem der beiden erstgenannten Gremien angehören wie die Schweiz.

45 Personen gehörten einer Arbeitsgruppe an, so war eine gewisse Homogenität gegeben.

Die Übersicht zu Versand und Rücklauf der Fragebögen zeigt, auf welche Länder und auf welche Gremien sich die Befragung verteilte (vgl. Tabelle 25, Anhang).

Der Fragebogen wurde als Methode zur Informationssammlung eingesetzt. Er wurde von der Autorin entwickelt und ist kein standardisiertes Messinstrument. Der Fragebogen enthält Fragen, die auch der Kategorienbildung zugrunde gelegt wurden und die auf die zentralen Fragestellungen dieser Untersuchung zurückzuführen sind. Auf dieser Basis wurde eine gezielte Auswahl von Fragen vorgenommen; es sind sachliche, objektbezogene Fragen (vgl. Fragebogen, Tabelle 26, Anhang).

Folgende Fragen sollen durch den Fragebogen beantwortet werden:

1. Wie ist die Krankenpflegeausbildung in den einzelnen Ländern grundsätzlich geregelt?
2. Wer entscheidet darüber, wer das Ausbildungsprogramm entwickelt und was es beinhalten soll?
3. Worauf orientieren die Lernziele, und wie verbindlich sind sie?
4. Wie wird das Curriculum umgesetzt? Welchen Einfluss können Ausbildungseinrichtung und Lehrpersonal darauf nehmen?
5. Wie ist das Lernen organisiert, und wie gestaltet sich der Unterricht (Methoden, Lerntechniken, Kommunikationsformen)?
6. Wird eine Evaluation des Curriculums durchgeführt?
7. Welche Besonderheiten gibt es für Ethik?

Aufbau des Fragebogens

Der Fragebogen ist thematisch gegliedert. Er enthält sieben Fragenkomplexe, die größtenteils mehrfach untergliedert sind. Der Fragebogen besteht aus zwei Teilen und ist nach folgenden Gesichtspunkten strukturiert:

Teil 1 - Grundsätzliches zur Regelung der Krankenpflegeausbildung

Teil 2 - Entscheidungsprozesse zur Regelung der Krankenpflegeausbildung

- Lernziele
- Handlungsspielraum bei der Umsetzung des Curriculums
- Lehr- und Lernformen in der Unterrichtsgestaltung
- Evaluation des Curriculums
- Besonderheiten für Ethik

Für die Fragestellung wurden offene und geschlossene Fragen gewählt. Bei der Auswertung der offenen Fragen wurde anhand des Datenmaterials die Kategorienbildung vorgenommen. In diesem Fall wird die qualitative Inhaltsanalyse nur zum Gewinnen der Kategorien verwendet, um nachfolgend durch quantitative Analyseverfahren die Häufigkeiten dieser Merkmale bzw. Merkmalsausprägungen bestimmen zu können.

Geschlossene Fragen wurden gestellt in Bezug auf:

- 1 Grundsätzliches zur Regelung der Krankenpflegeausbildung
- 2.1 Entscheidungsträger
- 2.2 Prämissen
- 3.1 Lernzielorientierung

Offene Fragen wurden gestellt in Bezug auf:

- 2.3 Curriculumentwickler und deren Qualifikation
- 2.4 Weitere Experten und deren Qualifikation
- 2.5 Curriculare Regelung für das jeweilige Land
- 2.6 Curriculare Typen und Theorien bzw. Modelle
- 3.2 Verbindlichkeit der Lernziele
4. Umsetzung des Curriculums
5. Gestaltung des Unterrichts
6. Evaluation des Curriculums
7. Besonderheiten für Ethik

Die erste Frage zu „Wie ist die Krankenpflegeausbildung in den einzelnen Ländern grundsätzlich geregelt?“ (Teil 1) wurde für die Länder, die in der Bestandsaufnahme der EU nicht erfasst waren, ergänzt. Für die Mitglieder des Beratenden Ausschusses der Europäischen Kommission bezog sich die Frage 1 auf Veränderungen, die seit der Bestandsaufnahme vom 1.1.1995 im Rahmen der Ausbildungsreformierung zu verzeichnen sind. Die Fragen zwei bis sieben (Teil 2) sind für alle identisch (vgl. Fragebogen, Tabelle 26, Anhang).

In Vorbereitung auf die Untersuchung wurde zur Prüfung des entwickelten Fragebogens ein Informationsaustausch durchgeführt, die Fragen wurden auf Verständlichkeit sowie Vollständigkeit hin überprüft. Die befragten Personen – ein Mitglied des Beratenden Ausschusses der Europäischen Kommission und eine Koordinatorin für internationale Pflegeausbildung mit Erfahrung auf diesem Gebiet – verfügten über genügend Hintergrundwissen, so dass von ihnen zu erwarten war, dass sie die Fragen auch beantworten konnten. Die Gespräche wurden ausgewertet und auf Grund der

Ergebnisse die Fragen 2.6, 5 und 6 in der Formulierung verändert, da inhaltliche Verständigungsschwierigkeiten zwischen Forscherin und den Befragten aufgetreten waren. Der Fragebogen selbst sowie dessen Einsetzung wurden im Doktorandenkolloquium im Pädagogischen Seminar eingehend erörtert.

4.4.2.2 Ablauf der Datenerhebung (Fragebogen)

Mit dem Versand des Fragebogens und einem Anschreiben, in dem das Forschungsvorhaben dargestellt wurde und die Person, welche die Studie durchführte, sich vorstellte, begann Mitte August 2002 die Untersuchung. Die Befragung erfolgte in 4 Wellen. Fragebogen und Anschreiben wurden jeweils in deutscher und englischer Sprache verschickt (vgl. Abbildung 5). Retrospektiv betrachtet war die Datenerhebung sehr zeitaufwendig und mühevoll; anfangs erfolgte der Versand nur auf postalischem Wege, später auch zusätzlich per E-Mail und Fax sowie mit Anschreiben zusätzlich in Spanisch, Portugiesisch und Griechisch, was Fremdübersetzungen erforderlich machte. Viele Telefonate wurden geführt, dabei wurde ich auch von befreundeten Personen unterstützt. Die Datenerhebung umfasste einen Zeitraum von 5 Monaten. Am 15. Januar 2003 wurde die Datenerhebung mit einer positiven Bilanz abgeschlossen. Das Ergebnis ist nachfolgend visualisiert.

Rücklauf aus 15 europäischen Ländern:

25 Fragebögen und 18 Curricula aus 13 Ländern (vgl. Übersicht zu Versand und Rücklauf, Tabelle 25, Anhang). Die Rücklaufquote bei den Fragebögen liegt insgesamt bei 50%, der Rücklauf erfolgte in zwei Wellen und lässt sich statistisch wie folgt darstellen:

Versand von 50 Fragebogen = 25 Rücklauf = 50% Beteiligung

Erstbeantworter: Stichtag 16.10.2002, Rücklauf 15 Fragebögen von 50 Versand = 30 %

Endbeantworter: Stichtag 15.01.2003, Rücklauf 10 Fragebögen = 20%

Länderbeteiligung von 20 Ländern:

Fragebogen - aus 15 Ländern = 75 %, davon 12 EU-Länder = 80 %, dato: 14 EU-Länder = 93%

Curricula - aus 13 Ländern = 65 %, davon 10 EU-Länder = 76, 92 %, dato: 12 EU-Länder = 92%

Seit dem 1. Mai 2004 sind Lettland und Tschechien Mitglieder der Europäischen Union und erhöhen aktuell den Anteil der EU-Länder in der vorliegenden Studie. Ausgehend vom aktuellen Stand von 25 EU-Ländern ist eine Beteiligung an der Befragung von 50% und ein Anteil der Ausbildungsdokumente von 48% zu verzeichnen.

Beteiligung der befragten Personen:

Von 29 Mitgliedern des Beratenden Ausschusses - 17 = 58 %

Von 16 Mitgliedern des Florence Network - 4 = 25 %

Von 5 Nicht-Mitgliedern - 4 = 80 %

Fragebogen bezogen auf die Sprache:

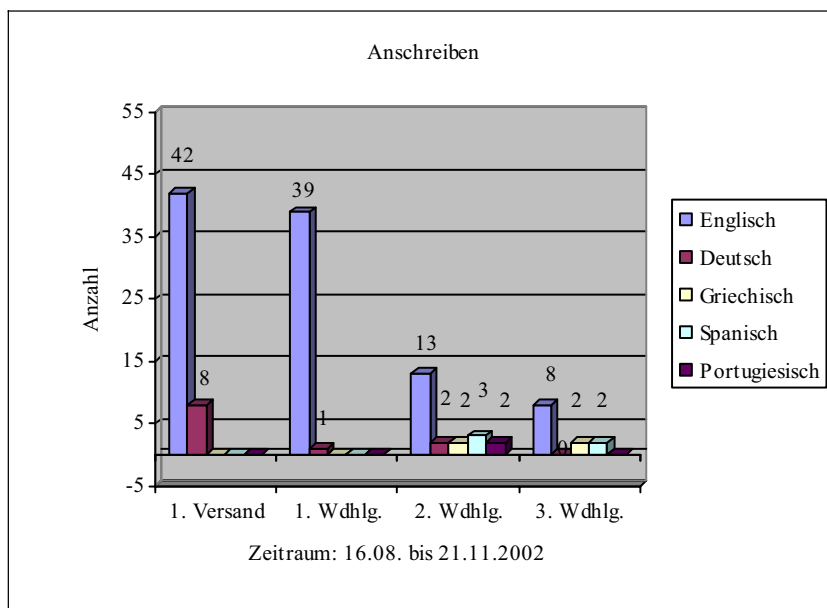
Englisch - 16 Fragebögen = 64 %

Deutsch - 9 Fragebögen = 36 %

Des Weiteren ist noch anzuführen, dass bei wiederholtem Versand die Anschreiben zusätzlich in der Landessprache verfasst waren (Griechenland, Portugal und Spanien). Nachfolgend ist der Versand tabellarisch und grafisch dargestellt.

Abbildung 5: Übersicht der Anschreiben für den Versand des Fragebogens zur Datenerhebung

Sprachen	1. Versand	1. Wdhlg.	2. Wdhlg.	3. Wdhlg.
Englisch	42	39	13	8
Deutsch	8	1	2	
Griechisch			2	2
Spanisch			3	2
Portugiesisch			2	



(vgl. Tabelle 25, Anhang)

Aufgrund der Erst-Versanddaten Mitte und Ende August 2002 wurde unter Berücksichtigung dessen, dass bis etwa Mitte September vorlesungsfreie Zeit war und viele der für die Befragung relevanten Personen nicht erreichbar sein würden, der Zeitraum für die Erstbeantworter auf 6-8 Wochen kalkuliert. Hinsichtlich der Rücksendewelle der Erstbeantworter und Endbeantworter sind keine erkennbaren Unterschiede entstanden, so dass es gerechtfertigt ist, die eingegangenen Fragebögen zusammenzulegen und als eine Stichprobe auszuwerten.

Als Ausfälle sind zu verzeichnen:

Fünf Länder (25 %) haben sich an der Studie nicht beteiligt: Griechenland, Spanien, Frankreich, Polen und Norwegen bzw. 25 Personen (50 %) (vgl. Tabelle 25, Anhang). Die EU-Länder Frankreich, Griechenland und Spanien können aber mit den vorliegenden Daten der Bestandsaufnahme zur Krankenpflegeausbildung in den EU-Ländern vom 1.1.1995 durch den Beratenden Ausschuss der Europäischen Kommission im ersten Teil der Studie (die Frage eins betreffend) einbezogen werden (vgl. Tabelle 28, Anhang); Ausbildungsdokumente liegen aus diesen Ländern nicht vor.

4.4.2.3 Auswertung der Daten (Fragebogen)

Zur Auswertung des Fragebogens wurde ein Kategoriensystem für die „offenen“ Fragen (Tabelle 27, Anhang) entwickelt, während die kategorialen Fragen („geschlossene“ Fragen) zu den Fragen 1; 2.1; 2.2. und 3.1 dem Fragebogen (Tabelle 26, Anhang) zu entnehmen sind. Zunächst soll die Kategorienbildung zur Analyse der Befragung dargestellt werden.

Die Kategorienbildung erfolgte theoriegeleitet (deduktiv) und empiriegeleitet (induktiv). Die Kategorien sollen zur Beantwortung der Forschungsfrage beitragen und Aussagen liefern, die den Rechts- und Verwaltungsrahmen sowie Entscheidungsfragen zur Curriculumentwicklung betreffen. Darüber hinaus sollen die Kategorien zu Lernzielen, Lernorganisation und Evaluation die in den Curricula enthaltenden Angaben ergänzen, wobei Lerninhalte ausgeblendet und durch die Analyse der Ausbildungsdokumente zu eruieren sind. Das Kategoriensystem (vgl. Tabelle 27, Anhang) ist in Hauptkategorien und Unter- bzw. Subkategorien aufgeteilt. Aufgrund der Annahme von unterschiedlich differenzierten Kategorieausprägungen wurde die Ausprägung „Sonstiges“ vergeben. Unter „Sonstiges“ werden Antworten erfasst, die von den differenzierten Kategorieausprägungen abweichen.

Die Erfassung der ausgefüllten Fragebögen erfolgte per Computer in Excel mittels zahlencodierter Kategorien. Sie sind nach den beteiligten Ländern zusammengefasst dargestellt, wobei eine Prüfung der Erhebungsbögen auf Fehler und Widersprüche in Abgleich mit den Curricula an späterer Stelle erfolgte. Es war kein standardisierter Fragebogen, obgleich die Ergebnisse der Datenauswertung als Vergleichswerte zu anderen Untersuchungen verwendet werden könnten. Die Anonymität der Angaben wird dadurch gewährt, dass die Daten auf die Länder bezogen codiert worden sind. Sie weisen auch keine personenbezogenen Merkmale auf wie z.B. persönliche Daten der Befragten. Bei mehreren Fragebögen aus einem Land werden als Unterscheidungsmerkmal für eine korrekte Nachprüfbarkeit jeweils Buchstaben eingesetzt.

Die Befragung war sehr umfassend und das vorliegende Material ist entsprechend umfangreich, so dass die Datenauswertung auch sehr detailliert erfolgte, um Übersichtlichkeit und Nachvollziehbarkeit, insbesondere auch durch die hohe Länderbeteiligung, zu garantieren. Aus neun Ländern sind von zwei bzw. drei befragten Personen die Fragebögen beantwortet eingegangen; die Daten sind in der Übersicht zusammengefasst dargestellt (vgl. Tabelle 28, Anhang). In der Datenauswertung sind die Daten, die aus verschiedenen Untersuchungen bzw. der Bestandsaufnahme des Beratenden Ausschusses der Europäischen Kommission zusammengestellt sind, entsprechend gekennzeichnet. Die Auswertung der Daten erfolgte auf der Grundlage des Kategoriensystems.

Die Datenmatrix der einzelnen Untersuchungsfelder wurde auf Vollständigkeit und Vergleichbarkeit mit den Untersuchungseinheiten geprüft. Fehlende Antworten in der Tabelle wurden mit der Ziffer Null „0“ gekennzeichnet. Die unter „Sonstiges“ erfassten Antworten wurden entweder aufgrund ihrer geringen Anzahl von der weiteren Untersuchung ausgeschlossen oder durch die gegebene Aussage ersetzt bzw. einer bereits vorhandenen Kategorie zugeordnet. Von den vorliegenden 25 von 50 Fragebögen – das sind 50 % Rücklauf der Fragebögen – konnten alle in der Datenauswertung berücksichtigt werden. In der Darstellung der Ergebnisse sind die Einzelfragen schnell zu

identifizieren, bei denen Stärken und Verbesserungspotenziale vorliegen, was sich noch präziser im Vergleich zu Fragen der Konvergenz und Divergenz herausstellen lässt (vgl. Kapitel 5 und 6).

Die erste Auswertung der Fragebögen ist nach Ländern zusammengefasst in Tabelle 28: „Zusammenfassende Übersicht zur Fragebogenauswertung nach Länder“ (Anhang) dargestellt. Differenzierte Angaben zu Theorien und Modellen, die für die Curriculumkonstruktion zugrunde gelegt worden sind, sind in einer Übersicht zusammengefasst (vgl. Tabelle 29, Anhang). In der weiteren Auswertung wird auf diese Daten zurückgegriffen. Nachfolgend wird die Beteiligung in Bezug auf die Beantwortung der einzelnen Fragen (vgl. Tabelle 30, Anhang) aufgezeigt. Die Antworten der Befragten werden anhand der Kategorien (Fragen zu 1.1 und 1.2 sowie 2 bis 7) zahlenmäßig und prozentual dargestellt. Eine Ausnahme bilden die Kategorien zu den Fragen 1.3 bis 1.8, die länderspezifisch aus verschiedenen Untersuchungen zusammengestellt worden sind, wie die Daten der Bestandsaufnahme des Beratenden Ausschusses der Europäischen Kommission, der EU-Länder mit Stand vom 15. Januar 2003 und der Länder Lettland, Schweiz und Tschechien. Es konnte festgestellt werden, dass zu allen Fragen Antworten bzw. Aussagen vorliegen (vgl. Tabelle 30, Anhang). In der weiteren Auswertung ist die Darstellung der Daten auf die Länder bezogen, bei Mehrfachantworten aus einem Land wurden diese bei den Kategorieausprägungen (Objekte) zusammengefasst. Bei der ersten Frage, die sich auf die grundsätzliche Regelung der Krankenpflegeausbildung bezieht (Kategorien bzw. Merkmale zu 1.3 bis 1.8), wurde bei den Ländern Frankreich, Griechenland und Spanien auf Daten der Bestandsaufnahme zur Pflegeausbildung in den EU-Ländern vom 1.1.1995 zurückgegriffen.

Eine erste Zusammenfassung zeigt, dass zu allen Kategorien Antworten bzw. Aussagen vorliegen. Die Auswertung umfasst das gesamte Spektrum der Befunde. Die Daten werden zunächst in Form einer Tabelle dargestellt, um Aussagen über das relative Vorkommen dieser Kategorien (Merkmale) per Häufigkeit zu erhalten. Die Messung erfolgte auf nominalem Niveau, d.h. die Anzahl von Fällen in jeder Kategorie bzw. Unterkategorie wird bestimmt und das Ergebnis wird zahlenmäßig und prozentual festgehalten. Am Beispiel des Merkmals „Zuständigkeit/ Aufsichtsführende Behörde“ soll die Vorgehensweise verdeutlicht werden, es ergibt sich eine eindimensionale Häufigkeitstabelle. Die Auswertung ist bei diesem Beispiel auf 18 Länder N=18 bezogen.

Beispiel: Zuständigkeit/ Aufsichtsführende Behörde

Objekte	Frequency (f)	Prozent der Angaben
Bildungsministerien	10	55,6 %
Gesundheitsministerien	5	27,8 %
Zentrale Institutionen	2	11,1 %
Hochschulministerium	1	5,6 %
Insgesamt	18	100 %

Eindimensionale Häufigkeitstabelle

Bei Merkmalen mit Mehrfachnennungen sind besondere Auswertungen notwendig, da die Summe der Zahl der Nennungen weit mehr als 100 % ergeben kann (vgl. Atteslander 2006). Am Beispiel „Abschluss/ Anerkennung“ ist die Auszählung des Merkmals, also der vier Merkmalsausprägungen „Hochschul-Diplom bzw. Bachelor“ usw., in der folgenden Tabelle dargestellt. Die Auswertung bezieht sich auf 18 Länder (N=18).

Beispiel: „Abschluss/ Anerkennung“

Objekte	Zahl der Angaben	Prozent der Fälle	Prozent der Angaben
Hochschul-Diplom bzw. Bachelor	12	66,6 %	54,6 %
Fachhochschule (Bachelor, DN II)	4	22,2 %	18,2%
Fachschul-Diplom	3	16,7 %	13,6 %
Berufsbildung	3	16,7 %	13,6 %
Angaben insgesamt	22	122,2 %	100 %
Fälle insgesamt	18	100 %	

Eindimensionale Häufigkeitstabelle bei Mehrfachnennungen

4.4.2.4 Darstellung der Ergebnisse

Gegenstand der quantitativen Inhaltsanalyse sind zunächst alle Inhalte, die als Auswertungsdaten zum Fragebogen vorliegen. Die Ergebnisse zur Fragebogenauswertung werden in eindimensionalen Häufigkeitstabellen (vgl. Tabelle 31, Anhang) dargestellt, und die Daten sind nach der Position ihres Auftretens geordnet, d.h. nach ihrem häufigsten Vorkommen. Die folgende Übersicht zu diesen Ergebnissen versucht ihrerseits, typische (d.h. besonders häufige) und untypische (d.h. besonders seltene) Ausprägungen kenntlich zu machen.

Die Analyse ergab folgende Ergebnisse:

Zur Frage 1: Wie ist die Krankenpflegeausbildung in den einzelnen Ländern grundsätzlich geregelt?*

Länder N=18

- Ausbildungsreform und Veränderungen: In 11 von 18 Ländern wurde die Krankenpflegeausbildung nach dem 1.1.1995 verändert, und am häufigsten davon betroffen war die Ansiedlung der Ausbildung (7)⁸⁴. Die gesetzlichen Grundlagen beziehen sich häufiger auf ministerielle Entscheidungen (5). Weniger relevant waren Dauer der Ausbildung (2), da diese gemäß EU-Richtlinie seit 1977 auf mindestens 3 Jahre festgelegt war, und Zentrale Institutionen als gesetzgebende Gremien (3). Als untypisch ist die zeitliche Angabe zu Veränderungen der Pflegeausbildung vor 1990 (1) wie in Deutschland, wobei im Jahr 2003 hier teilreformiert wurde.
- Aufsichtsführende Behörde: Als Aufsichtsführende Behörde wurden am häufigsten die Bildungsministerien (12) und weniger das Hochschulministerium (1) genannt.
- Abschluss/ Anerkennung: In 15 von 18 Ländern wird als Abschluss das Diplom bzw. der Bachelor an der Universität, Hochschule (11) und Fachhochschule (4) erworben, weniger typisch sind Fachschul-Diplom (3) und Zeugnisse als Befähigungsnachweis (2) analog zur Berufsausbildung.
- Ausbildungsinstitutionen/ Ansiedlung: Die Krankenpflegeausbildung ist am häufigsten an der Universität/ Hochschule (11) und Fachhochschule (4), angesiedelt, weniger an einem Krankenhaus (2) und einer Fachschule (2).
- Zulassungsvoraussetzungen/ Zugang: Als Zulassungsvoraussetzung zur Krankenpflegeausbildung ist am häufigsten die Hochschulreife (10) und weniger ein mittlerer Schulabschluss (3) gefordert. Die Angaben zum Hochschulzugang beziehen sich am häufigsten auf die Hochschulreife (15).

⁸⁴ Die in Klammern gesetzten Zahlenwerte geben hier im Folgenden die Häufigkeitswerte der jeweiligen Nennungen wieder.

- Dauer der Ausbildung: Die Dauer der Krankenpflegeausbildung beträgt häufiger 3 Jahre (12) bzw. umfasst über 4600 Stunden (8) mit einem überwiegenden praktisch-klinischen Anteil, weniger häufig ist die Dauer über 3 Jahre (6) und unter 4600 Stunden (3).
- Qualifikation des Lehrpersonals: Die Qualifikation des Personals ist differenziert nach Leitung und Lehrpersonal. Die Qualifikation der Leitungen ist vorwiegend geregelt (17) und entspricht am häufigsten der akademischen Qualifikation (17). Das Lehrpersonal ist hauptsächlich akademisch qualifiziert (15). Die pädagogische Qualifikation (5) ist in beiden Fällen weniger gefordert. Die Relation von Lehrpersonal und Auszubildenden ist kaum geregelt und ist für die weitere Verwertung der Daten nicht relevant.

*Zusammenstellung aus verschiedenen Untersuchungen

Zu den Fragen 2 – 7: Die Angaben der Befragten wurden nach Ländern zusammengefasst N=15.

2. Entscheidungsfragen zur Curriculumentwicklung

- Entscheidungsträger: Als Entscheidungsträger für die Curriculumentwicklung wurde am häufigsten die nationale Behörde (12) angegeben, und weniger liegt die Entscheidung bei der regionalen Behörde (2).
- Prämissen: Als Ausgangskriterium für die Curriculumentwicklung wurde am häufigsten die berufliche Profession (12) genannt, und weniger kulturspezifische Besonderheiten (3).
- Curriculumentwickler: Die personelle Zusammensetzung der Curriculumentwickler ist sehr differenziert. Am häufigsten war das Lehrpersonal (10) der Ausbildungseinrichtungen vertreten, weniger das klinische Lehrpersonal. Die Einbeziehung von weiteren Experten wurde bejaht (13). Am häufigsten wurden Pflegeexperten (9) hinzugezogen, weniger die Dozenten (2). Die Curriculumentwickler sind vorwiegend akademisch qualifiziert (10 bzw. 8), und weniger werden Personen hinzugezogen, die über Spezialkenntnisse (1) verfügen.
- Curriculare Regelung: Die Frage in Bezug auf ein einheitliches Curriculum wurde häufiger mit „Ja“ (10) beantwortet. Die Curricula werden häufiger in den Ausbildungseinrichtungen (6) und weniger regional (1) entwickelt.
- Curriculumkonstruktion: Als curriculare Typen wurden häufiger „offene“ (3) und/ oder integrative (3) Curricula angegeben, weniger das Kollektions-Curriculum (1). Für die Curriculumkonstruktion wurden am häufigsten Pflegetheorien und Pflegemodelle (13) zugrunde gelegt, weniger Pädagogische Theorien und Modelle (6).

3. Entscheidungen über Lernziele

- Lernziele: Bei der Lernzielorientierung überwiegen die Kenntnisse (15) nur geringfügig gegenüber Fähigkeiten (14), Fertigkeiten (14), Einstellungen (14) und Kompetenzkriterien nach den EU-Empfehlungen (14).
- Verbindlichkeit der Lernziele: Die Verbindlichkeit der Lernziele ist häufiger mit „zwingend“ (8) angegeben. Es wurde auch deutlich, dass Entscheidungen über Lernziele kaum im eigenen Ermessen der Lehrpersonen (1) liegen und anscheinend nur noch geringe Bedeutung haben können.

4. Curriculumumsetzung

Für die Curriculumumsetzung ist die Verbindlichkeit der Vorgaben relevant und wurde am häufigsten genannt (11). Es wurde auch deutlich, dass die traditionelle Unterrichtsplanung (1) anscheinend der Vergangenheit angehört und Vorgaben der Curriculumentwickler verpflichtend einzuhalten sind.

5. Lehr- und Lernformen

Als Lehr- und Lernformen wurden am häufigsten Lernwerkstatt (9), Vorlesung (9), Selbststudium (9) und Simulation (9) angegeben. Weniger vertreten sind Lehrervortrag (2), Transferlernen (2), Tutorium (2) und Workshop (2). Zur Gestaltung von Lernorganisationen wurden von den Befragten keine Aussagen getroffen.

6. Evaluation

- Evaluation: Die Durchführung einer Curriculumevaluation wurde häufiger mit „Ja“ (13) beantwortet und weniger verneint (4).
- Auftrag/ Ausführende: Der Auftrag zur Durchführung einer Evaluation wird am häufigsten von den Schulleitungen (10) erteilt. Weniger vertreten ist die Fremd-Evaluation (4).
- Ergebnistransparenz: Die Ergebnisse der Evaluation werden am häufigsten den Schulleitungen (8) vorgelegt, weniger den Ministerien (1).
- Gegenstand: Prozessbegleitende (6) und ergebnisorientierte (6) Evaluationen werden am häufigsten durchgeführt, weniger eine Evaluation zur Programmeinführung (4).
- Beteiligte/ Betroffene: Als Beteiligte bzw. Betroffene an einer Evaluation wurden häufiger die Studenten (10) und weniger das Lehrpersonal (7) angegeben.
- Methoden, Instrumente: Zur Evaluation wird am häufigsten die Befragung (8) eingesetzt wie Interviews, Fragebogen und Gruppendiskussion. Weniger relevant sind Beobachtung (1) und Leistungstests (1).
- Revision: Nach einer Evaluation werden am häufigsten Inhalte (8) revidiert und Strukturveränderungen vorgenommen. Eine Revision der Ziele bzw. Lernziele (3) ist weniger angeführt.

7. Ethik

Besonderheiten für Ethik wurden weniger herausgestellt.

4.4.2.5 Zusammenfassung und Diskussion

Es war ein wesentliches Ziel dieser Untersuchung, den Stand der Krankenpflegeausbildung vor dem Hintergrund der Bestandsaufnahme der Europäischen Kommission vom 1.1.1995 abzubilden, um Veränderungen, die hauptsächlich auf die Reformbewegung zurückzuführen sind, festzustellen. Das Ergebnis der Analyse macht deutlich, dass die Veränderungen (wie Zulassungsvoraussetzungen, Anerkennung der Berufsqualifikation sowie Dauer der Ausbildung) im Kontext mit der Reformierung der Krankenpflegeausbildung stehen. Es zeichnet sich deutlich ab, dass diese Länder damit das Ziel verfolgt haben, das Qualifikationsniveau einer Krankenschwester bzw. eines Krankenpflegers entsprechend den neuen gesellschaftlichen Anforderungen anzuheben, was auch mit einer Veränderung des sozialen Status dieses Berufes einhergeht, d.h. von einem berufsbildenden zu einem akademischen Abschluss führt.

Die nationale Regelung mit der Prämisse der beruflichen Profession ist kennzeichnend dafür, dass das Bestreben der einzelnen Länder darin zu sehen ist, die Krankenpflegeausbildung intern einander anzupassen, was für eine weitere Annäherung der europäischen Länder nur vorteilhaft sein kann.

Deutlich wurde anhand der Daten, dass die Lernziele nicht nur auf den Erwerb von Kenntnissen und Fertigkeiten ausgerichtet sind; ebenso relevant sind Einstellungen und Fähigkeits- bzw. Kompetenzentwicklung in der Krankenpflegeausbildung. Die Forderung nach Einhaltung der Lernziele liegt über 50 %. Zur Gestaltung der Lernorganisation wurden von den Befragten keine Aussagen getroffen, sondern nur zu Lehr- und Lernformen. Die am häufigsten vertretenen Lehr- und Lernformen sollen erfahrungsbezogenes Lernen und selbstständigen Wissenserwerb ermöglichen. Auf dieser Grundlage können sie eine günstige Voraussetzung für gemeinsames Lernen auf europäischer Ebene bieten, welche ausbaufähig ist. Der Lehrervortrag hat an Bedeutung verloren. In Bezug auf die Evaluation wurde deutlich, dass eine Evaluation durchgeführt wird, aber anscheinend das Potenzial für eine prozesshafte Gestaltung der Evaluation noch nicht genügend genutzt wird und hierfür Bedarf erforderlich ist.

4.5 Analyse der Ausbildungsdokumente

4.5.1 Erhebungsverfahren

Es wurden alle zusammengestellten Curriculummaterialien als Dokumente erfasst und als solche analysiert, wobei der Entwicklungsprozess der Materialien und ihre Wirkung im Unterricht unberücksichtigt geblieben sind (vgl. Kapitel 3.3). Es wurden Aussagen hinsichtlich der Gründe einer Curriculumrevision sowie im besonderen Maße hinsichtlich der Frage, inwieweit eine Europäisierung erreicht werden soll bzw. kann, herausgearbeitet. Für diese Dokumentenanalyse werden Prüfkriterien zugrunde gelegt, die einen Vergleich der gewonnenen Daten gewährleisten sollen.

Als Kategorien für die Analyse der vorliegenden Curricula wurden die Prüfkriterien für Lehrplananalysen von K.-H. Flechsig (1993b) zugrunde gelegt und leicht modifiziert. Sie erlauben eine formale Programmbeschreibung sowie eine Beurteilung ihrer Ausführlichkeit bzw. Vollständigkeit. Die von Flechsig entwickelten Prüfkriterien sind universell, es werden durch sie alle Bereiche, die zur Disposition von Programmbeschreibungen stehen, abgedeckt, ferner wird eine Klassifizierung und Quantifizierung der zu analysierenden Materialien ermöglicht (vgl. Kapitel 3.3.3.3). Anhand der Prüfkriterien soll auch versucht werden, Aussagen darüber zu erhalten, welches Verständnis von didaktischer Praxis und didaktischem Handeln in den Curricula angestrebt ist.

Zunächst soll die Kategorienbildung zur Analyse der Ausbildungsdokumente dargestellt werden. Die Kategorienbildung erfolgte theoriegeleitet (deduktiv) und empiriegeleitet (induktiv). Es wurden formale und inhaltliche Kategorien gebildet, die an das Untersuchungsmaterial angelehnt sind und zur Beantwortung der Forschungsfrage beitragen sollen. Darüber hinaus wurden zwei Analyseeinheiten als bewertende Kategorien formuliert. Folgende Fragestellungen sind für die Kategorienbildung zur Analyse der Ausbildungsdokumente relevant:

Fragen	Kategorien
1. Allgemein curricular bezogene Angaben	1 Formale Angaben
1.0 Welche europäischen Länder werden einbezogen?	1.0 Land
1.1 In welchem Jahr wurde das Curriculum erstellt?	1.1 Datum

1.2 Wie viel Seiten umfasst das Curriculum?	1.2 Seitenumfang
1.3 Was für einen Titel hat das Ausbildungsprogramm?	1.3 Programmtitel
2. Was für ein Lehrplantyp liegt vor?	2 Lehrplantypen
3. Wer ist der Bildungsträger bzw. Auftraggeber?	3 Bildungsträger/ Auftraggeber
4. Wer hat das Curriculum entwickelt?	4 Autoren
5. Für welchen Geltungsbereich und Zeitraum ist das Programm konzipiert?	5 Geltungsbereich/ -dauer
6. Welche Zielgruppe ist angesprochen?	6 Zielgruppen
7. Welchen Grad der Verbindlichkeit hat das Curriculum?	7 Verbindlichkeit der Curricula
8. Welche Zielvorstellungen werden für die Ausbildung zugrunde gelegt?	8 Zielvorstellungen (Präambel)
9. Wie ist die Dauer der Ausbildung festgelegt?	9 Umfang (Zeitangaben)
10. Welche Lernziele sind formuliert?	10 Lernziele
11. Welche Kompetenzen sind formuliert?	11 Kompetenzen
12. Werden die Kompetenzkriterien nach den EU-Empfehlungen berücksichtigt? Wenn ja, welche?	12 Kompetenzkriterien nach EU-Empfehlungen*
13. Wie ist die Gliederung bzw. Stoffverteilung der Ausbildungsinhalte?	13 Gliederung (Stoffverteilung)
14. Welche Inhalte werden vermittelt?	14 Ausbildungsinhalte
15. Liegt ein akademisches Profil vor?	15 Akademisches Profil
16. Welche Charakteristika weisen die Wissensbereiche auf?	16 Charakteristika der Wissensbereiche
17. Wie ist die Abfolge der Wissensbereiche festgelegt?	17 Abfolge der Wissensbereiche
18. Wie sind die Lernaufgaben beschrieben?	18 Lernaufgabenbeschreibungen
19. Welche didaktisch-methodischen Hinweise sind enthalten?	19 Didaktisch-methodische Hinweise
20. Welche Hinweise sind auf Lernkontrollen enthalten?	20 Lernkontrollen
21. Was für Zertifikatsbezüge sind enthalten?	21 Zertifikatsbezüge
22. Welche Hinweise sind auf Referenzen enthalten?	22 Referenzen
23. Was beinhalten die Begründungen?	23 Begründungen
24. Liegt ein Evaluationskonzept vor? Wenn ja, welche Kriterien beinhaltet es?	24 Evaluationskonzept
25. Welche Aussagen liefert das Programmkonzept in Bezug auf Zielsetzung, Inhaltlichkeit, Sprache und Form?	25 Bewertung des Programmkonzeptes
26. Was für ein pädagogischer Ansatz liegt dem Curriculum zugrunde?	26 Bewertung des pädagogischen Ansatzes

*Bericht und Empfehlungen zur verlangten Fachkompetenz vom 13. Januar 1998 (Quellenbezug Nr. 3, Anhang)

Diese Fragestellungen bilden die Basis für die Kategorien, mit deren Hilfe Aussagen zu erwarten sind in Bezug auf:

- Zuordnung des Curriculums (zeitlich, Umfang, Programmtitel),
- Entscheidungen auf administrativer Ebene der Curriculumentwicklung,
- Curriculumelemente (Lernziele, Lerninhalte, Lernorganisation, Evaluation) sowie
- ergänzende Angaben zur Curriculumkonstruktion (Zertifikatsbezüge, Referenzen, Begründungen).

4.5.2 Ablauf der Datenerhebung zur Dokumentenanalyse

Der Ablauf der Datenerhebung zur Dokumentenanalyse bezieht sich im Wesentlichen auf die Erfassung der Ausbildungsdokumente bzw. Curricula. Von 13 der 20 Länder wurden Curricula zur Verfügung gestellt (vgl. Tabelle 25, Anhang). Leider war es nicht allen beteiligten Personen der Befragung möglich, ihr Curriculum für die Studie zur Verfügung zu stellen, z.B. auch aus Gründen der seinerzeit noch zu Ende zu führenden Reformierung der Pflegeausbildung. Es ist aber einzuschätzen, dass die Beteiligung vonseiten der Befragten bereitwillig, aber auch für sie z.T. mit

Aufwand verbunden war, denn einige Exemplare waren sehr „druckfrisch“. Die Curricula sind als Papierformat deutschsprachig und in den Fremdsprachen Englisch, Französisch, Dänisch und Portugiesisch postalisch zugeschickt worden oder auf CD-ROM bzw. per E-Mail zugesandt oder es wurde die Internetadresse angegeben. Folgende Bilanz ist mit dem Stand vom 15. Januar 2003 zu verzeichnen:

Länder (13)	Anzahl (19)	Curricula
Deutschland (D)	3	1 Nationales, 1 Bundesland, 1 Modellprojekt
Dänemark (DK)	2	2 Ausbildungseinrichtungen
Finnland (FIN)	2	2 Ausbildungseinrichtungen
Irland (IRL)	1	Nationales
Lettland (LV)	2	Universität
Luxemburg (L)	1	Nationales
Niederlande (NL)	2	2 Ausbildungseinrichtungen
Österreich (A)	1	Nationales
Portugal (P)	1	Ausbildungseinrichtung
Schweden (SV)	1	Ausbildungseinrichtung
Schweiz (CH)	1	Ausbildungseinrichtung
Tschechien (CZ)	1	Universität
UK/ Schottland	1	Universität

(vgl. Tabelle25, Anhang)

So sind als Basismaterial für die Analyse und den Vergleich 18 Curricula aus 13 europäischen Ländern verwendet worden. Die Daten wurden per Computer mit zahlencodierten Kategorien erfasst. Die Inhaltsanalyse gibt eine Beschreibung der Curricula mit Hilfe der Prüfkriterien wieder, wobei sie wegen des umfangreichen Materials sowie der hohen Länderbeteiligung ausführlicher ist, um eine Nachvollziehbarkeit der inhaltlichen Angaben eher zu gewährleisten sowie einen optimalen Vergleich sicher zu stellen.

Die Anonymität der Herkunft der Curricula (bezüglich zurücksender Personen und Ausbildungseinrichtungen) wird trotz Angabe der Länder wie bei der Fragenbogenauswertung gewährt. Bei mehreren Curricula aus einem Land wurde eine differenzierte Kennzeichnung vorgenommen. Zur Kennzeichnung der einzelnen Länder werden insbesondere in Tabellen Kürzel verwendet – analog der Europäischen Kommission. Die Angaben, die mit dem Buchstaben „x“ versehen sind, beziehen sich auf Aussagen im Curriculum, ohne dass eine konkrete Nachweisführung erbracht werden kann. Die Angaben unter der Ziffer „0“ bedeuten, dass keine konkreten Aussagen zu dem jeweiligen Sachverhalt zu finden waren. Durch zusätzliche Anmerkungen in der Legende wurden Angaben ergänzt, die von allgemeinem Interesse sein könnten, z.B. zu Sprachen.

Es war auch nicht in jedem Fall einfach, eine kategoriale Zuordnung zu dem, was und wie es im Curriculum formuliert war, vorzunehmen, wobei es nicht galt, Sprachbarrieren zu überwinden, sondern es war eher die Unterschiedlichkeit der Auffassungen von Curriculumentwicklung an sich und die Strukturierung, die nicht immer so klar umrissen war, wie es in den Inhaltsanalysen wiedergegeben ist.

4.5.3 Auswertung der Dokumentenanalyse

Mit der Untersuchung von Dokumenten wird zunächst die Absicht verfolgt, das vorhandene Datenmaterial zu sondieren, um dadurch einen Einblick in die Gesamtsituation bezüglich des Materials zu erhalten, im vorliegenden Fall also bezüglich der curricularen Entwicklung und der damit verbundenen Anforderungen an die Pflegeausbildung in den europäischen Ländern. Für die Auswertung der vorliegenden Daten wurde die quantitative Inhaltsanalyse als das Verfahren gewählt, mit dem Quantitäten erhoben werden. Die so ermittelten Daten werden zunächst analysiert, so dann werden die Ergebnisse der Analyse interpretiert mit dem Ziel, Antworten auf die Forschungsfragen zu finden. Da es sich in der vorliegenden Untersuchung um Daten zu vielen Fällen handelt, ist das hier eingesetzte Verfahren zur statistischen Darstellung der Häufigkeitsverteilungen angemessen. Die erste Auswertung der Dokumentenanalyse ist in der Tabelle 33: „Zusammenfassende Übersicht der Dokumentenanalysen“ (Anhang) dargestellt. In der weiteren Auswertung wird auf diese Daten zurückgegriffen.

Für die Auswertung der Daten zur Dokumentenanalyse wurde ein Kategoriensystem entwickelt, das in Tabelle 32 (Anhang) dargestellt ist. Das Kategoriensystem besteht aus einer Liste von 26 Kategorien, die in komplexe Unter- bzw. Subkategorien aufgeteilt wurden und darüber hinaus noch Festlegungen der Ausprägung dieser Merkmale aufweisen können. Das Kategoriensystem umfasst formale (1), inhaltliche (2-24) und bewertende Kategorien (25-26).

Zur Auswertung der Daten wurde als quantitatives Verfahren die Häufigkeits- bzw. Frequenzanalyse gewählt und als Messniveau die Nominalskalierung. Die Häufigkeit der Ausprägung eines Merkmals wird als Indikator für bestimmte Trends angesehen. Die Auswertung der kategorialen Daten umfasst das gesamte Spektrum der Befunde. Diese Daten werden zunächst in Form einer Tabelle dargestellt, um Aussagen über das relative Vorkommen dieser Kategorien (Merkmale) per Häufigkeit zu erhalten. Da die Messung auf nominalem Niveau erfolgt, werden den Objekten Zahlen zugeordnet, nachdem die Anzahl der Objekte in jeder Kategorie gezählt wurde. Die Auswertung nimmt Bezug auf 18 Ausbildungsprogramme bzw. Curricula (N=18). Bei Merkmalen mit Mehrfachnennungen sind besondere Auswertungen notwendig, da die summierte Zahl der Nennungen weit mehr als 100 % ergeben kann (vgl. Kapitel 4.4.2.3).

4.5.4 Darstellung der Ergebnisse zur Dokumentenanalyse

Eine erste Zusammenfassung des Datenmaterials zeigt, dass zu allen 26 Kategorien Angaben vorliegen (vgl. Tabelle 33, Anhang). In der Tabelle 34 (Anhang) ist die Auswertung der kategorialen Daten in einer eindimensionalen Häufigkeitstabelle dargestellt, in der die Verteilung der Merkmalsausprägungen einer Kategorie erkennbar wird, welche nach der Position ihres Auftretens gewichtet sind.

Die durch die Analyse des Materials erhobenen Daten geben an sich noch keine Antworten auf die Forschungsfragen, daher besteht die Notwendigkeit, diese Daten zu interpretieren. Aus den Ergebnissen dieser Analyse müssen nun Schlüsse auf die untersuchten Relationen gezogen werden. So werden zunächst die aus den Daten hervorgehenden Relationen innerhalb der Untersuchung interpretiert,

um die weitere Bedeutung der Daten festzustellen. Die Ergebnisse der Untersuchung werden im Folgenden erklärt und dargestellt. Im Zentrum der Interpretation der Daten stehen die inhaltlichen Kategorien und deren Ausprägungen (2 bis 24), während die Analyseergebnisse der formalen Angaben (1) wichtige Zusatzinformationen liefern, z.B. zum Erscheinungsjahr der Ausbildungsdokumente, wodurch eine wichtige Aussage im Kontext der Veränderungen in der Pflegeausbildung (Reformierung) getroffen werden kann. Die bewertenden Analyseeinheiten zum Programmkonzept (25) und pädagogischen Ansatz des Programms (26) werden von der Autorin zur Diskussion gestellt.

Zu Umfang bzw. Zeitangaben der Ausbildung ist noch anzumerken, dass für Dänemark kein Umrechnungsfaktor für Credits in Stunden im Curriculum angegeben war und es insgesamt schwierig ist, eine Umrechnung in ECTS⁸⁵ vorzunehmen. Da von den Ländern bisher sehr unterschiedliche Angaben zu den Credits gemacht worden sind bzw. keine weiteren Angaben vorliegen oder rechnerisch es nicht nachvollziehbar war, erscheint eine Berechnung auf Stundenbasis für den Vergleich immer noch zutreffender, zumal die rechtliche Forderung vonseiten der Europäischen Kommission zur Dauer der Ausbildung besteht, die sich auf mindestens 3 Jahre (hier sind die Angaben vollständig) oder auf 4600 Stunden bezieht (vgl. Tabelle 33, Anhang). In Bezug auf den Anteil von Theorie- und Praxisstunden wird empfohlen, diese etwa gleich zu verteilen. Zu den Theorie-Fächern ist noch anzumerken, dass unter der Bezeichnung „x“ hier zu verstehen ist, dass es in den Curricula keine konkreten Angaben zu den Fächern bzw. zu den Stunden gab, sondern dass diese in anderen Studienanteilen erkennbar waren (vgl. Tabelle 35, Anhang). Differenzierte Angaben in den Curricula zu Lehr- und Lernformen und zu Tests sind nachfolgend in den Tabellen 36 und 37 dargestellt, sie wurden der Tabelle 38 „Differenzierte Angaben zur Lernorganisation“ (Anhang) entnommen.

Tabelle 36: Differenzierte Angaben in den Curricula zu Lehr- und Lernformen

18 Curricula N=18

<i>Objekte</i>	<i>Zahl der Angaben/ f</i>	<i>Prozent der Fälle</i>	<i>Prozent der Angaben</i>
Übung	7	38,9 %	13,2 %
Simulation*	6	33,3 %	11,3 %
Kleingruppen, Lerngruppen	6	33,3 %	11,3 %
Fallmethode, Fallstudien, POL**	6	33,3 %	11,3 %
Projekt/ Lernprojekt	5	27,7 %	9,4 %
Vorlesung	5	27,7 %	9,4 %
Exkursion, Erkundung	5	27,7 %	9,4 %
Lernkonferenz, Seminar	4	22,2 %	7,6 %
Selbsttätigkeit, Selbststudium	4	22,2 %	7,6 %
Lernwerkstatt	2	11,1 %	3,8 %
Experimente	1	5,5 %	1,9 %
Dialog	1	5,5 %	1,9 %
Frontalunterricht	1	5,5 %	1,9 %
Angaben insgesamt	53	293,9 %	100 %

*z.B. Patientenkontakte, Simulation "Patient" (Personalreflexion) **Problemorientiertes Lernen

(vgl. Tabelle 38, Anhang)

⁸⁵ ECTS: European Credit Transfer System

Diese Objekte sind nicht in jedem Fall mit den didaktischen Modellen des Göttinger Katalogs (vgl. Flechsig 1983; 1996) gleichzustellen (vgl. Kapitel 6.2.2). Ein Abgleich mit den Angaben in den Fragebögen zu Lehr- und Lernformen erfolgt an einer anderen Stelle (Kapitel 5).

Tabelle 37: Differenzierte Angaben in den Curricula zu Tests

18 Curricula N=18

<i>Objekte</i>	<i>Zahl der Angaben/f</i>	<i>Prozent der Fälle</i>	<i>Prozent der Angaben</i>
Test, schriftlich	6	33,3 %	33,3 %
Test, mündlich	3	16,7 %	16,7 %
Test, praktisch/ klinisch	2	11,1 %	11,1 %
Keine Angaben	7	38,9 %	38,9 %
Insgesamt	18	100 %	100 %

(vgl. Tabelle 38, Anhang)

Als Anlass für die Tests sind in den Curricula Theorie, Klausuren, Examen, Reifetest (Bachelor) angegeben. In Bezug auf die Sozialform werden die Tests als Einzelpersonen bzw. in Gruppen abgelegt. Die hier erfassten Angaben zu Tests im Bezugsrahmen von Lernkontrollen und Leistungsmessung sind dahingehend aufschlussreich, dass noch nicht in allen Curricula und somit in allen Ländern, die in der Studie vertreten sind, das Kriterium der Lernkontrollen Gegenstand von Curriculumplanung und -entwicklung ist. Auch hierzu wird die Interpretation im Abgleich mit dem Fragebogen an einer späteren Stelle vorgenommen (Kapitel 5.2.6).

Analog zur Darstellung der Befragungsergebnisse werden hier die Auswertungsdaten zur Dokumentenanalyse in Tabelle 34 (Anhang) zugrunde gelegt und interpretiert. Die Vorgehensweise ist identisch, eine Reduktion der Befunde zeichnet sich in der zweiten Zusammenfassung ab und die relativen Resultate kommen für eine weitere Verwertung der Daten in Frage.

Zur Darstellung der Ergebnisse wurden die Fragestellungen zur Kategorienbildung für die Dokumentenanalyse zugrunde gelegt.

Die Analyse erbrachte folgende Ergebnisse:

1 Formale Angaben

1.0 Land: Aus 13 europäischen Ländern liegen von 18 Curricula Ergebnisse vor.

1.1 Datum: 15 von 18 Curricula wurden in der Zeit von 2001-2003 erstellt.

1.2 Seitenumfang: Die Curricula weisen einen sehr unterschiedlichen Seitenumfang auf. Am häufigsten liegen Curricula von 4-50 Seiten (8)⁸⁶ vor, während der längste Text 892 Seiten (1) und der kürzeste Text 1 Seite (1) umfasst.

1.3 Programmtitel: 16 von 18 Curricula weisen als Programmtitel (Gesundheits-) und Krankenpflege auf, während zwei Curricula als Bildungsprogramme bezeichnet werden. Bei 8 Curricula ist der Programmtitel durch die Angabe des Qualifikationsniveaus ergänzt (vgl. Quellenverzeichnis, Anhang).

⁸⁶ Die in Klammern gesetzten Zahlenwerte geben hier im Folgenden die Häufigkeitswerte der jeweiligen Nennungen wieder.

- 2 Lehrplantypen: Bei den Lehrplantypen ist das „offene“ Curriculum (10) vorherrschend, und am wenigsten liegt ein Studienplan (2) vor.
- 3 Bildungsträger/ Auftraggeber: Als Bildungsträger bzw. Auftraggeber kommen am häufigsten die Ausbildungseinrichtungen (12) gegenüber Zentralen Institutionen (1) vor.
- 4 Autoren: In nur 6 von 18 Curricula wurden Autoren als Curriculumentwickler aufgeführt.
- 5 Geltungsbereich/ -dauer: Der Geltungsbereich der Curricula bezieht sich am häufigsten auf die Ausbildungseinrichtungen (13), und weniger sind sie übernational (2) ausgerichtet. 17 von 18 Curricula sind für die Gesamtausbildung konzipiert, am wenigsten für einzelne Studienjahre (1).
- 6 Zielgruppen: Die Curricula sind am häufigsten für die höhere (9) und universitäre Ausbildung (4) entwickelt, und weniger für die Berufsausbildung (5).
- 7 Verbindlichkeit des Curriculums: Die Curricula wurden vorrangig für den theoretischen Unterricht (18) konzipiert, und davon weisen 15 Curricula den Bezug zum praktischen/ klinischen Unterricht auf.
- 8 Zielvorstellungen (Präambel): Als Zielvorstellungen, die insbesondere in der Präambel vorzufinden sind, wurden am häufigsten Programm- bzw. Bildungsziele (14) formuliert, am wenigsten wurden Folgewirkungen (3) aufgezeigt.
- 9 Umfang (Zeitangaben): Am häufigsten wurden die Jahre (18) als Umfang der Ausbildung angegeben und am wenigsten die Dauer einer Unterrichtsstunde (3) sowie Selbststudium (3). Werden die Jahre ausdifferenziert, so umfasst die Ausbildung am häufigsten 3 Jahre (9) gegenüber einem Zeitumfang unter 3 Jahre (1). Werden die Stunden ausdifferenziert, so sind am häufigsten über 4600 Stunden (8) und weniger unter 4600 Stunden (2) angesetzt.
- 10 Lernziele: Lernziele wurden in den Curricula am häufigsten als Leitziele (14) formuliert, weniger sind Feinziele (4) und die Orientierung an Verhaltenseigenschaften wie affektiv (4) und psychomotorisch (4) vorzufinden.
- 11 Kompetenzen: Als Kompetenzen sind am häufigsten und gleichviel Soziale Kompetenz (6), Handlungskompetenz (6) und Kommunikative Kompetenz (6) vertreten, am wenigsten die Methodenkompetenz (1).
- 12 Kompetenzkriterien nach EU-Empfehlungen: In 15 von 18 Curricula ist das Tätigkeitsfeld der Krankenschwester/ des Krankenpflegers entsprechend den Kompetenzkriterien nach den EU-Empfehlungen ausgerichtet, und weniger ist die Aufgabenstellung (8) berücksichtigt. In 7 von 18 Curricula ist die Einhaltung der Kompetenzkriterien gewährleistet und in 11 teilweise gewährleistet.
- 13 Gliederung (Stoffverteilung): In allen Curricula wurde die Stoffverteilung nach Wissensbereiche vorgenommen, und weniger sind sie in Studien-Module (4) untergliedert.
- 14 Ausbildungsinhalte: Die Ausbildungsinhalte sind auf den theoretischen und den praktischen/ klinischen Unterricht bezogen.
- 14.1 Theorie-Fächer: Am häufigsten wurden die Fächer aufgeführt, von denen am häufigsten und gleichviel vertreten sind: Pflege (17), Pflegewissenschaft (17), Gesundheitsversorgung (17), Ethik (17) und Naturwissenschaften/ Medizin (17). Weniger vorzufinden sind Projekte (8) und weitere Fächer (8) sowie die nicht gefächerte Stoffverteilung.
- 14.2 Praktischer/ klinischer Unterricht: Der praktische/ klinische Unterricht erfolgt am häufigsten und gleichviel bei Erwachsenen (15) und stationär (15). Am wenigsten vertreten ist der ambulante Einsatz (2).
- 14.3 Skills (Fähigkeiten): Fähigkeiten in Bezug auf Pflorgetechniken und kommunikativer Kompetenz ist in allen Curricula angegeben, während Fähigkeiten im Management nur in 14 von 18 vorzufinden ist.

15 Akademisches Profil des Curriculums:	Am häufigsten sind die Curricula für die akademische Ausbildung (12) konzipiert und weniger für nicht akademische (5). Das Curriculum, das sich noch in der Entwicklung zum akademischen Profil befand, wird inzwischen angeglichen sein.
16 Charakteristika der Wissensbereiche:	In Bezug auf die Charakteristika der Wissensbereiche sind am häufigsten Namens- und Begriffslisten (5) zu nennen und am wenigsten Anforderungs- bzw. Tätigkeitskataloge (1).
17 Abfolge der Wissensbereiche:	Am häufigsten wurde die Abfolge der Wissensbereiche nach dem Lern- und Entwicklungsprozess (15) festgelegt und weniger als Spiralform (2).
18 Lernaufgabenbeschreibungen:	Lernaufgabenbeschreibungen liegen nur in 2 von 18 Curricula vor. Gleichviel vertreten sind Lernaufgaben (2), Erläuterung der Lernaufgabe (2) und Begründung (2), einmal ist der Zeitrahmen (1) genannt.
19 Didaktisch-methodische Hinweise:	Am häufigsten sind in den Curricula die Lehr- und Lernformen (13) aufgeführt und weniger, aber gleichviel didaktische Prinzipien (2) und die Vermittlung des Lehrstoffes in einer Fremdsprache (2).
20 Lernkontrollen:	Am häufigsten werden Tests (10) zur Lernkontrolle eingesetzt, und am wenigsten wird Faktenwissen (1) geprüft.
21 Zertifikatsbezüge:	Am häufigsten ist die Vergleichbarkeit (17) der Curricula mit anderen Ausbildungseinrichtungen gegeben. Weniger typisch ist die Nennung der Anrechenbarkeit (3) in Bezug auf vorherige Abschlüsse bzw. Erwerb von Kompetenzen.
22 Referenzen:	Lehrbücher (8) sind unter den Referenzen am häufigsten vertreten, weniger sind es Texte bzw. Textsammlungen (3).
23 Begründungen:	Am häufigsten wurden in den Curricula Begründungen für das vorliegende Programm (11) vorgefunden, weniger sind Begründungen für Inhalte (3) aufgeführt.
24 Evaluationskonzept:	In 3 von 18 Curricula ist ein Evaluationskonzept enthalten. Die Evaluation ist gleichviel auf Selbst-Evaluation (3) und Wirkungs-Evaluation (3) bezogen. Als Methode ist die Befragung (3) vorherrschend, und untypisch ist die Selbstreflexion der Lehrer (1).
25 Bewertung des Programmkonzeptes:	Bei der Bewertung des Programmkonzeptes ist am häufigsten und gleichviel zu nennen, dass die Sprache eindeutig (16) und das Programm auf die Praxis bezogen (16) ist. Am wenigsten vorkommend und somit untypisch für das Programmkonzept sind unrealistische Ziele (1), sich streng an Vorgaben haltend (1) und folgsames Lernen (1).
26 Bewertung des pädagogischen Ansatzes:	Am häufigsten ist der lernzielorientierte Ansatz (10) erkennbar, untypisch ist der bildungstheoretische Ansatz (1).

4.5.5 Zusammenfassung und Diskussion

Die Beschaffenheit des Datenmaterials ist unterschiedlich, einerseits sind es sehr umfangreiche Curricula, in denen Struktur und Übersichtlichkeit nicht immer berücksichtigt wurden und die Nachvollziehbarkeit des Curriculumansatzes schwierig ist; andererseits liegen Studienpläne vor, die sehr präzise Angaben zur Ausbildung beinhalten. Festzuhalten ist auch, dass die Ausbildungsdokumente jüngerer Datums sind. Dies ist als Ergebnis von Reformierung bzw. Nachreformierung der Pflegeausbildung zu werten, was auch in der Umsetzung zukunftsweisender Empfehlungen zum

Ausdruck kommt. Hierzu gehört die Aufnahme von ECTS⁸⁷ als Berechnungs- und Leistungsgrundlage der Studienanteile; der kompetenzorientierte Ansatz orientiert an den EU-Empfehlungen zur verlangten Fachkompetenz⁸⁸; neue Lehr- und Lernformen, die dem Studierenden mehr Handlungsspielraum für den Wissenserwerb einräumen und nicht zuletzt die Ansiedlung der Pflegeausbildung im tertiären Bildungsbereich. Die Ausbildungsinhalte sind unterschiedlich akzentuiert, und es ist schwierig, unter Berücksichtigung der nationalen Bedingungen eine Angleichung zu erreichen. Diese Tatsache wurde im Bericht des SLIM-Projektes (1996) festgehalten. Es wurde empfohlen, den kompetenzorientierten Ansatz anstelle strikter inhaltlicher Vorgaben zu setzen, der den einzelnen Ländern größere Flexibilität einräumt. Die Analyseergebnisse bestätigen, dass die Lernorganisation ausbaufähig ist und ein Bedarf für die Gestaltung der Evaluation eines Curriculums besteht (analog zu den Daten der Fragebogenauswertung).

4.6 Zusammenfassung

Als theoretischer Bezugsrahmen für die Untersuchung werden Erkenntnisse zu Entscheidungsprozessen in der Curriculumentwicklung (vgl. Flechsig/ Haller 1973), Analysen von Dokumenten sowie Rechtsgrundlagen zur Regelung der Krankenpflegeausbildung in den EU-Ländern zugrunde gelegt.

In diesem Kapitel sind die Untersuchungsverfahren und die Ergebnisse zur Befragung und zur Analyse der Ausbildungsdokumente der Krankenpflegeausbildung in europäischen Ländern dargestellt. Die Untersuchung stand unter der Zielsetzung, wesentliche Bedingungen dieser Praxis, die durch die Reformierung der Ausbildung in einzelnen Ländern sich grundlegend verändert hat, unter dieser Prämisse noch einmal abzubilden.

Für die Datenerhebung wurden Institutionen und daraus Personen gewählt, die einerseits befugt sind, ihr Land zu vertreten und andererseits sich bereits mit Fragen der Krankenpflegeausbildung in den europäischen Ländern befassen, wie z.B. die Mitglieder des Beratenden Ausschusses der europäischen Kommission, Mitglieder des Florence Network (hierüber wurden auch einzelne EU-Kandidatenländer erreicht), die Schweiz und Norwegen als EFTA-Länder.

Die vorliegende Untersuchung ist fokussiert auf die Erstausbildung der Pflege an Universitäten, Hochschulen, Fachhochschulen und berufsbildenden Schulen. Weiterführende Studiengänge, z.B. in Deutschland: Pflegepädagogik, Pflegemanagement und Pflegewissenschaft, wurden ausgeblendet, denn sie beinhalten nicht die Erstausbildung in der Pflege.

Die voranstehend dargestellten Ergebnisse sind als Auflistung der jeweiligen Antworten (beim Fragebogen) bzw. Aussagen (bei der Dokumentenanalyse) zu verstehen. Im folgenden Kapitel wird der Versuch unternommen, unter Betrachtung der Vergleichbarkeiten und Unterschiede eine Trendanalyse zur Pflegeausbildung vorzunehmen.

⁸⁷ ECTS: European Credit Transfer System

⁸⁸ Bericht und Empfehlungen zur verlangten Fachkompetenz (1998) (Quellenbezug Nr. 3, Anhang).

5 Trendanalyse zur Pflegeausbildung in den europäischen Ländern – Vergleichende Darstellung und Interpretation der Untersuchungsergebnisse –

Die Bezeichnung „Trendanalyse“ wurde zur Charakterisierung der in diesem Kapitel vorgelegten Analyse gewählt, um zu verdeutlichen, dass es um die Suche nach übereinstimmender Entwicklung in der Pflegeausbildung in Europa geht. Übereinstimmungen sind mit Disparitäten zu „verrechnen“, um schließlich Hinweise zur Erstellung eines Arbeitsmodells für die weitere Europäisierung der Pflegeausbildung zu erhalten. Trendanalysen sind üblicherweise chronologisch orientiert⁸⁹, d.h. die betreffenden Objekte werden zu verschiedenen Zeitpunkten betrachtet. Dieses war im vorliegenden Fall nicht möglich, denn es ging ja um eine Vielzahl von Objekten (d.h. Pflegeausbildung in 18 verschiedenen Ländern).

5.1 Einleitung – Vorgehensweise, Abgrenzungen und Übersicht

Im folgenden Vergleich werden die Untersuchungsergebnisse aus der Befragung und der Dokumentenanalyse (vgl. Kapitel 4.4.2.4 und 4.5.4) dargestellt, und ein Abgleich der Datenergebnisse wird unter Berücksichtigung vorherrschender Ausprägungen der jeweiligen Merkmale vorgenommen. Das vorliegende Material wird inhaltlich extrahiert und zusammengefasst, d.h. es werden Häufigkeiten herausgearbeitet, um nach Gemeinsamkeiten und Unterschieden zu suchen. Was sind die Gemeinsamkeiten, und worin liegen die Unterschiede? Was ist das Grundmuster der Ausbildung? Welche Hauptrichtung lässt sich aus den Ergebnissen der Studie für die Pflegeausbildung in den europäischen Ländern ableiten? Ist eine Europäisierung der Pflegeausbildung im Hinblick auf Inhalte, Verfahrensweisen der Entstehung sowie auch didaktische Grundlagen (Formen der Lernorganisation) möglich? Des Weiteren werden im Vergleich unter Einsatz zusätzlichen Materials⁹⁰ interpretationsbedürftige Textstellen verständlich gemacht (vgl. Atteslander 2006, S. 199) (Mayring 2007, S. 58), um die gravierenden Veränderungen, die sich im Wandel des Krankenpflegeberufes abzeichnen und die mit einer Veränderung des sozialen Status des Berufes einhergehen, zu verdeutlichen. Unter diesem Aspekt betrachtet, ist auch die Notwendigkeit einer Annäherung im Hinblick auf die Anerkennung der Abschlüsse bzw. Befähigungsnachweise in der Krankenpflegeausbildung europäischer Länder einzuordnen.

Ausgeklammert bleiben dabei Ausbildungen bzw. Qualifizierungen von Pflegeassistentenberufen (z.B. Pflegehilfen) sowie Fort- und Weiterbildung und sonstige Spezialisierungen in der Pflege, ebenso weiterführende Studiengänge. Und es wird auch nicht auf die Entwicklung von Bildungs- und Gesundheitssystemen in den einzelnen Ländern eingegangen (ausführlich in: Wendt León 1995; Kollak/ Pillen 1998; Landenberger u.a. 2005 etc.), vielmehr ist der Vergleich gerichtet auf die Verwirklichung der EU-Rechtsgrundlagen und der damit verbundenen Leitlinien und Empfehlungen für die Ausbildung der für die allgemeine Pflege verantwortlichen Krankenschwestern und

⁸⁹ Siehe z.B. im online-Wörterbuch der Sozialpolitik: „Trendanalyse ist die Identifikation und Beschreibung von längerfristigen Wandlungstendenzen (Trends) in Zeitreihendaten mittels geeigneter statistischer Filter- und Schätzverfahren“ (<http://www.socialinfo.ch/cgi-bin/dicopossode/show.cfm?id=676>).

⁹⁰ Darunter sind Materialien zu verstehen, bei denen es sich zum einen um weiterführende bzw. ergänzende Ausführungen (z.B. Rechtsvorschriften, Definitionen) handelt, zum anderen Erklärungen, die dazu beitragen sollen, den jeweiligen Vorgang näher zu bestimmen.

Krankenpfleger in der Europäischen Union (Anerkennung der Berufsqualifikationen, Gesundheitsfürsorge, zur verlangten Fachkompetenz etc.), Bologna-Erklärung, E-Learning u.a. Der Vergleich der Pflegeausbildung ist nicht nach Ländern strukturiert, sondern nach den Kategorien, die der Befragung und der Dokumentenanalyse zugrunde liegen. Zur besseren Übersichtlichkeit sind die Hauptkategorien aus der Befragung und der Dokumentenanalyse zu 8 Kategorienbereichen zusammengefasst. Im Folgenden sollen Aussagen über die Praxis in der europäischen Entwicklung der Krankenpflegeausbildung auf dem Hintergrund der Fragestellungen und Hypothesen getroffen werden:

- Das Ausbildungsniveau, wie der Rechts- und Verwaltungsrahmen nach EU-Recht festlegt, sowie das Curriculumniveau betreffend, über das auf der administrativen Ebene entschieden wird;
- Die Grundelemente eines Curriculums betreffend, wie Lernziele, Lerninhalte, Lernorganisation und Evaluation sowie deren Interdependenz;
- Die Spezifizierung des Curriculums betreffend im Hinblick auf die Gestaltung der konkreten Praxis (z.B. der Einsatz von Lernsettings, die den Erwerb der verlangten Fachkompetenz sicherstellen) sowie auf den für Lehrer und Lerner eingeräumten Handlungsspielraum bei der Planung und Durchführung der Lernsituationen.

Insofern stellt das Kapitel den eigentlichen Ertrag der Untersuchung dar mit der Annahme, konkrete Antworten auf Fragen zur Konvergenz der Krankenpflegeausbildung sowie deren Verbesserungspotenziale zu erhalten.

5.2 Zum Vergleich der Pflegeausbildung

In den Vergleich der Pflegeausbildung werden einbezogen:

- Die Dokumentenanalyse von 18 Curricula aus 13 europäischen Ländern in 5 Sprachen (vgl. Tabellen 33 und 34; Kapitel 4.5.4) und
- die Datenergebnisse aus der Befragung von 25 Personen aus 15 Ländern, ergänzt durch Daten aus der Datenerhebung des Beratenden Ausschusses der Europäischen Kommission (vgl. Kapitel 4.4.2.1 zur Fragebogenauswertung und deren Ergebnisse Kapitel 4.4.2.4).

Das Kapitel ist in 8 Kategorienbereiche gegliedert; während der erste Abschnitt sich auf das Ausbildungsniveau (Rechtsgrundlagen und Einflussfaktoren) bezieht, sind die Abschnitte zwei bis acht auf Curricula bezogen. Die Datenergebnisse aus der Befragung werden jeweils einfließen. Für den Vergleich sind folgende Aspekte relevant:

- 5.2.1 Rechts- und Verwaltungsrahmen
- 5.2.2 Administrative Ebene
- 5.2.3 Zielsetzung und Umfang
- 5.2.4 Angaben von Kompetenzen, Lernziele
- 5.2.5 Struktur und Inhalte
- 5.2.6 Lernorganisation
- 5.2.7 Evaluationskonzept
- 5.2.8 Programmkonzept

Im Ergebnis ist festzuhalten, dass diese Aspekte unterschiedlich akzentuiert worden sind, was an entsprechender Stelle interpretiert wird.

5.2.1 Rechts- und Verwaltungsrahmen

Retrospektiv betrachtet, gehen europarechtliche Einflüsse auf die Ausbildung von Krankenschwestern und Krankenpflegern auf das vom Europarat initiierte Übereinkommen (Strasbourg) von 1967⁹¹ zurück. Es war die Basis für die Ausarbeitung der Richtlinien der Europäischen Gemeinschaft (EG), welche die Freizügigkeit der Beschäftigung von Pflegepersonen in Europa ermöglichte. Die Richtlinien der EG sind für die EU-Länder seit Maastricht⁹² verbindlich. Ab 1975 wurden für 6 Gesundheitsfachberufe, implizit die Krankenschwestern und Krankenpfleger, sektorielle, vertikale Richtlinien erarbeitet (vgl. Kuffer 1996). Es sind die Richtlinien 77/452/EWG⁹³ und 77/453/EWG⁹⁴ (mit Ausnahme von Richtlinie 77/454/EWG⁹⁵), nach denen seit 1977 auf der Ebene der Europäischen Gemeinschaft die gegenseitige Anerkennung der Berufsqualifikationen und die Mindestanforderungen an die pflegerische Ausbildung in den Mitgliedstaaten geregelt wurden, zu denen es in der Folgezeit Ergänzungen bzw. Änderungen gab. Mit der Richtlinie 2005/36/EG⁹⁶ zur Anerkennung der Berufsqualifikationen vom 7. September 2005, wurden mit Ablauf der Umsetzungsfrist dieser Richtlinie am 20. Oktober 2007 die o.g. sektoralen Richtlinien und ebenfalls die allgemeinen horizontalen Richtlinien 89/48/EWG⁹⁷ und 92/51/EWG⁹⁸ („Hochschuldiplome“) aufgehoben. Die sektoriellen Richtlinien wurden im Laufe der Jahre durch verschiedene Empfehlungen ergänzt, die besonders für die Erneuerung der Pflegeausbildung relevant sind (vgl. Quellenbezug Nr. 2 und 3, Anhang).

Die Mindestanforderungen für die Ausbildung der für die allgemeine Pflege verantwortlichen Krankenschwestern und Krankenpfleger wie Zugangsvoraussetzungen, Dauer, Inhalt und Abschluss sowie die Berufsbezeichnung gelten unverändert (vgl. Artikel 31, Anhang V Nr. 5.2.1). Für die in Deutschland ausgebildeten Kinderkrankenschwestern bzw. Kinderkrankenpfleger (Gesundheits- und

⁹¹ Europäisches Übereinkommen über die theoretische und praktische Ausbildung von Krankenschwestern und Krankenpflegern vom 25. Oktober 1967.

⁹² Der „Vertrag über die Europäische Union“ trat zum 1. November 1993 in Kraft mit der Umbenennung in „Europäische Gemeinschaft“ (<http://europa.eu> vom 18.08.2006).

⁹³ Richtlinie 77/452/EWG des Rates vom 27. Juni 1977 über die gegenseitige Anerkennung der Diplome, Prüfungszeugnisse und sonstigen Befähigungsnachweise der Krankenschwester und des Krankenpflegers, die für die allgemeine Pflege verantwortlich sind.

⁹⁴ Richtlinie 77/453/EWG des Rates vom 27. Juni 1977 zur Koordinierung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften für die Tätigkeiten der Krankenschwester und des Krankenpflegers, die für die allgemeine Pflege verantwortlich sind.

⁹⁵ Richtlinie des Rates vom 27. Juni 1977 über den Einsatz eines Beratenden Ausschusses für die Ausbildung in der Krankenpflege ein (vgl. Kapitel 4.2).

⁹⁶ Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung der Berufsqualifikationen.

⁹⁷ Richtlinie 89/48/EWG des Rates vom 21. Dezember 1988 über eine allgemeine Regelung zur Anerkennung der Hochschuldiplome, die eine mindestens dreijährige Berufsausbildung abschließen (ABl. Nr. L 19 vom 24. Januar 1989, S. 16ff. – sog. „Hochschuldiplomenerkennungsrichtlinie“).

⁹⁸ Richtlinie 92/51/EWG des Rates vom 18. Juni 1992 über eine zweite allgemeine Regelung zur Anerkennung beruflicher Befähigungsnachweise in Ergänzung zur Richtlinie 89/48/EWG [Amtsblatt L 209 vom 24.07.1992]. Sie hat insbesondere die Gleichwertigkeit auf Berufsbildungen ausgedehnt, deren tatsächliches Niveau mit demjenigen der entsprechenden hochspezialisierten Kurzausbildungen vergleichbar ist. (vgl. SCADPlus vom 06.01.2006)

Kinderkrankenpfleger/in) ist nur eine bedingte Anerkennung in den EU-Ländern gegeben, während die Berufsqualifikation zur Altenpflegerin bzw. zum Altenpfleger als Pflegekräfte mit spezialisierter Erstausbildung nach EU-Recht nicht reglementiert ist. In der Richtlinie sind auch die in fast allen EU-Ländern üblichen ein- bis zweijährigen Pflegehelferqualifikationen nicht erfasst (vgl. Stöcker 2005).

Mit der neuen Anerkennungsregelung der Berufsqualifikationen vom 7. September 2005 (Richtlinie 2005/36/EG) soll ein einheitlicher und kohärenter Rechtsrahmen geschaffen werden, der sowohl dem Arbeitnehmer eine größere Freizügigkeit in der Wahl des Arbeitsortes ermöglicht als auch zu einer höheren Flexibilität der europäischen Arbeitsmärkte und zur Verbesserung der Dienstleistungen beiträgt. Die Zukunft der Krankenpflege in Europa wird von der Umsetzung der Richtlinie und insbesondere deren Weiterentwicklung in der Praxis abhängen.

So werden einerseits Entscheidungen über das Ausbildungsniveau nach EU-Recht geregelt (Zugang, Dauer, Anerkennung), und andererseits obliegt es der Länderhoheit, die rechtliche Umsetzung sicherzustellen sowie eine Anpassung der Ausbildung an den wissenschaftlichen und technischen Fortschritt (vgl. Richtlinie 2005/36/EG Abschnitt 3, Artikel 31 Absatz 2) und die sich verändernden Bedingungen in der europäischen Gesundheitsversorgung zu gewährleisten, was auch die Faktoren, die das Ausbildungsniveau beeinflussen, anbetrifft.

5.2.1.1 Anerkennung der Diplome/ Befähigungsnachweise

Im Hinblick auf die Neuregelung zur Anerkennung der Berufsqualifikationen der Krankenschwester und des Krankenpflegers und sich stützend auf die Empfehlungen des Beratenden Ausschusses der Europäischen Kommission zur Ausbildung und zur Festschreibung der verlangten Fachkompetenz wurde seit dem 1.1.1995 die Krankenpflegeausbildung in 11 von 18 europäischen Ländern reformiert bzw. nach reformiert: In 7 Ländern wurde die Pflegeausbildung an Hochschul- und Fachhochschulen implementiert (in Schweden, Griechenland, Spanien und dem Vereinigten Königreich war die Pflegeausbildung schon akademisiert), außer in Deutschland, Österreich und Luxemburg. In zwei Ländern (Finnland und Portugal) wurde die Ausbildungszeit verlängert. In der Übersicht sind die Veränderungen dargestellt.

	<i>Antworten</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Fragebogen: Länder (N=18)	Ja	11	61
	Ansiedlung	7	38,5
	Dauer	2	11,1
Insgesamt		20	110,6 %

f = engl.: frequency (Häufigkeit)

Als Abschluss des Studiums bzw. der Pflegeausbildung werden als Qualifikationsniveau genannt: Diplom⁹⁹, Bachelor¹⁰⁰, Diplom-Niveau¹⁰¹ oder sonstiger Befähigungsnachweis (vgl. Tabelle 39, Anhang).

⁹⁹ Diplom: Hochschule, Fachschule

¹⁰⁰ Bachelor, Bakkeleureus: unterster akademischer Grad

¹⁰¹ Diplom-Niveau I und II: Bezeichnung für beruflichen Befähigungsnachweis (vgl. Schweiz, Programm-Analyse).

Nach der Bologna-Erklärung¹⁰² soll bis zum Jahr 2010 eine Vereinheitlichung des Qualifikationsniveaus im Sektor der Hochschulausbildung verwirklicht werden, zu der sich die Bildungsminister aus 29 europäischen Ländern in einer gemeinsamen Erklärung verpflichtet haben; analog zu dieser Erklärung ist die Richtlinie 2005/36/EG vom 7. September 2005 zur Anerkennung der Berufsqualifikationen einzuordnen (vgl. Quellenbezug Nr. 1, Anhang). Diplome bzw. Befähigungsnachweise entsprechen häufiger dem Qualifikationsniveau¹⁰³ an Universitäten/ Hochschulen und Fachhochschulen und seltener der berufsbildenden Ebene, was auch durch die Ergebnisse der Dokumentenanalyse zum akademischen Profil mit 12 Ja-Aussagen von 18 Curricula bestätigt wird.

Fragebogen: Länder (N=18)		Curricula (N=18)	
<i>Antworten</i>	<i>f</i>	<i>Aussagen</i>	<i>f</i>
Universität/ Hochschule	11	Akademisches Profil	12
Fachhochschule	4	Berufsbildend	5
Berufsbildende Schule	3	In Entwicklung	1
Insgesamt	18	Insgesamt	18

Außerhalb des Bezugssystems stehen „Anerkennung der Diplome“ mit den Veränderungen zum Zugang und zur Ansiedlung der Ausbildung bzw. des Studiums in Beziehung. An dieser Stelle ist noch anzumerken, dass derzeit in Deutschland und Österreich das Qualifikationsniveau ausschließlich auf berufsbildender Ebene vorzufinden ist, während für Luxemburg sich der Fachschulstatus abzeichnete.

5.2.1.2 Zulassungsvoraussetzungen

Als Eingangsniveau zur Krankenpflegeausbildung war in den bisherigen Regelungen von 10jähriger Schulausbildung die Rede, wobei betont wurde, dass das Abschlussniveau jedenfalls die Zugangsberechtigung zur Hochschule bzw. Universität beinhalten sollte, aber mittelfristig sei die Hochschulreife als Eingangsniveau anzustreben, was der „Empfehlung 3 des ACTN aus 1997“ (Pochmarski 2000, S. 48) entspreche.

Die Mitgliedsländer der EU, die bisher die Krankenpflegeausbildung noch nicht im tertiären Bildungsbereich angesiedelt hatten, haben sich – was zu vermuten ist – an dem anzustrebenden Qualifikationsniveau orientiert, das durch die Reformierung der Ausbildung mit dem Hauptkriterium der Ansiedlung reflektiert wird (vgl. Kapitel 5.2.1.4; 5.2.1.6) und mit einer Veränderung der ministeriellen Zuordnung verknüpft war. Es ist weiterhin anzunehmen, dass die auf horizontaler Ebene verankerten Richtlinien 89/48/EWG und 92/51/EWG zur Regelung der „Hochschuldiplomanerkennung“ die rechtliche Grundlage dafür waren, Pflegestudiengänge an Universitäten zu implementieren, auch von weniger als drei Jahren, wofür das 2jährige Studium in Lettland spricht (vgl. Tabelle 33, Anhang) und würde auch für Griechenland die Differenzierung

¹⁰² Bologna-Erklärung (1999): Diplomzusatz (Diploma Supplement-DS) für Hochschulabsolventen und Einführung eines zweistufigen Systems von Studienabschlüssen (undergraduate, graduate)

¹⁰³ In der Hochschulqualifizierung zeichnen sich auch Unterschiede ab, so ist z.B. in Deutschland in den Pflegestudiengängen (Weiterbildung) das Fachhochschul-Diplom zwischen Bachelor- und Masterniveau anzusiedeln, im Vereinigten Königreich ist das Diploma unter dem Bachelorniveau einzuordnen und in Griechenland und Luxemburg wird auch der Fachschulabschluss als Diploma bezeichnet (vgl. Tabelle 39) (vgl. Rennen-Allhoff/ Bergmann-Tyacke 2000).

zwischen dem an der Universität erworbenen „Hochschuldiplom“ und an Fachschulen das „Fachschuldiplom“ erklären (vgl. Tabelle 39, Anhang).

Während in Luxemburg und Österreich mit dem Abschluss der Pflegeausbildung der Hochschulzugang erworben wird, ist in Deutschland mit dem derzeitigen Krankenpflegegesetz und der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung dieser Standard nicht erreicht¹⁰⁴. Es gibt auch keine rechtliche Festlegung darüber, dass das Abschlussniveau die Zugangsberechtigung zur Hochschule oder Universität beinhalten sollte (vgl. Richtlinie 2005/36/EG zur Anerkennung der Berufsqualifikationen vom 7. September 2005, Artikel 31 Absatz 1).

Im Vergleich der Aussagen im Fragebogen und der Curriculumanalyse wird durch die Häufigkeitsverteilung sichtbar, dass als Zugang zur Krankenpflegeausbildung die Hochschulreife in 15 Ländern und der mittlere Schulabschluss in 3 Ländern verlangt werden. In den Curricula liegt bei der Zielgruppenangabe eine ähnliche Verteilung vor, es ergibt sich folgendes Bild:

Fragebogen: Länder (N=18)		Curricula (N=18)	
<i>Antworten</i>	<i>f</i>	<i>Aussagen</i>	<i>f</i>
Hochschulreife	15	Höhere Pflegeausbildung/ Universität	13
Mittlerer Schulabschluss	3	Berufsbildend	5
Insgesamt	18	Insgesamt	18

5.2.1.3 Dauer der Ausbildung

Die Krankenpflegeausbildung erfolgt als Vollzeitausbildung bzw. Vollzeitstudium und umfasst mindestens 3 Jahre oder 4600 Stunden theoretischen Unterricht und klinisch-praktische Unterweisung. Bei dieser Kalkulation von 4600 Stunden wird von 40 Wochenstunden x 10 Monate x 3 Jahre ausgegangen und das ergibt 4800 Stunden (vgl. Pochmarski 2000). Die Zahl der Ausbildungsjahre ist an sich kein zuverlässiger Indikator für die Qualität der Ausbildung, so dass die Dauer mindestens 4600 Stunden mit einem theoretischen Anteil von mindestens einem Drittel und die klinisch-praktische Ausbildung die Hälfte der Mindestausbildung betragen soll. Sie umfasst mindestens das in der Richtlinie im Anhang V Nummer 5.2.1 aufgeführte Programm (vgl. Quellenbezug Nr. 1, Anhang). Im Vergleich der Aussagen im Fragebogen und in den Curricula ergibt sich folgendes Bild:

Fragebogen: Länder (N=18)		Curricula (N=18)	
<i>Antworten</i>	<i>f</i>	<i>Aussagen</i>	<i>f</i>
3-4 Jahre	20	3-4 Jahre	14
		über 4 Jahre	3
		unter 3 Jahre	1
Insgesamt	20	Insgesamt	18
4600 – über 4600 Stunden	13	4600 – über 4600 Stunden	16
Keine	5	Niedrigste Stundenzahl: 4047	1
		Höchste Stundenzahl: 6720	1
Insgesamt	18	Insgesamt	18

vgl. Tabellen 28 und 33 (Anhang)

¹⁰⁴ vgl. Vereinbarung über den Erwerb der Fachhochschulreife in den beruflichen Bildungsgängen (KMK-Beschluss 2001).

Die Dauer der Ausbildung beträgt im Allgemeinen 3 bis 4 Jahre und umfasst eine Stundenzahl, die sowohl unter dem geforderten Mindeststundensatz (4600) bei 4047 als auch darüber bei 6720 Stunden liegt. Nach obiger Kalkulation werden bei einer Dauer von 4 Jahren und einer Stundenzahl von 4800 (auf 3 Jahre berechnet) die Gesamtstunden 6400 betragen. Betrachtet man die Häufigkeitsverteilung zwischen den Angaben der befragten Personen und der Curriculumanalyse, so zeigt sich, dass die Aussagen zu Dauer und Stundenverteilung nur geringfügig divergieren. Berechnet man die Dauer der Ausbildung auf der Grundlage von ECTS-Credits¹⁰⁵, so ergibt sich folgende Kalkulation sowie Wertigkeit des Abschlusses: Nach einer Studiendauer von 3 bis 4 Jahren und Vollzeitstudium ist ein erster akademischer Grad bei 180 bis 240 Credits zu erreichen; im Jahr sind das 60 ECTS-Credits und i.d.R. 36 bis 40 Wochen, so entspricht ein Credit 24-30 Arbeitsstunden (vgl. ECTS-System) (<http://europa.eu-ects> [Datum des Zugriffs: 09.06.2005]). Für die Berechnung der Studienleistungen wird das ECTS-System in folgenden europäischen Ländern zugrunde gelegt: Dänemark, Finnland, Lettland, Niederlande, Schweden und Tschechien (Stand: 2003).

5.2.1.4 Ausbildungsreform

Eine Ausbildungsreform ist durch Veränderung von Gesetzen begründet. In diesem Kontext sind nach EU-Recht für Zulassung, Dauer und Inhalt sowie Abschluss nur die Mindestanforderungen der Erstausbildung der Pflege geregelt, und die Regierungen sind zur Angleichung in ihren Ländern verpflichtet. So wird auf nationaler Ebene über das Ausbildungsniveau entschieden, vorausgesetzt, dass das übergeordnete Rechtssystem diesen Handlungsspielraum ermöglicht.

Auf der Grundlage der EU-Richtlinien aus den 70er Jahren zur Anerkennung beruflicher Befähigungsnachweise war annähernd eine Homogenisierung der Krankenpflegeausbildung in den EU-Ländern erreicht. Es zeichnet sich jedoch ab, dass in den vergangenen 10-15 Jahren in 11 von 18 europäischen Ländern (Studie 2003) über die EU-Standards hinaus die Ausbildung umfassend reformiert und z.T. bereits nachreformiert worden ist (vgl. Zugang, Dauer, Ansiedlung), so dass die Pflegeausbildung in Europa, vor allem durch die Ansiedlung im Hochschulbereich, sich weiter ausdifferenziert.

In Bezug auf die Herstellung der Curricula sind 13 von 18 im Zeitraum von 2001-2003 datiert. Zum Zeitpunkt der Datenerhebung war in Deutschland die letzte Reform 1985 vorgenommen worden.

¹⁰⁵ ECTS: Europäisches Credit Transfer System zur Anrechnung, Übertragung und Akkumulierung von Studienleistungen. Basis ist das Arbeitspensum des Studierenden zur Erreichung der Ziele eines Lernprogramms, die in Form von Lernergebnissen und zu erwartenden Kompetenzen festgelegt sind. Das System wurde 1989 im Rahmen von ERASMUS für die Anerkennung von Studienleistungen eingeführt, ist inzwischen Teil des SOKRATES-Programms und wurde zu einem Akkumulierungssystem weiterentwickelt, das die Mobilität und die akademische Anerkennung erleichtern soll und stellt somit die zentralen Ziele der Erklärung von Bologna dar. Die Kernpunkte sind:

- *Arbeitspensum* (Vorlesungen, Seminare, Selbststudium, Vorbereitung und Teilnahme bei Prüfungen etc.),
- *Credits auf Bildungskomponenten* zugeteilt (z.B. Module, Kurse, Praktika, Abschlussarbeit etc.) und geben das Arbeitspensum für jede Komponente im Verhältnis zum gesamten Arbeitspensum eines Studienjahres wieder,
- *Bewertung der Studienleistung* erfolgt nach einer ECTS-Bewertungsskala und wird durch eine lokal/ national vergebene Note dokumentiert, und im besonderen Fall des Transfers von Credits (gute Praxis) wird eine ECTS-Note hinzugefügt.

Analysiert wurde der Entwurf zum Krankenpflegegesetz und zur Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (vom 20.02.2002), denn das neue Krankenpflegegesetz vom 18. Juli 2003 und die dazugehörige Ausbildungs- und Prüfungsverordnung vom 17. November 2003 wurden erst zum 1.1.2004 wirksam (Abschluss der Datenerhebung war Januar 2003); sie weisen keine relevanten Veränderungen auf, so dass eine Korrektur nicht erforderlich war. Außerhalb des Bezugssystems stehen die zeitlichen Angaben mit den Veränderungen zum Zugang und zur Ansiedlung der Ausbildung bzw. des Studiums in Beziehung, was das Qualifikationsniveau des Lehrpersonals einschließt.

In 22 von 25¹⁰⁶ Mitgliedsländern der Europäischen Union ist gegenwärtig eine tertiär angesiedelte Pflegeausbildung (das entspricht 88 %) vorzufinden; der Hochschulzugang zur Krankenpflegeausbildung wurde bei den neuen Beitrittsländern am 1. Mai 2004 für die Aufnahme in die EU empfohlen¹⁰⁷ (Empfehlung 3 des ACTN aus 1997, vgl. Pochmarski 2000, S. 48). In Österreich wird die Ausbildungsreform zur Angleichung an den neuen EU-Bildungsstandard fortgesetzt, zu Luxemburg liegen z.Zt. keine aktuellen Daten vor und für Deutschland ist zunächst eine generelle Veränderung in der Pflegeausbildung nicht zu erwarten. Im Vergleich zu Deutschland wird in Luxemburg und Österreich mit dem Abschluss der beruflichen Erstausbildung die Studiums befähigung erworben.

Mit dem Blick auf das Ergebnis der PABiS-Studie¹⁰⁸ zum Stand der Krankenpflegeausbildung in Deutschland (veröffentlicht am 6. April 2006) wird die derzeitige Reformresistenz vonseiten des Gesetzgebers offensichtlich; hier mangelt es an entsprechenden personellen und institutionellen Rahmenbedingungen als Voraussetzung für die Implementierung der Pflegeausbildung im tertiären Bildungsbereich. Auch wenn in Deutschland in den vergangenen Jahren die Erstausbildung der Pflege bildungsmäßig angehoben worden ist (z.B. Evangelische Fachhochschule in Berlin), stellt dies nur Einzelfälle dar, denn ein enormer Nachholbedarf an hochschulqualifiziertem Lehrpersonal (Pflege) ist nach wie vor zu verzeichnen; es ist auch andererseits eine Institutionalisierung der Ausbildung einer neuen Größenordnung notwendig, was m.E. mit einer Veränderung des Schulstatus in Form der Rechtsträgerschaft und einer Neustrukturierung der Ausbildungsinstitutionen einhergeht (vgl. Kapitel 5.2.1.6 Ausbildungsinstitution und 5.2.1.7 Lehrpersonal).

Durch das Krankenpflegegesetz und die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung mit Wirkung vom 1.1.2004 wurde in der beruflichen Pflegeausbildung eine neue Qualität erreicht, indem das Berufsbild durch "Gesundheitspflege" und die präventiven, rehabilitativen und palliativen Bereiche ergänzt wurde. Des Weiteren wurde die Pflegeausbildung auf den ambulanten Sektor ausgedehnt und schließt zudem alle Lebensetappen des Menschen ein. National gesehen wurden zwar neue

¹⁰⁶ Angaben zu den EU-Beitrittsländern Bulgarien und Rumänien am 1.1.2007 liegen nicht vor.

¹⁰⁷ Diese Festlegung ist zurückzuführen auf die Empfehlungen des Beratenden Ausschusses der Europäischen Kommission, die Zugangsbedingungen zur Krankenpflegeausbildung auf Hochschulniveau anzuheben.

¹⁰⁸ PABiS-Studie (Pflegeausbildungsstudie Deutschlands) wurde eine repräsentative Befragung von Ausbildungseinrichtungen (dip) und Krankenhäusern (DKI) durchgeführt mit den Schwerpunkten: Struktur der Ausbildungseinrichtungen, des beschäftigten Lehrpersonals, der Schüler und Absolventen, der Praxisanleitung und die zu erwartenden zukünftigen Entwicklungen. Die Studie wurde von der Robert Bosch Stiftung gefördert (vgl. Robert Bosch Stiftung 2006).

dip: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V.

DKI: Deutsches Krankenhausinstitut e.V.

Maßstäbe gesetzt, aber eine Angleichung der Pflegeausbildung an die europäische Entwicklung ist somit noch nicht erreicht. Dies bedeutet, dass Deutschland erheblich von dem Standard der anderen EU-Länder abweicht.

5.2.1.5 Aufsichtsführende Behörde

Die Aufsichtsführende Behörde ist eine Einflussgröße auf der nationalen Entscheidungsebene zur Bestimmung des Ausbildungsniveaus und somit des Qualifikationsabschlusses (vgl. Tabelle 39, Anhang). Zuständig für die Pflegeausbildung sind in 12 von 18 Ländern die Bildungsministerien (vgl. Tabelle 28, Anhang). So ist es auch realistisch, anzunehmen, dass durch die Reformstrukturen des Bologna-Prozesses, bekräftigt durch die Absichtserklärung der Bildungsminister europäischer Länder, bis zum Jahre 2010 einen einheitlichen Hochschulraum in Europa zu schaffen, die Pflege durch die Einbindung in diesen Prozess profitieren wird, was sich nicht nur positiv auf die Angleichung des Qualifikationsniveaus der Abschlüsse auswirken wird, sondern die Lehrerbildung bzgl. der Pflegeausbildung mit einschließt. Unter dieser Prämisse wird deutlich, dass durch die Aufsichtsführende Behörde als zuständiger Instanz die Beziehung zur Ausbildungsinstitution und dem beschäftigten Lehrpersonal geregelt wird und sie nicht nur entscheidenden Einfluss auf das Ausbildungsniveau hat, sondern maßgeblich den Prozess der Ausbildung steuert.

Aufsichtsführende Behörde und Vertreter der administrativen Ebene handeln nicht losgelöst voneinander. Bildungsträger resp. Auftraggeber für die Curriculumentwicklung verfügen nur über den Handlungsspielraum, der ihnen von der nationalen Entscheidungsebene gewährt wird (vgl. Kapitel 5.2.1.8; Tabelle 39, Anhang). So sind die Rechtsgrundlagen gemäß EU-Recht und die Einflussfaktoren, die auf nationaler Ebene liegen, als Parameter auf der Entscheidungsebene zu verstehen, durch die das Bildungsniveau und der Qualifikationsabschluss der Krankenpflegeausbildung in den einzelnen Ländern bestimmt wird. Die Triade: Zuständigkeit – Ansiedlung – Qualifikationsniveau des Diploms als Einflussgrößen nationaler Entscheidungen verdeutlicht noch einmal das Bildungsniveau der Ausbildung in Interdependenz zum Qualifikationsabschluss.

5.2.1.6 Ausbildungsinstitutionen

Die Ausbildungsinstitution wirkt mit ihrer Lernorganisation und Lehrerqualifikation auf das Ausbildungsniveau (Zugang, Anerkennung des Diploms). Sie nimmt eine Schlüsselposition im Bezugssystem der Pflegeausbildung ein, denn mit ihrer Positionierung verfügt sie über die entsprechenden Ressourcen, die dem jeweiligen Bildungsstandard entsprechen sollten (qualifiziertes Lehrpersonal, räumliche und technische Ausstattung, Lehr- und Lernformen, Leistungsmessung); darüber hinaus sind auch die Zugangsbedingungen geregelt. Auf welcher Bildungsebene die Ausbildung stattfinden soll, hängt von äußeren Faktoren ab, d.h. von den nationalen Entscheidungsträgern, in deren Zuständigkeit die Bestimmung über die Ansiedlung der Ausbildung und das Qualifikationsniveau des Diploms liegt (vgl. Tabelle 39, Anhang).

Die Pflegeausbildung ist in 11 Ländern an Universitäten und in 4 Ländern an Fachhochschulen implementiert, während in 3 Ländern¹⁰⁹ die Ausbildung im nicht tertiären Bildungsbereich erfolgt (vgl. Kapitel 5.2.1.1 „Anerkennung der Diplome“). Die Notwendigkeit, die Erstausbildung der Pflege im tertiären Bildungsbereich anzusiedeln, wurde an anderer Stelle schon hinreichend begründet. Die WHO-Strategie¹¹⁰ (1999) zur Ausbildung von Krankenschwestern und Krankenpflegern verdeutlicht es noch einmal.

Mit der Reformierung der Pflegeausbildung wurde in den EU-Ländern, außer in Deutschland und Österreich (zu Luxemburg liegen keine aktuellen Daten vor), das Ausbildungsniveau weitgehend an die von der WHO empfohlenen Normen¹¹¹ angepasst. Die Ausbildung in der Bundesrepublik Deutschland ist vom Förderalismus bestimmt. Auch wenn das Krankenpflegegesetz nationalen Charakter trägt, ist die Fachaufsicht Angelegenheit der einzelnen Bundesländer. Da sich diese Regelung nicht direkt auf den Vergleich der Ausbildungsinstitutionen europäischer Länder auswirkt, wird auf eine Darlegung der Unterschiede verzichtet. In diesem Zusammenhang bietet es sich an, auf die PABiS-Studie¹¹² zu verweisen, um eine Vorstellung von der Aufsplitterung der Pflegeausbildung in Deutschland zu vermitteln. Es wird auch aufgezeigt, dass sich „kleine“ Einrichtungen zunehmend zu Schulverbänden fusionieren, um so den neuen Anforderungen eher gerecht werden zu können. Daraus ist zu erkennen, dass auf der Ebene der Ausbildungseinrichtungen keine Reformmüdigkeit vorherrscht, sondern, wie anzunehmen ist, eine Weiterführung der Reform vom Gesetzgeber erwartet wird, da die bisherigen Veränderungen nach dem neuen Krankenpflegegesetz dem heutigen Anspruch nicht mehr genügen.

Der Geltungsbereich der Curricula ist unterschiedlich geregelt. In 10 von 18 Ländern gilt ein einheitliches Curriculum, während in 6 Ländern die Curricula in den Ausbildungseinrichtungen erstellt werden. Bei den vorgelegten Curricula ist festzustellen, dass 13 von 18 Curricula an der Universität bzw. Schule konzipiert worden sind. Ausbildungsniveau und Geltungsbereich der Curricula stehen innerhalb der Institution in Beziehung. Daraus resultiert, dass das Curriculum dem universitären bzw. schulischen Anspruch gerecht werden sollte und so das Qualifikationsniveau der

¹⁰⁹ Anzumerken ist in diesem Kontext, dass z.B. in Luxemburg die Pflegeausbildung dem berufsbildenden Sekundarbereich zugeordnet ist, in Deutschland und Österreich die Ausbildung in Schulen besonderer Art stattfindet, die Mehrheit der Länder die Ausbildung im tertiären Bereich angesiedelt hat. In Belgien und Niederlande soll z.B. die Pflegeausbildung sowohl im tertiären als auch im nicht tertiären Bereich erfolgen (vgl. Rennen-Allhoff/ Bergmann-Tyacke 2000). Die Angaben der befragten Personen weisen in den letztgenannten Ländern auf eine Hochschulausbildung hin (Stand: 2003) (vgl. Tabelle 39, Anhang).

¹¹⁰ Nach der WHO-Strategie soll die Ausbildung in der Pflege problemorientiert und auf der Grundlage von Forschung und Wissenschaft erfolgen, was eindeutig ein Universitätsniveau erfordert. Darin ist begründet, dass die Pflegeausbildung an Universitäten angesiedelt sein sollte und die zu erreichende Qualifikation der eines ersten Universitätsabschlusses (Bachelor) entsprechen würde. Die Hochschulfachbereiche bzw. Ausbildungseinrichtungen sollen über entsprechende Ressourcen (Personal, Ausrüstung, Labore und Bibliothek) verfügen, so dass die Ausbildungsprogramme im Erststudium und in weiterführenden Studiengängen angemessen vermittelt werden können. Das Curriculum soll auf Forschung, Evidenz und Kompetenzen basieren sowie anerkannte Bewertungs- und Lernkontrollsysteme enthalten (vgl. WHO-Strategie 1999, S. 5ff).

¹¹¹ vgl. auch die Empfehlungen des Beratenden Ausschusses der Europäischen Kommission zur verlangten Fachkompetenz und zu den Ausbildungsinhalten (Quellenbezug Nr. 2 und 3, Anhang).

¹¹² PABiS-Studie (2006): Im Rahmen der Studie wurde erstmals eine Größenklassendifferenzierung der Schulen auf der Basis der ermittelten Anzahl an Schülern vorgenommen. Klassifiziert wurde auf der Grundlage des Datenmaterials in „kleine“ Schulen (bis 60 Schüler, N=160); „mittlere“ Schulen (60 bis 89 Schüler, N=140); „große“ Schulen (<90 Schüler, N=122). Für die Befragung wurden insgesamt 865 Ausbildungseinrichtungen als Grundgesamtheit der Studie ermittelt und angeschrieben (www.bosch-stiftung.de/Pflegeausbildung).

Ausbildungseinrichtung reflektiert wird. Der Handlungsspielraum ist allerdings von den Entscheidungsträgern abhängig.

5.2.1.7 Lehrpersonal

Es ist festzustellen, dass das Leitungspersonal in 17 von 18 Ländern akademisch qualifiziert ist, aber nur in 5 von 18 Ländern über eine pädagogische Qualifikation verfügt. Ähnlich verhält es sich beim Lehrpersonal, hier ist in 15 von 18 Ländern das Lehrpersonal akademisch ausgebildet, während die pädagogische Qualifikation von der Häufigkeit her der des Leitungspersonals entspricht. Vergleicht man die akademische und pädagogische Qualifikation miteinander, so ist zu verzeichnen, dass etwa ein Drittel der Lehrpersonen über eine pädagogische (Zusatz)Qualifikation verfügen. Da es sich um berufsbildende Studiengänge bzw. Ausbildungen handelt, ist die Frage nach der fachlichen Qualifikation berechtigt. Fachlich qualifiziert ist das Leitungspersonal in 7 von 18, das Lehrpersonal in 10 von 18 Ländern. Als Qualifikationsabschlüsse werden genannt: Master¹¹³, Degree¹¹⁴, graduate¹¹⁵ (als Zusatz zum Diplom), Diplom und Ph.D.¹¹⁶; sie entsprechen der Qualifikationsstaffelung¹¹⁷ der Bologna-Erklärung. Der Bachelor-Abschluss ist die Voraussetzung für weiterführende Studiengänge. In Deutschland ist ein hoher Bedarf an Hochschulqualifizierung bei Pflege-Lehrkräften zu verzeichnen, was auch in der PABiS-Studie¹¹⁸ zum Ausdruck kommt. Als Qualifikationsabschluss ist vorherrschend „Lehrerin/ Lehrer für Pflegeberufe“, bezogen auf die alten Bundesländer. Die Bilanz an hochschulqualifiziertem Leitungs- und Lehrpersonal weist in Deutschland ein starkes Ost-West-Gefälle auf.

Von den Pflege-Lehrkräften wird in allen EU-Ländern eine abgeschlossene pflegerische Grundausbildung verlangt, eine Ausnahme stellen die Lehramtsstudiengänge¹¹⁹ mit dem Hauptfach Pflegewissenschaft in Bremen und Osnabrück (Deutschland) und eine bestimmte Variante in Luxemburg dar (weitere Ausführungen zu den einzelnen Ländern vgl. Rennen-Allhoff/ Bergmann-Tyacke 2000). Wegweisende Empfehlungen zur Standardisierung der Pflegeausbildung, angesiedelt im tertiären Bildungsbereich, sind in der WHO-Strategie (1999) enthalten¹²⁰; sie schließen die

¹¹³ Master, mittlerer akademischer Grad zwischen Bachelor und Doktor, entspricht dem Magister in den Geisteswissenschaften (Master of Arts), dem Diplom in Naturwissenschaften (Master of Science), baut auf dem Bachelor oder einem equivalenten Abschluss auf; wird nach einem oder zwei Jahren erworben.

¹¹⁴ Degree, akademischer Abschluss

¹¹⁵ graduate, Universitätsabsolventin, -absolvent

¹¹⁶ Ph.D., anglo-amerikanischer Dokortitel, steht für Doctor of Philosophy in the Arts and Sciences.

¹¹⁷ Qualifikationsstaffelung: Bachelor-Master-Doktor.

¹¹⁸ PABiS-Studie (2006): Bei den *Schulleitungen* (alte Bundesländer) verfügen 14,7 % über einen Fachhochschulabschluss (Pflegepädagogik) und 5,5 % über ein universitäres Studium der Medizinpädagogik oder ein Lehramtstudium. In den neuen Bundesländern haben 69,3 % ein universitäres Studium der Medizinpädagogik und 7,7 % ein anderes universitäres Lehramtstudium abgeschlossen. Beim *hauptamtlichen Lehrpersonal* (alte Bundesländer) sind 20 % zum Zeitpunkt der PABiS-Studie hochschulqualifiziert, anteilig nur knapp eine Lehrkraft von vier (1:4), zu erwartende Studienabsolventen in absehbarer Zukunft 27 %. In den neuen Bundesländern sind drei von vier Lehrkräften (3:4) hochschulqualifiziert oder im Qualifizierungsprozess (www.bosch-stiftung.de/Pflegeausbildung).

¹¹⁹ Zusätzlich zu diesem Hauptfach werden Erziehungswissenschaft und ein zweites Fach studiert, das aus der Liste von Kombinationsfächern gewählt werden kann (vgl. Rennen-Allhoff 2000, S. 30).

¹²⁰ *Hauptamtliche Lehrkräfte* sollen einen akademischen Abschluss vorweisen, der den Erfordernissen anderer Universitätslehrer im jeweiligen Land entspricht, und sie sollen eine Lehrqualifikation besitzen. *Lehrer aus anderen Fachdisziplinen* sollen Fachleute auf ihrem Gebiet sein und einen akademischen Grad haben, der dem anderer Dozenten an Universitäten in diesem Land entspricht (S.8f).

Lehrerqualifikation an Hochschulen ein. Durch die Einbindung der Pflege-Lehrerbildung in die Reformstrukturen des Bologna-Prozesses könnte eine objektive Vergleichbarkeit durch modularisierte Studiengänge und ihre Abschlüsse in allen Bundesländern Deutschlands und darüber hinaus in allen europäischen Ländern erreicht werden.

5.2.2 Administrative Ebene

Auf der Grundlage der national getroffenen Entscheidungen zur Bestimmung des Ausbildungsniveaus und des Qualifikationsabschlusses durch die Aufsichtsführende Behörde (vgl. Tabelle 39, Anhang) wird auf der administrativen Ebene über das curriculare Niveau entschieden. Dabei sind solche Entscheidungen in der Curriculumentwicklung (einschließlich Evaluation) relevant, denen Kriterien wie Legitimation und Kompetenz der Entscheidungsträger, Transparenz der Entscheidungsprozesse sowie Effizienz der Entscheidung implizit sind (vgl. Tabellen 21 und 22, Anhang). Die administrative Ebene umfasst: Bildungsträger, Autoren, Geltungsbereich und -dauer, Bestimmung der Zielgruppen und Verbindlichkeit des Curriculums.

5.2.2.1 Bildungsträger resp. Auftraggeber

Wer darüber entscheidet, von wem das Curriculum entwickelt werden soll, ist im Folgenden dadurch gekennzeichnet, dass in 12 von 15 Ländern als Entscheidungsträger die nationale Behörde als staatlich oder öffentlich rechtliche Einrichtung genannt wurde, ebenso häufig sind die Ausbildungseinrichtungen für die Entwicklung der Curricula zuständig. Auf Grund des vorliegenden Ergebnisses ist anzunehmen, dass die nationalen Behörden häufiger die Ausbildungseinrichtungen mit der Curriculumentwicklung beauftragen. Dadurch wird den Ausbildungseinrichtungen mehr Handlungsspielraum im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen gewährt, z.B. bei der Umsetzung der nationalen Ausbildungsrichtlinien bzw. Rahmenlehrpläne. Die berufliche Profession hat in 12 von 18 Ländern für die Curriculumentwicklung Priorität. Es ist anzunehmen, dass unter dem Kriterium "berufliche Profession" der neue Anspruch an pflegerische Leistungen, der eine europaweite Reformierung bzw. Nachreformierung der Krankenpflegeausbildung zur Folge hatte, deutlich wird.

5.2.2.2 Autoren

Als Autoren kommen für die Curriculumentwicklung selten Einzelpersonen in Frage. Es handelt sich i.d.R. um einen Personenkreis¹²¹, der sich aus mehreren Disziplinen unterschiedlicher Qualifikationen

¹²¹ H.-D. Haller (1975a) gibt im Kontext von Entscheidungsprozessen als Planungshilfe in der Curriculumreform einen detaillierten Bericht zur personellen Zusammensetzung von Curriculumprojektgruppen zu den Schwerpunkten: Ausbildungsstand, Stellung im Projekt (hauptamtlich, nebenberufliche Mitarbeit), Ausbildung und Kenntnisse für die Curriculumentwicklung u.a. (S. 521f). Es sind Fragestellungen, die sich mit der Legitimation und Kompetenz der Autoren für die Curriculumentwicklung befassen (vgl. Flechsig/ Haller 1973). Des Weiteren wird von Haller (1975d) in Bezug auf curriculares Arbeiten die Aufgabenstellung von Konstrukteuren und Anwendern herausgestellt. An einer anderen Stelle formuliert Haller (1978) an die Curriculum-Mitarbeiter folgende Erwartungen: Zielorientierung, Kooperationsfähigkeit, Wissenschafts- und Evaluationsorientierung, Entscheidungsbewusstsein, Verfahrenkenntnisse und Kontinuitätsbewusstsein (Ziechmann 1983, S. 213).

zusammensetzt. Das können sowohl innerhalb einer Institution gebildete Kommissionen sein, die für die Curriculumentwicklung und Evaluation zuständig sind (z.B. Niederlande, UK/ Schottland, Schweiz), als auch von der nationalen Behörde beauftragte Kommissionen (z.B. Deutschland „D“, Österreich) oder externe Gremien, z.B. bei dem Modellprojekt (Deutschland „C“). Es ist anzunehmen, dass auch in den anderen europäischen Ländern die Curricula vorwiegend in den Ausbildungseinrichtungen erstellt werden (z.B. Dänemark, Finnland, Lettland, Tschechien), was einerseits erkennbar ist aus dem gesichteten Curriculummaterial, andererseits durch die Angaben der befragten Personen bestätigt wird. Nachfolgend sind die Curriculumentwickler sowie weitere Personen, die als Experten zur Curriculumentwicklung hinzugezogen worden sind, dargestellt.

Fragebogen: Länder (N=15)		Curricula (N=18)	
<i>Antworten</i>	<i>f</i>	<i>Aussagen</i>	<i>f</i>
Lehrpersonal	10	Kommissionen	6
Pflegeexperten	6	Keine	12
Sozialwissenschaftler, Soziologen	6		Insgesamt 18
Gesundheits-Pflegewissenschaftler	5		
u.a. Personen*	17		
Insgesamt	44		
Qualifikation:			
Akademische Ausbildung	10		
Pflegeausbildung	6		
Pädagogische Ausbildung	3		
Spezialkenntnisse	1		
Insgesamt	20		

*vgl. Tabelle 31, Anhang

	<i>Aussagen</i>	<i>f</i>
Fragebogen:		
Länder (N=15)		
Weitere Experten:	Pflegeexperten/ Pflegespezialisten	9
	Externe Experten	6
	Lektoren	3
	Dozenten	2
	Insgesamt	20
Qualifikation:	Akademische Qualifikation	8
	Pflegeausbildung	7
	Pädagogische Ausbildung	3
	Spezialkenntnisse	1
	Insgesamt	19

Als Curriculumentwickler ist in 10 von 15 Ländern das Lehrpersonal tätig, und ebenso sind sie akademisch qualifiziert. Als Vertreter von Fachdisziplinen wurden insgesamt genannt: Gesundheits- und Pflegewissenschaftler, Sozialwissenschaftler, Ärzte, Psychologen, Juristen, Apotheker und Informatiker (Spezialkenntnisse) sowie Repräsentanten. In 6 von 18 Curricula sind als „Autoren“ Arbeitsgruppen und Kommissionen aufgeführt. In die Curriculumentwicklung wurden auch weitere Experten in 13 von 15 Ländern einbezogen, von denen es sich in 9 Ländern um Pflegeexperten bzw. Pflegespezialisten handelt, diese Personen verfügen ebenfalls über eine akademische Qualifikation. Vergleicht man die Angaben zwischen den Curriculumentwicklern und weiteren Experten, so zeigt sich, dass die Pflegeexperten nicht zum beständigen Autorenkreis gehören, sondern, dass sie das

Autorenteam in Bezug auf spezielle Fragen der Pflegeausbildung ergänzen; ähnlich verhält es sich anscheinend bei Personen mit Spezialkenntnissen. Die unter den Curriculumentwicklern genannten Berufsgruppen sind vermutlich Dozenten.

5.2.2.3 Geltungsbereich und -dauer

Curricula können für einen bestimmaren Geltungsbereich entwickelt werden, z.B. nach Regionen (national, teilnational), Zielgruppen (differenziert nach Qualifikationsanforderungen) oder anderen Kriterien (Modellprojekte). Es ist festzustellen, dass der Geltungsbereich in 12 von 18 Curricula auf die Universität bzw. Schule bezogen ist, die Geltungsdauer in 16 von 18 Curricula die Gesamtausbildung betrifft. Die Niederlande haben z.B. übernational geltende Curricula vorgelegt, d.h., dass ausländischen Studenten das Studium in ihrem Land ermöglicht wird.

5.2.2.4 Zielgruppen

Die vorliegenden Curricula sind entsprechend den Qualifikationsanforderungen der Zielgruppe entwickelt. So ist die höhere Ausbildung (i.d.R. Bachelor) mit 9 und die universitäre Ausbildung mit 3 von jeweils 18 Curricula bezeichnend. Für die universitäre Zielgruppe sind z.B. die Curricula aus Lettland, Tschechien und dem UK/ Schottland vorgelegt. Curricula für die höhere Ausbildung mit Bachelor-Abschluss liegen aus Dänemark, Finnland, Irland, Niederlande, Portugal, Schweden und der Schweiz (Diplomniveau II) vor. Für die berufsbildende Ebene sind z.B. die Curricula aus Deutschland (3), Österreich und der Schweiz (Diplomniveau I) konzipiert. Es sind 12 Curricula, die ein akademisches Profil aufweisen.

5.2.2.5 Verbindlichkeit

Die Verbindlichkeit für Curricula kann sehr unterschiedlich sein. Sie können verbindliche Vorgaben enthalten, obligatorischen Charakter annehmen oder offene Empfehlungen geben, die bei der Umsetzung einen größeren Handlungsspielraum zulassen. In 11 von 18 Curricula sind die Vorgaben als verbindlich gekennzeichnet, in 7 Curricula ist für die Umsetzung Handlungsspielraum erkennbar. In 17 von 18 Curricula sind sie für den theoretischen Unterricht und in 16 auch für den klinischen Unterricht verbindlich.

5.2.3 Zielsetzung und Umfang

In diesem Kapitel sind die Analyseergebnisse zu den Zielvorstellungen (Präambel) und zum Umfang (Zeitangaben, Dauer) der Curricula zusammengefasst.

5.2.3.1 Zielvorstellungen (Präambel)

Zielvorstellungen, die für die Curriculumentwicklung entscheidend sind, werden auf nationaler Ebene bestimmt. Sie sind auf der Metaebene des didaktischen Handelns angesiedelt und sind meistens in der Präambel formuliert. Zielvorstellungen sind zentrale Zielsetzungen, in denen nationale sowie gesellschaftliche Anforderungen an eine bestimmte Berufs- bzw. Zielgruppe gestellt werden, die auf Qualifikationsanforderungen bzw. Kompetenzerwerb abzielen. Implizit sind Wertorientierungen¹²², die zwischen den einzelnen Kulturen¹²³ sehr variieren können, was auf unterschiedliche Sozialisationsbedingungen und somit unterschiedliche Wertvorstellungen zurückzuführen ist. Im Kontext der Zielsetzung einer Krankenpflegeausbildung sind sowohl subjektive¹²⁴ Normen (als Erwartungswert) als auch soziale¹²⁵ Normen (als Sollwert) von Bedeutung, da sie die gesellschaftlichen Anforderungen an den Krankenpflegeberuf reflektieren. Die Ergebnisse zeigen folgendes Bild.

	<i>Aussagen</i>	<i>f</i>
Curricula (N=18)	Programm-/ Bildungsziele	14
	Gesellschaftliche Lage und Entstehungsgeschichte	12
	Leitziele	11
	Kompetenzerwerb nach EU-Kriterien	11
	Werte und Normen	10
	Folgewirkungen	3
	Insgesamt	61

Bei den Zielvorstellungen ist zu sehen, dass bei der Häufigkeitsverteilung die Programmziele in 14 von 18 Curricula Priorität besitzen. Ähnlich verhält es sich bei den übrigen Aussagen, während die Folgewirkungen nur in 3 von 18 Curricula eine Rolle spielen.

¹²² Es handelt sich um Werte und Normen. Werte sind Richtlinien oder Zielvorstellungen in einer Gesellschaft; sie sind Verhaltensziele, von denen Verhaltensanweisungen (Normen) abgeleitet werden können. Normen dagegen beziehen sich auf Wertvorstellungen und sind unter soziologischem Aspekt betrachtet, Verhaltensanforderungen innerhalb einer Gesellschaft an die einzelnen Mitglieder. Normen gelten mitunter als Vorbilder, deren Befolgung zum Regelfall wird und begründen Normalität (Vorschriftsmäßigkeit) (vgl. Bahrtdt 1997) (vgl. Lexikon. sociologicus. Verfügbar über: <http://www.socioweb.de> [Datum des Zugriffs: 02.02.2006]).

¹²³ Nach Geert Hofstede unterscheiden sich nationale Kulturen auf dem Niveau von Werten. Hofstede unterscheidet fünf Maßstäbe: 1. *Machtdistanz* (Grad von Gleichheit und Verschiedenheit), 2. *Individualismus-Kollektivismus* (konzentriert sich auf den Grad, den die Gesellschaft für einzelne oder Kollektivausführung und zwischenpersonale Verhältnisse versteht), 3. *Maskulinität-Feminität* (konzentriert sich auf den Grad des Wettbewerbsverhalten, orientiert am traditionellen Arbeitsrollenmodell), 4. *Ungewissheitsvermeidung* (konzentriert sich auf das Niveau der Toleranz Ungewissheit und Mehrdeutigkeit der Gesellschaft, d.h. unstrukturierte Situationen) und 5. *Langfristigkeit-Kurzfristigkeit* (erklärt den Umfang, in dem eine Gesellschaft eine pragmatische Zukunft orientierte Perspektive ansetzt) (vgl. „Kulturelle Maße Geert Hofstede“. Verfügbar über: www.geert-hofstede.com [Datum des Zugriffs: 02.02.2006]; vgl. Abbildung 6, Anhang).

¹²⁴ Subjektive Normen sind im Sinne von bewussten und unbewussten Erwartungen des Individuums im Zuge seiner Auseinandersetzung mit der sozialen und materialen Umwelt zu verstehen; sie sind in der Regel Wahrscheinlichkeitsannahmen im Hinblick auf eintretende Ereignisse in Verbindung mit dem Verhalten anderer Menschen in bestimmten Situationen (vgl. Lexikon. sociologicus, ebd.).

¹²⁵ Soziale Normen sind Verhaltensanforderungen an die soziale Rolle des Individuums innerhalb eines Sozialsystems (Gruppe, Familie, Gesellschaft); sie erhalten ihre regulative Funktion durch die Verknüpfung mit bestimmten Mechanismen der sozialen Kontrolle (Sanktion und Legitimation) (vgl. Lexikon. sociologicus, ebd.). Nach Forges (1995) lernen wir „die Regeln, in denen Episoden ablaufen, indem wir daran teilnehmen, und – einmal gelernt – leiten dieselben Regeln unser Verhalten in anderen, ähnlichen Begegnungen“ (S. 176).

Im Folgenden werden die Zielvorstellungen (Präambel) in den Curricula zusammengefasst:

- In den Angaben zur gesellschaftlichen Lage und Entstehungsgeschichte der Curricula zeichnet sich der gesellschaftlich höhere Anspruch an die Pflege ab, der (radikale) Veränderungen in der Krankenpflegeausbildung zur Folge hatte. Es werden auch internationale Zusammenarbeit sowie nationaler Bedarf angegeben, die eine Revision der Ausbildung erforderten, z.B. neue Vorschriften für die Registrierung¹²⁶ beruflich Pflegender (z.B. Irland, UK/ Schottland).
- Die Aussagen zu Werte und Normen beziehen sich am häufigsten auf *Verhaltensziele*, z.B. Gewährleistung der Menschenrechte, berufsethische Aspekte, Gerechtigkeit und Gleichheit, einander respektieren, Ganzheitlichkeit und Individualität sowie auf *Verhaltensanforderungen*, z.B. Bedarf an qualitätsorientierter Pflege, Kompetent Pflegende, Eigenverantwortung und Selbstkontrolle. Weniger wurden allgemeine Aussagen getroffen wie zeitgenössische gesellschaftliche Anerkennung oder zur Curriculumkonstruktion.
- In den Leitzielen zeichnet sich tendenziell der höhere Anspruch an den Erwerb von Kompetenzen ab, denen Sozial-, Selbst-, Fach- und Handlungskompetenzen implizit sind; orientiert wird auch auf Schlüsselqualifikationen als übergreifende Bildungsziele.
- In Bezug auf die Programmziele sind Schwerpunkte gesetzt wie die Befähigung zur eigenverantwortlichen Tätigkeit und interdisziplinären Zusammenarbeit, berufliche Qualifikationsaneignung, welche die Gesundheitsfürsorge einschließt, verantwortungsbewusstes Handeln sowie die Orientierung auf ein lebenslanges Lernen.
- Den Folgewirkungen lassen sich Angaben zuordnen wie Arbeitsmarktsituationen und Internationalität, zum anderen, dass anspruchsvollere Ausbildung den Absolventen gute Möglichkeiten im Berufsleben garantiert bzw. die höhere Qualifikation die Krankenschwester berechtigt, unabhängig in der Gemeinde, als Sozialarbeiterin oder in der Hauskrankenpflege zu arbeiten, unabhängig auch im Krankenhaus, zumeist im Management.
- Die Aussagen zum Kompetenzerwerb gemäß EU-Kriterien werden im Vergleich der Kompetenzen (Lernziele) in Kapitel 5.2.4 erläutert.

5.2.3.2 Umfang (Zeitangaben)

Bei Umfang bzw. Zeitangaben ist die Häufigkeitsverteilung der Aussagen differenziert und ergibt folgendes Bild: In allen Curricula wurde die Anzahl der Ausbildungsjahre angegeben. Ähnlich verhält es sich mit den Stundenangaben in 16 von 18 Curricula, während die Zeitangaben für Selbststudium in 3 von 18 Curricula vorzufinden ist, was auch die Angaben zur Unterrichtsstunde in Minuten anbetrifft. In keinem der Curricula sind die Daten vollständig, so dass mit Hilfe dieser

¹²⁶ Registrierung für beruflich Pflegende: In den USA und vielen europäischen Ländern ist die Registrierung seit langem üblich und verpflichtend, um einen Beruf ausüben zu können. So ist von den Pflegenden regelmäßig ein Nachweis über Pflichtfortbildungen zu erbringen und der Registrierungsstelle zu übermitteln; die Anrechnung erfolgt nach einem Punktesystem. Im englisch-sprachigen Raum verliert die Pflegekraft bei nicht pflichtgerechtem Nachweis ihre Lizenz zur Ausübung des Berufes, d.h. sie wird herabgestuft und erhält die Bezahlung einer Hilfskraft (vgl. Bundschu 2006. Verfügbar über: www.afnp.de/dokumente/dialyse-aktuell/Afnp-registrierung-2006.pdf. [Datum des Zugriffs: 11.06.2007]). In Deutschland besteht seit 2003 die Möglichkeit, sich registrieren zu lassen, dies ist an die Verpflichtung geknüpft, sich regelmäßig fort- und weiterzubilden. Die "Freiwillige Registrierung für beruflich Pflegende (RbP)" ist unter dem Dach des Deutschen Pflegerates (DPR) zusammengefasst.

Kriterien die "aktive Lernzeit"¹²⁷ erschlossen werden könnte; sie ist auch nicht in den Curricula beschrieben.

5.2.4 Angaben von Kompetenzen, Lernziele

In diesem Kapitel werden die Analyseergebnisse zu den Kompetenzen und den Lernzielen dargestellt und interpretiert. Auch wenn die Empfehlung zur verlangten Fachkompetenz¹²⁸ in der Richtlinie zur Anerkennung der Berufsqualifikationen¹²⁹ nicht berücksichtigt wurde, sollen die Kompetenzkriterien als Orientierungsrahmen dienen. Die hier analysierten Ausbildungsdokumente weisen eine Vielfalt an Bezeichnungen für Kompetenzen auf; es wird aber auf die "Klassifikation von Kompetenzen" nach K.-H. Flechsig (1993c) sowie auf das Kompetenz-Performanz-Modell¹³⁰ von K.-H. Flechsig und H.-D. Haller zurückgegriffen (vgl. CEDID 2003) (vgl. Kapitel 1.3 und 3.1.5).

5.2.4.1 Kompetenzen

Kompetenz ist ein Dispositionsbegriff und schließt Kenntnisse, Fähigkeiten und Einstellungen ein. In Bezug auf die Entwicklung von Kompetenzen („Lernziel“) werden die von K.-H. Flechsig (1993c) vorgelegten Kompetenzbereiche Sach-, Sozial- und Selbstkompetenz gewählt, ergänzt durch die Methodenkompetenz (Behrendt 1999a). (vgl. Kapitel 1.3).

In 6 von 18 Curricula kommen zu gleichen Anteilen vor: Soziale Kompetenz, Handlungskompetenz und kommunikative Kompetenz. Ähnlich verhält es sich mit Selbstkompetenz, Fachkompetenz und Schlüsselqualifikationen, die jeweils in 4 von 18 Curricula vertreten sind.

	<i>Aussagen</i>	<i>f</i>
Curricula (N=18)	Soziale Kompetenz	6
	Handlungskompetenz	6
	Kommunikative Kompetenz	6
	Selbstkompetenz	4
	Fachkompetenz	4
	Schlüsselqualifikationen ¹³¹	4
	Insgesamt	30

¹²⁷ Nach H.-D. Haller (2006) ist die Lernzeit zumindest in drei Kategorien zu unterteilen: Die *aktive Lernzeit* (active learning time/ ALT) ist die Zeit, in der sich ein Lerner aktiv mit den Lernanforderungen auseinandersetzt. Die *biologische Lernzeit* (biological time/ BT) ist die verfügbare Zeit eines Lerners für einen Kurs oder ein Programm. Die *kalendarische Lernzeit* (calendar time/ CT) ist die Zeit, die dabei verstreicht. In der Blended Learning Design Matrix ist die Lernzeit durch developing time (DT) ergänzt (vgl. Abbildung 12, Anhang).

¹²⁸ Bericht und Empfehlungen zur verlangten Fachkompetenz der für die allgemeine Pflege verantwortlichen Krankenschwestern und Krankenpfleger vom 13.01.1998 (vgl. Quellenbezug Nr. 3, Anhang).

¹²⁹ Richtlinie zur Anerkennung der Berufsqualifikationen vom 7. September 2005.

¹³⁰ Flechsig/ Haller verstehen unter *Performanzen*, im Unterschied zu Kompetenzen, „tatsächlich beobachtbare Tätigkeiten, die auf Fähigkeiten oder Wissensaneignung schließen lassen“ und *Kompetenz-Performanz* als „Fähigkeiten eines Menschen und deren Realisierung in konkreten Situationen“ (CEDID 2003). Das Vorhandensein von Kompetenzen ist folglich daran festzustellen, ob jemand in der Lage ist, bestimmte Performanzen auszuüben.

¹³¹ Schlüsselqualifikationen sind als allgemeine Fähigkeiten zu verstehen. Sie treffen Kernaussagen, die im Zusammenhang mit persönlichen und gesellschaftlichen Situationen sowie berufs- bzw. tätigkeitsbezogenen Aufgaben stehen (vgl. Kapitel 1.3).

Die zu entwickelnden Kompetenzen („Lernziele“) stehen mit den Zielvorstellungen (Präambel), die in den Curricula enthalten sind, in Beziehung; des Weiteren stehen sie in Interdependenz zu den Grundelementen eines Curriculums, was an einer anderen Stelle ausführlich dargelegt ist. Zur Präzisierung können fachliche Kompetenzen nach Verhaltensmerkmalen auf der Grundlage der Taxonomie nach B.S. Bloom et al. klassifiziert werden, und die Angaben können als Lernziele in Hinblick auf den Kompetenzerwerb¹³² formuliert werden. Kognitive Verhaltensmerkmale wurden in 8 von 18 Curricula festgestellt, während affektive und psychomotorische Verhaltensmerkmale 4 Curricula aufweisen.

Ausgehend von den EU-Empfehlungen zur verlangten Fachkompetenz, in der sich die Kompetenzen auf das Tätigkeitsfeld, die Gesundheitsversorgung und die Aufgabenstellung der für die allgemeine Pflege verantwortlichen Krankenschwestern und Krankenpfleger beziehen, zeichnet sich folgendes Bild ab: Kompetenzen, die auf das Tätigkeitsfeld bezogen sind, sind in 15 von 18 Curricula vorzufinden (vgl. Tabelle 33, Anhang). Diese Kompetenzkriterien sind als Standards bzw. Beurteilungskriterien für die zu vermittelnden bzw. zu erwerbenden Kompetenzen zu verstehen. Sie liegen den Mitgliedsländern der EU als Empfehlungen des Beratenden Ausschusses der Europäischen Kommission vor (vgl. Quellenbezug Nr. 3, Anhang).

5.2.4.2 Lernziele

Ein Lernziel beschreibt Kenntnisse, Fähigkeiten und Einstellungen¹³³, die Lernende im Verlauf einer Lehrveranstaltung entwickeln oder sich aneignen sollen, und zwar in einer Form, die eine Überprüfung der Lernergebnisse ermöglicht (vgl. Kapitel 1.3). Die Lernziele orientieren in 15 Ländern auf Kenntnisse. Ähnlich verhält es sich mit Fähigkeiten, Einstellungen und Fertigkeiten in einer Häufigkeitsverteilung von 14 von 15 Ländern. Die Verbindlichkeit der Lernziele ist in 8 von 15 Aussagen „Zwingend“. Es ergibt sich folgendes Bild:

	<i>Antworten</i>	<i>f</i>
Fragebogen: Länder (N=15) Orientieren auf:	Kenntnisse	15
	Fähigkeiten	14
	Einstellungen	14
	Fertigkeiten	14
	Insgesamt	57
Verbindlichkeit:	Zwingend	8
	Nicht verbindlich	3
	Keine	7
	Insgesamt	18

Die Lernziele¹³⁴ wurden in den vorliegenden Curricula in Grob- und Feinziele operationalisiert und nach Wissensbereichen und Wissens-elementen spezifiziert. Leitziele wurden in 14 von 18 Curricula

¹³² vgl. den Operationsbezug als kompetenzorientierten Ansatz (CEDID 2003)

¹³³ Kenntnisse, Fähigkeiten und Einstellungen sind den Kompetenzen nach den EU-Empfehlungen zur verlangten Fachkompetenz implizit (vgl. Kapitel 5.3).

¹³⁴ Lernzielbeschreibungen liegen zwar vor, aber nicht in Form eines Lernzielkatalogs als Bezugsrahmen für Zertifikationsprüfungen bzw. als Qualifikationsanforderungen.

formuliert, während in 10 von 18 Curricula die Grobziele und die Spezifizierung in Wissensbereiche gleich verteilt sind. Es zeigt sich folgendes Bild:

	<i>Aussagen</i>	<i>f</i>
Curricula (N=18)	Leitziele	14
	Grobziele	10
	Wissensbereiche	10
	Feinziele	4
	Insgesamt	38

5.2.5 Struktur und Inhalte

Im Rahmen des „Bologna-Prozesses“ sind solche Studienstrukturen zu schaffen, die Transparenz und Vergleichbarkeit von Studiengängen sowie die Mobilität von Studierenden in den EU-Ländern fördern. Mit dieser Zielsetzung ist eine Modularisierung des Curriculums und die Einführung eines Leistungsbemessungssystems¹³⁵ verbunden, das ein studienbegleitendes Prüfen ermöglicht und woraus sich am Ende des Studiums das Ergebnis berechnen lässt. Module¹³⁶ sind Strukturelemente eines Curriculums und auf der mesodidaktischen Ebene angesiedelt. Die Modularisierung bietet die Voraussetzung für eine offene und flexible Planung und Organisation der Lehr- und Lernsituationen auf der Mikroebene des didaktischen Handelns (vgl. Lernzieloperationalisierung und didaktisches Handeln, Abbildung 3). Die Einführung der gestuften Studiengänge (Bachelor, Master) in der Pflegeausbildung bietet der Pflege große Chancen, sich zur Profession weiterzuentwickeln.

Mit Strukturierung¹³⁷ von Inhalten ist die Abfolge, die einen angemessenen Anteil, z.B. von theoretischen und praktisch-klinischen Unterricht sicherstellt, gekennzeichnet. Oder: Einen anderen Ansatz stellt der Strukturansatz von Bruner¹³⁸ (S. 158f) dar, der auf Repräsentationselementen basiert. Mit dem Begriff der Sequenzierung¹³⁹ ist die Abfolge gemeint, dies beinhaltet die Anordnung von Lernprozessen. In diesem Kapitel wird auf Lehrplantypen, Gliederung (Stoffverteilung) sowie Abfolge der Wissensbereiche Bezug genommen.

5.2.5.1 Lehrplantypen

Die Aussagen zum Lehrplantyp charakterisieren die Art der Programmbeschreibung, d.h. ob es sich um allgemeine Richtlinien oder Ausbildungsanordnungen handelt, ob es Rahmenlehrpläne oder Curricula sind, die über die Angaben von Lernziele, Lerninhalte und Stundenvorgaben hinausgehen.

¹³⁵ European Credit Transfer System (ECTS) (vgl. Kapitel 5.2.1.3).

¹³⁶ Module bündeln mehrere Lehrveranstaltungen zu einem Themenkomplex bzw. Wissensbereich. Sie sind fächerübergreifend, und durch die innere Strukturierung eines Studienganges machen sie diesen überschaubarer und transparenter. Nach Reiber (2004) „weisen Module idealiter eine innere Systematik und lernförderliche Logik auf, in dem sie Wissensbestände aufeinander aufbauend anordnen“ (S. 6).

¹³⁷ Der Begriff „Struktur“ bezeichnet die Menge der Relationen, die die Elemente eines Systems miteinander verbinden, d.h. „zusammenfügen“ (Wahrig 2000, S. 1217).

¹³⁸ Bruners Strukturkonzept basiert auf den drei Repräsentationselementen (enaktiv, ikonisch, symbolisch). Ausgehend von den allgemeinen Begriffen gelangen die Lernenden zu konkreteren und differenzierteren Themen (Spiralform), dominant ist die entdeckende Form des Lernens (vgl. Frey/ Isenegger 1975, S. 159) (vgl. Kapitel 6.2.2).

¹³⁹ vgl. Frey/ Isenegger (1975, S. 158). Vom Endziel ausgehend wird das Vorausgehende (Was man lernen muss) festgelegt.

Es können sowohl „offene“ als auch „geschlossene“ Curricula sein, die zum einen für die Lehrenden und die Lernenden Handlungsspielraum zulassen und zum anderen bestimmte Vorgaben festschreiben (vgl. Programmkonzept).

Die Befragung zum Lehrplantyp zeigt, dass in 3 Ländern sowohl „offene“ Curricula als auch „integrative“ Curricula vorgefunden worden sind. Es konnte festgestellt werden, dass die Angaben in den Curricula mit den Aussagen in den Fragebögen erheblich divergieren, was nachfolgend dargestellt ist.

Fragebogen: Länder (N=15)		Curricula (N=18)	
<i>Antworten</i>	<i>f</i>	<i>Aussagen</i>	<i>f</i>
„Offene“ Curricula	3	„Offene“ Curricula	10
Integrative Curricula	3	Integrative Curricula	8
Spiralcurriculum	2	Studienplan	2
Keine	10		
Insgesamt	18	Insgesamt	20

Für die Curriculumentwicklung wurden als Theorien bzw. Modelle in 12 Ländern Pflege-theorien/ Pflegemodelle und in 6 Ländern Pädagogische Theorien/ Modelle zugrunde gelegt. 10 von 15 Curricula sind lernzielorientiert und ein Curriculum ist bildungstheoretisch konzipiert.

Fragebogen: Länder (N=15)		Curricula (N=18)	
<i>Antworten</i>	<i>f</i>	<i>Aussagen</i>	<i>f</i>
Pflege-theorien/ Pflegemodelle	12	Lernzielorientiert	10
Pädagogische Theorien/ Modelle	6	Bildungstheoretisch orientiert	1
		Keine	7
Insgesamt	18	Insgesamt	18

In welcher Weise die Angaben von Pflege-theorien und Pflegemodellen eine Bedeutung für die Praxis der Curriculumentwicklung hatten, lässt sich anhand der vorliegenden Hinweise im Fragebogen nicht bestimmen (vgl. Tabelle 28, Anhang). Die Angaben zu Pädagogischen Theorien und Modellen in Bezug auf ihre Relevanz für die Praxis der Curriculumentwicklung ist insofern vergleichbar, da eine Zuordnung zu den einzelnen theoretischen Ansätzen vorgenommen werden kann, was in der folgenden Tabelle dargestellt ist.

Tabelle 40: Primäransatz pädagogischer Theorien und Modelle für die Curriculumentwicklung

Primäransatz	Fragebogen	Curricula
Lernzielorientiert	Irland , Niederlande, Österreich (A), Schweiz (A), UK/ Schottland	Irland , Österreich, Deutschland (A; D) Finnland, Luxemburg, Schweden, Schweiz, UK/ Schottland
Bildungstheoretisch orientiert	Deutschland (C) , Österreich (B), Schweiz (B)	Deutschland (C)
Handlungsorientiert	Irland , Niederlande, Schweiz (A), Österreich (A), Lettland, Portugal, Schweden, Tschechien	Deutschland (A; D), Dänemark, Irland , Österreich

Konvergent sind im Abgleich von Fragebogen und den Curricula die Angaben zu „lernzielorientiert“ in Irland und UK/ Schottland; zu „bildungstheoretisch“ in Deutschland (C) und „handlungsorientiert“ in Irland. In Österreich gibt es eine Übereinstimmung zwischen Fragebogen (A) und dem Curriculum, und es ist anzumerken, dass es sich um ein nationales Ausbildungsdokument handelt.

5.2.5.2 Gliederung (Stoffverteilung)

Eine Gliederung nach Wissensbereichen entspricht den Gliederungsprinzipien von „Stoffverteilungsplänen“. Die Wissensbereiche können z.B. nach fachspezifischen Gesichtspunkten gegliedert sein, die Gliederung kann sich auch an konkreten Tätigkeiten (Operationen, Performanzen) sowie an Kompetenzen (Qualifikationsprofile) orientieren oder an der Komplexität, d.h. an den Entwicklungsstufen vom Anfänger bis zum Kompetent Pflgenden bzw. Experten ausgerichtet sein, denen sowohl Verhaltensmerkmale und Lerninhalte als auch die Kompetenzentwicklung¹⁴⁰ implizit sind, was den Operationsbezug (CEDID 2003) charakterisiert.

Im Ergebnis der Dokumentenanalyse zeichnet sich ab, dass in 16 von 18 Curricula die Stoffverteilung nach Wissensbereichen erfolgte, während nur in 4 Curricula die Stoffgliederung nach Studien-Modulen erkennbar ist. In 16 Curricula sind die Wissensbereiche nach Ausbildungsphasen bzw. Stufen konzipiert.

Die Theorie-Fächer sind in den Curricula wie folgt verteilt:

	<i>Aussagen</i>	<i>f</i>
Curricula (N=18)	Pflege	16
	Pflegewissenschaft	16
	Gesundheitsversorgung	16
	Ethik	16
	Naturwissenschaften/ Medizin	16
	Geriatric/ Gerontologie	15
	Geistes- und Sozialwissenschaften	15
	Forschungsmethodik/ Statistik	13
	Pädiatrie/ Jugendliche	13
	Recht	12
	Politik/ Wirtschaft	12
	Internationalisation	9
	Informatik	9
	(Fremd-)Sprachen	9
Projekte	7	
Weitere Fächer ¹⁴¹	7	

vgl. Tabellen 33 und 35 (Anhang)

¹⁴⁰ Am Beispiel des Moduls „Erste Hilfe“/ „Notfallmedizin“ ist die stufenförmige Kompetenzentwicklung für wirkungsvolles Handeln bei Notfällen dargestellt und interpretiert.

¹⁴¹ Als weitere Fächer sind angegeben: Religion, Interdisziplinäre Kooperation (Dänemark), Bachelor-Thesen und Test (Finnland), Ergonomie, Struktur und Entwicklung (Österreich), Gesta em Saude, aktuelle Themen (Portugal), Sport (Schweiz, Tschechien).

Häufiger vertreten sind die Wissensbereiche: Pflege, Gesundheitsversorgung, Ethik und die Naturwissenschaften/ Medizin und weniger Projekte und weitere Fächer. In Bezug auf die inhaltlichen Aussagen eines Curriculums ist die Menge der Relationen kein zuverlässiger Indikator. Erst durch die Ausdifferenzierung der Anteile an Theorie-Stunden ist bestimmbar, ob ein Curriculum pflegeorientiert¹⁴², medizinerorientiert¹⁴³ oder eher sozialwissenschaftlich orientiert¹⁴⁴ angelegt ist. Fächer ohne Stundenangaben sind in diesen Vergleich nicht einzubeziehen, ihr stundenmäßiger Anteil ist nicht bestimmbar, es konnte lediglich festgestellt werden, dass sie in den Studienanteilen vorkommen (vgl. Tabelle 35, Anhang). Das Ergebnis ergibt folgendes Bild:

<i>Länder</i>	<i>Pflege</i>	<i>Medizin/ Sozialwissenschaft</i>	<i>Relation</i>	<i>Medizin</i>	<i>Sozial- wissenschaft</i>	<i>Relation</i>
Irland	1160	580	2:1	290	290	1:1
Schweiz	1388	701	2:1	557	144	3,8:1
Portugal	951	750	1,3:1	270	480	1:1,8
Finnland	1740	1320	1,3:1	680	640	1,1:1
Österreich	760	640	1,2:1	480	160	3:1
Deutschland(A)	950	800	1,1:1	500	300	1,7:1
Schweden	2400	2400	1:1	1200	1200	1:1

Die Anteile an Pflege, Medizin und Sozialwissenschaften in den Curricula differiert erheblich wie z.B. in einer Relation von 2:1 in Bezug auf Pflege und Medizin/ Sozialwissenschaften und im Vergleich von Medizin und Sozialwissenschaften von 3,8:1 (Schweiz). Ein wesentlich höherer Stunden-Anteil an Sozialwissenschaften gegenüber der Medizin liegt im Curriculum von Portugal vor und zwar in einem Verhältnis von 1:1,8. Proportional sind die Anteile der Disziplinen in einer Relation von 1:1 im Curriculum von Schweden. Der Anteil an den einzelnen Fachdisziplinen in Bezug auf die Menge der Relationen, die sich hier in der Disziplinorientierung ausdrückt, zeichnet sich wie folgt ab.

	<i>Aussagen</i>	<i>f</i>
Curricula (N=18)	Mehr an Pflege orientiert	5
	Mehr an Medizin orientiert	3
	Mehr an Sozialwissenschaften orientiert	1
	Keine	9
	Insgesamt	18

Im Vergleich zeigt sich, dass häufiger an Pflege orientierte und weniger an den Sozialwissenschaften orientierte Curricula vorkommen, was sich im Verhältnis von 5:1 ausdrückt. Vergleicht man pflege-orientierte und medizinerorientierte Curricula, so entsteht ein Verhältnis von 5:3. Mehr pflegeorientiert sind die vorliegenden Curricula aus Irland, der Schweiz, Portugal, Finnland und Österreich. Mehr sozial-wissenschaftlich ausgerichtet ist das Curriculum aus Portugal, während mehr medizinerorientierte Curricula aus der Schweiz, Österreich und Deutschland vorliegen. Eine Mehrfachnennung der Länder ist zu verzeichnen, wenn im Vergleich der medizinischen und sozialwissenschaftlichen Fächer die jeweiligen Stundenanteile höher liegen, z.B. Schweiz,

¹⁴² Pflegeorientiert, zusammengefasst sind die Stunden für Pflege, Pflegewissenschaft, Pflegemanagement, Ethik.

¹⁴³ Medizinerorientiert, zusammengefasst sind die Stunden für Naturwissenschaften/ Medizin, Pädiatrie/ Jugendliche, Geriatrie/ Gerontologie.

¹⁴⁴ Sozialwissenschaftlich orientiert, zusammengefasst sind die Stunden für Geistes- und Sozialwissenschaft, Kommunikation, Gesundheitsversorgung und Internationalisation.

Österreich und Portugal. Die Relation der Menge an den einzelnen Wissensbereichen kann sich aus nationalen Besonderheiten ergeben, aber auch innerhalb einer Gesundheitseinrichtung ist die Relation zwischen den Disziplinen variabel. So wird im Intensivbereich der medizinische gegenüber dem sozialwissenschaftlichen Anteil stärker ausgeprägt sein und beispielsweise in der Psychiatrie kann es umgekehrt der Fall sein. M.E. sollte der relative Anteil an Pflege konstant zu 50% gehalten werden, während die Fachdisziplinen Medizin und Sozialwissenschaft i.d.R. zu je 25% vertreten sein sollten, aber als variable Größen zu verstehen sind. So wäre eine Relation von 1:1 normalerweise als „Idealfall“ zu betrachten (z.B. Schweden). Verbindlich für die Pflegeausbildung sind die Inhalte der Richtlinie zur Anerkennung der Berufsqualifikationen vom 7. September 2005 mit Wirkung vom 20. Oktober 2007.

Vergleicht man in den Curricula die zu erwerbenden Fähigkeiten, so sind die Pflorgetechniken und die kommunikative Fähigkeit in 17 von 18 Curricula vorzufinden, während Management in 11 Curricula relevant ist. In Bezug auf die Praktika, d.h. praktisch-klinischen Unterricht, werden diese häufiger im stationären Bereich durchgeführt. Ähnlich verhält es sich mit Praktika in der Rehabilitation und im Sozialdienst, seltener sind Praktika im ambulanten Bereich angegeben.

	<i>Aussagen</i>	<i>f</i>
Curricula (N=18)	Stationär	15
	Ambulant	2
	Rehabilitation	5
	Sozialdienst	5
	Insgesamt	27

Werden die Praktika ausdifferenziert, so entsteht folgendes Bild: Häufiger ist differenziert in spezifische Bereiche wie „Kinder und Jugendliche“, „Geistig Kranke“ und „Geriatric“ (zu gleichen Anteilen) und weniger „Intensivpflege“.

	<i>Aussagen</i>	<i>f</i>
Curricula (N=18)	Kinder und Jugendliche	14
	Geistig Kranke	14
	Geriatric	14
	Intensivpflege	7
	Insgesamt	47

5.2.5.3 Abfolge der Wissensbereiche (Sequenzbildung)

Hier werden Aussagen über Sequenzen und deren Begründung getroffen. Bei der Abfolge wurde das Prinzip des gestuften Lern- und Entwicklungsprozesses in 15 von 18 Curricula und nur zweimal die Spiralform vorgefunden. In 12 von 18 Curricula ist die Abfolge auch chronologisch und linear geordnet, so dass die Curricula sowohl den Lern- und Entwicklungsprozess als auch die Linearität (z.B. Deutschland „D“, Dänemark, Finnland, Irland, Lettland) aufweisen bzw. einen chronologischen Verlauf nehmen (z.B. Niederlande, Österreich, Portugal, Schweden). Die Spiralform als Prinzip der Abfolge ist für zwei Curricula charakteristisch (UK/ Schottland, Schweiz DN I). Die stufenförmige Kompetenzentwicklung entspricht den lern- bzw. entwicklungs-

psychologischen Gesichtspunkten sowie der Linearität durch Verkettung der einzelnen Niveaustufen vom Anfänger bis zum Experten (Benner). In der Tabelle sind die Ergebnisse aufgezeichnet.

	<i>Aussagen</i>	<i>f</i>
Curricula (N=18)	Lern- und Entwicklungsprozess	15
	Chronologie	12
	Linearität	12
	Sachlogik	6
	Spiralform	2
	Insgesamt	47

5.2.6 Lernorganisation

Die Lernorganisation steht in Beziehung zum Zugang zur Ausbildung, der Qualifikation des Lehrpersonals sowie der Ansiedlung der Ausbildung. Innerhalb des Bezugssystems der Lernorganisation ist eine Beeinflussung der Lernergebnisse bzw. der zu erwartenden Kompetenzen bei Lernaufgaben gegeben, wenn der Lerner für sich nicht das optimale Lehr- und Lernarrangement zum Lernen vorfindet bzw. für sich auswählen kann.

5.2.6.1 Lernaufgabenbeschreibungen

Das Vorkommen von Lernaufgabenbeschreibungen ist in den Curricula äußerst gering, was nachfolgend dargestellt ist.

	<i>Aussagen</i>	<i>f</i>
Curricula (N=18)	Lernaufgaben	2
	Erläuterung	2
	Begründung	2
	Zeitraumen	1
	Keine	11
	Insgesamt	18

Es handelt sich um die Lernaufgabenbeschreibungen in den Curricula der Schweiz und Deutschland „D“, worauf auch bei der weiteren Interpretation Bezug genommen wird. Diese Aussage führt zu der Annahme, dass die didaktische Bedeutung der Lernaufgaben, eingebunden im Kontext mit Lernkontrollen, Lernbedingungen und Lerner-Lehrer-Verhalten nicht ausreichend bekannt ist und die Effizienz im Hinblick auf die Kompetenzentwicklung der Lernenden unterschätzt wird.

Den Aufgabenbeschreibungen sind operationalisierte Lernziele implizit bzw. es werden durch sie Lernziele präzisiert, die dem Lernenden gemäß seines Ausbildungsstandes gestellt werden und die auf Lernergebnisse sowie auf zu erwartende Kompetenzen abzielen. Die Lernaufgabenbeschreibung beinhaltet die *Aufgabenstellung*, z.B. eine Lernaufgabe in Projekten (DD) oder eine Fallstudie zu pflegerelevanten Praxisthemen (CH), die *Erläuterung* wie zu Rahmenbedingungen, Arbeitsmaterialien, Umfang (CH) oder zur Arbeitsweise (praxisorientiert, selbständig), fächerübergreifend, Nutzung der Praxiserfahrungen (DD), den *Zeitraumen*, z.B. innerhalb des

jeweils vorgegebenen Praktikums, der Transferwoche (CH) oder des Kurses, des Seminars etc. und die *Begründung*, z.B. der Lernaufgabe zur wirksamen Vorbereitung auf die Praxisfallstudie, als Befähigungsnachweis, für konkrete Handlungsmöglichkeiten (CH) oder als Bezugsrahmen für Lernziele zur Kompetenzförderung (DD), die durch Sequenzbildung von Lernaufgaben unterstützt wird.

Die Angaben der Lernaufgabenbeschreibung beeinflussen sich wechselseitig, d.h. werden die Lerner-voraussetzungen nicht entsprechend berücksichtigt (Ausbildungsstand, individuelle Lernbedingungen) und sind die Lerner mit der Lernaufgabe überfordert, so kann auch eine gute Erläuterung und/ oder Begründung der Aufgabe das vorhandene Defizit beim Lerner nicht ausgleichen. Bei einer längerfristigen Aufgabenstellung kann der Lerner sich über einen längeren Zeitrahmen in mehreren Lernschritten das erforderliche Wissen etc. aneignen, wenn Aufwand und Ergebnis in einer vertretbaren Relation zueinander stehen; andererseits kann es auch umgekehrt der Fall sein, wenn der Zeitrahmen viel zu kurz gesteckt ist.

5.2.6.2 Didaktisch-methodische Hinweise

Unter den didaktisch-methodischen Hinweisen sind die Lehr- und Lernformen dominant. Didaktisch-methodische Hinweise kommen in 13 von 18 Curricula vor; 4 Curricula weisen diesbezüglich keine Hinweise auf (Deutschland „A“, Irland, Lettland, Portugal). Die Häufigkeitsverteilung bei den Lehr- und Lernformen differiert zwischen den Aussagen im Fragebogen und den Curricula, was nachfolgend dargestellt ist (vgl. Tabellen 28, 33 und 38, Anhang).

Fragebogen: Länder (N=15)		Curricula (N=18)	
<i>Antworten</i>	<i>f</i>	<i>Aussagen</i>	<i>f</i>
Simulation	9	Übung ¹⁴⁵	7
Lernwerkstatt	9	Simulation	6
Vorlesung	9	Kleingruppenarbeit	6
Selbststudium	9	Projekt ¹⁴⁶	5
		Vorlesung	5
Insgesamt	36	Insgesamt	29

Die in der Tabelle dargestellten Lehr- und Lernformen ermöglichen einerseits erfahrungsbezogenes Lernen, andererseits wird vom Lerner sehr viel Selbsttätigkeit im Wissenserwerb abverlangt, außer in der Vorlesung. In dieser Kombination von Lehr- und Lernformen ist Blended Learning als eine Form der Lernorganisation praktikabel (vgl. Kapitel 6.2.4).

Beziehungen innerhalb des Bezugssystems der Lehr- und Lernformen weisen eher einseitige Wirkungen auf; Ansiedlung der Ausbildung, schulische Bildung des Lerners, Qualifikation des Lehrpersonals einerseits und den Lehr- und Lernformen andererseits, die sich wechselseitig bedingen. Angaben zu Lehr- und Lernmittel sind in 12 von 18 Curricula enthalten, während didaktische Prinzipien und Stoffvermittlung in einer Fremdsprache jeweils in zwei Curricula vorgefunden wurden.

¹⁴⁵ Übung und Kleingruppenarbeit entsprechen dem „Arbeitsunterricht“ im GKDM.

¹⁴⁶ Projekt entspricht dem „Lernprojekt“ im GKDM.

5.2.6.3 Hinweise auf Lernkontrollen und Leistungsmessung

Lernkontrollen und Leistungsmessung sind in 10 Curricula auf Tests bezogen, während das Abfragen von Faktenwissen nicht mehr relevant ist. Analyse und Bewertung komplexer Sachverhalte und Kompetenzentwicklung kommen in 5 Curricula vor, während Fallstudien seltener in Lernkontrollen vorzufinden sind. Die Tests sind noch ausdifferenziert in Tabelle 38 (Anhang): Häufiger sind Tests schriftlich (6 Aussagen) und weniger werden sie praktisch/ klinisch (2 Aussagen) durchgeführt. Leistungstests sind in der Theorie vorzufinden, als Klausuren, im Examen, in Projekten und als Reifetest beim Bachelor. Tests werden bei Einzelpersonen, in Gruppen oder im Seminar abgenommen. Die Angaben zu den Tests im Bezugsrahmen von Lernkontrollen und Leistungsmessung sind insofern aufschlussreich, dass noch nicht in allen Curricula – analog zu den Ländern – das Kriterium der Lernkontrollen Gegenstand von Curriculumplanung und -entwicklung ist, was bei Lernaufgabenbeschreibungen sich schon abzeichnete (vgl. Tabellen 33 und 37, Anhang).

	<i>Aussagen</i>	<i>f</i>
Curricula (N=18)	Tests	10
	Zur Analyse und Bewertung komplexer Sachverhalte	5
	Zur Kompetenzentwicklung nach Verhaltensmerkmalen	5
	Präsentation	3
	Fälle	3
	Nach Faktenwissen	1
	Insgesamt	27

5.2.7 Evaluationskonzept

Der Begriff „Evaluation“¹⁴⁷ wurde in den 60/ 70iger Jahren in der Bundesrepublik Deutschland in den Sprachschatz der Erziehungswissenschaften aufgenommen; derzeit war die Evaluation auf die Überprüfung der gestellten Lernziele und möglicher Nebenwirkungen gerichtet. Im Verlauf der Evaluationsforschung entwickelten sich verschiedene Grundmuster für Evaluationsmaßnahmen¹⁴⁸. Als empirische Analysen zur Curriculumentwicklung verweist Haller (1983) auf das EBAC-Projekt¹⁴⁹ und das LOT-Projekt (Flehsig/ Haller 1972), welches zur Aufgabe hatte, lernzielorientierte Tests in Verbindung mit Aufklärung realer und simulierter Entscheidungsprozesse zu entwickeln (vgl. Kapitel 3.2).

In der Literatur ist eine Vielzahl von Evaluationskonzepten¹⁵⁰ vorzufinden, die unterschiedliche Ansätze und Methoden einer Evaluierung aufweisen. So stellt z.B. in der englisch-sprachigen Literatur

¹⁴⁷ Evaluation bedeutet soviel wie „Bewertung“, „Beurteilung“ und ist auf das lateinische Wort „valor“ („Wert“) und der Vorsilbe e/ ex (aus) zurückzuführen.

¹⁴⁸ So wurde von Ralph Tyler (1950) die Zielfrage als wesentliches Problem der Evaluationsforschung angesehen, während bei Lee J. Cronbach (1963) Entscheidungsfragen im Mittelpunkt von Curriculum-Evaluation standen. Zweckgebundene Evaluationen wie die formative Evaluation (die Ergebnisse einer Evaluation fließen in den laufenden Entwicklungsprozess noch ein, z.B. eines Curriculums) und die summative Evaluation (die Ergebnisse einer Evaluation stehen im Nachhinein zur Verfügung, z.B. bei der Pisa-Studie) sind auf Michael Scriven (1967) zurückzuführen (vgl. Haller 2003). Die in den USA entwickelten theoretischen und praktischen Ansätze einer Curriculum-Evaluation wurden in der Folgezeit auch in Deutschland aufgegriffen, nachdem Ch. Wulf (1972) eine Übersetzung der wichtigsten Beiträge vorgelegt hatte (vgl. Flehsig 1993d).

¹⁴⁹ EBAC-Projekt ist eine Entwicklungs- und begleitende Analyse eines Curriculums.

¹⁵⁰ Zu Grundfragen einer Evaluation liegen einschlägige Aufsätze in Frey u.a. (1975) und Hameyer u.a. (1983) vor.

V. Lattimer (1991) solche Evaluationsstrategien heraus, die auf die Wirksamkeit des Unterrichts (Evaluating teaching effectiveness, Self-evaluation by students and/ or clusters) gerichtet sind. In der vorliegenden Arbeit wurde auf das Konzept zur Curriculum-Evaluation von Karl-Heinz Flechsig (1993d) zurückgegriffen, aus dem wesentliche Anteile in die Befragung eingegangen sind, sowie von Hans-Dieter Haller (1983; 2003). Beispiele für Evaluationsformen und Instrumente im Kontext mit den 20 didaktischen Modellen des Göttinger Katalogs und informellen Lernmodellen sowie Evaluation von Lerneffekten sind in ACT!¹⁵¹ vorgestellt (Haller 2007). Ein ausführlicher Bericht zu den Ergebnissen der Evaluation im eL3-Projekt liegt zu den Schwerpunkten: Entscheidungsträger, Autoren und Lerner im „Evaluations-Report“¹⁵² von „blinc“ vor. Es handelt sich hierbei um die Bewertung von Blended Learning in Weiterbildungsmaßnahmen von Gesundheitseinrichtungen der im EU-Projekt beteiligten Länder. Die Evaluation basiert auf dem Evaluationsinventar, das im Rahmen des eL3-Projekts zur Erfassung der folgenden Merkmale in bzw. nach Kursangeboten mit Blended Learning entwickelt wurde und bezieht sich auf Lernerzufriedenheit, Lernermerkmale, Bewertung der Qualität didaktischer Designs, Bewertung der Wirksamkeit von Blended-Learning-Kursen sowie auf Anforderung und Bewertung durch Entscheidungsträger (weitere Details in blinc) (vgl. Haller 2007).

Welchen Stellenwert weist nun die Evaluation in den Befragungen und Curricula zur Pflegeausbildung auf? Die Evaluation ist im Zusammenhang mit den Autoren, d.h. den Curriculumentwicklern, der Ausbildungsinstitution und dem Geltungsbereich der Curricula zu sehen. Hinsichtlich der Durchführung einer Evaluation sind die Angaben der befragten Personen häufiger bejahend und weniger verneinend. In den Curricula ist das Verhältnis umgekehrt, denn in 15 Curricula sind keine Aussagen zur Evaluation enthalten und nur in 3 Curricula wird ein Evaluationskonzept vorgelegt (Deutschland „Modellprojekt“, Österreich und Schweiz). In der Tabelle wird das Ergebnis dargestellt.

Fragebogen: Länder (N=15)		Curricula (N=18)	
<i>Antworten</i>	<i>f</i>	<i>Aussagen</i>	<i>f</i>
Durchführung einer Evaluation	13	Evaluationskonzept vorhanden	3
Keine	5	Kein Konzept	15
Insgesamt	18	Insgesamt	18

Die Motive für die Durchführung einer Evaluation sind hauptsächlich aus der Reformierung der Pflegeausbildung abzuleiten und in den Zielvorstellungen (Präambel) der Curricula formuliert. Auch wenn in den Curricula keine Angaben zur Evaluation vorgefunden wurden, so werden nach den Angaben der befragten Personen auch ohne ein vorliegendes Konzept umfassendere Evaluationen (Dänemark, Finnland, Niederlande, Schweden, UK/ Schottland) bzw. auch punktuell Evaluation (Italien, Lettland, Tschechien) durchgeführt. Bei den Evaluationskonzepten handelt es sich um ein Pilotprojekt, ein nationales und ein Schul-Evaluationskonzept, so dass die Auftraggeber unterschiedliche Institutionen vertreten (Caritasverband, Ministerium und Ausbildungsinstitution); übereinstimmend sind die Angaben der befragten Personen zur Ergebnistransparenz (Schulleitung, Lehrpersonal, öffentlich). Die Ergebnisse zeichnen sich wie folgt ab:

¹⁵¹ ACT! Active Citizenship Training ist ein Netzwerk mit Partnern aus 9 europäischen Ländern. Für weitere Details: www.act-eu.org; www.blinc-eu.org; www.gkdm.de; <http://www.ikud.de>. (vgl. Abbildung 7, Anhang).

¹⁵² www.blinc-eu.org.

	<i>Antworten</i>	<i>f</i>
Fragebogen: Länder (N=15) Auftrag/ Ausführende:	Schulleitung Sonstiges ¹⁵³ (Fremd-Evaluation) Ministerien	10 4 6
	Insgesamt	20
Ergebnistransparenz:	Schulleitung Lehrpersonal Öffentlich Studenten Curriculumentwickler	8 6 6 3 2
	Insgesamt	25

So werden häufiger als Auftraggeber die Schulleitungen und weniger Fremd-Evaluation (unter „Sonstiges“) angegeben. Die Angaben in den Fragebögen der Schweiz differieren (Schulleitung und SRK). Bei den Angaben zur Ergebnistransparenz werden häufiger Schulleitung und weniger Ministerien genannt, aber gleichviel Lehrpersonal und Öffentlichkeit.

Als Gegenstand der Evaluierung werden Voraussetzungen, Prozesse und Ergebnisse bezeichnet, spezifiziert man diese, so handelt es sich um: Die Evaluation der Programmvoraussetzungen (Zielgruppe, Ausbildungsinstitution, Rahmen-Lehrpläne, Unterrichtsmaterial, Leitziele), die Prozess-Evaluation¹⁵⁴ (insbesondere Lehr- und Lernformen) und die Wirkungsevaluierung (Lerneffektivität/ Kompetenzentwicklung, Qualität, Nebenwirkungen, Transfereffekte), d.h. es werden Qualität und Effektivität des Programms geprüft. In der Tabelle werden die Ergebnisse der Befragung sowie die Angaben in den Curricula dargestellt.

Fragebogen: Länder (N=15)		Curricula (N=18)	
<i>Antworten</i>	<i>f</i>	<i>Aussagen</i>	<i>f</i>
Prozessbegleitend	6	Wirkungsevaluierung	4
Ergebnisorientiert	6	Programm Voraussetzung	2
Programmeinführung/ -voraussetzung	4	Keine	12
Keine	2		
Insgesamt	18	Insgesamt	18

Die Evaluation ist in 6 Curricula prozessbegleitend und ergebnisorientiert, während eine Evaluation zur Programmeinführung in 4 Curricula vorzufinden ist. Ähnlich verhält es sich bei der Wirkungsevaluierung. Als Beteiligte bzw. Betroffene einer Evaluation werden häufiger Studenten und weniger Lehrpersonal angegeben. Es ergibt sich folgendes Bild:

	<i>Antworten</i>	<i>f</i>
Fragebogen: Länder (N=15)	Studenten Lehrpersonal Keine	10 7 1
	Insgesamt	18

Als Methoden der Evaluation wurden im Fragebogen häufiger die Befragung und seltener die Beobachtung und der Leistungstest genannt. In den 3 von 18 Curricula ist die Befragung

¹⁵³ Evaluationszentrum, Visitations-Committee, SRK (Schweizerisches Rotes Kreuz).

¹⁵⁴ Critical-Incident-Technique (CIT) ist als „Methode der kritischen Ereignisse“ der Prozess-Evaluation zuzuordnen.

vorzufinden. Als Instrumente für die Befragung werden jeweils Interviews, Fragebogen und Gruppendiskussion eingesetzt. Die Divergenz zwischen den Angaben zur Befragung resultiert vermutlich daraus, dass nur 3 Evaluationskonzepte vorliegen. Insgesamt sind die Ergebnisse in der Übersicht dargestellt.

Fragebogen: Länder (N=15)		Curricula (N=18)	
Antworten	f	Aussagen	f
Befragung ¹⁵⁵	8	Befragung ¹⁵⁶	3
Schriftliche Einzeltests	3	Keine	15
Beobachtung	1		
Leistungstest	1		
Keine	2		
Insgesamt	15	Insgesamt	18

K. Heipcke (1975) unterscheidet Messverfahren und Instrumente nach drei Gruppen:

1. Tests und Fragebogen als aktive Untersuchungssituationen,
2. Beobachtung als eine Analyse von passiven Unterrichtssituationen und
3. Interviews als eine interaktive Form.

In den Konzepten sind Aussagen über die Adressaten und deren Beteiligung an der Evaluation getroffen. Die Ergebnisse werden in der Übersicht dargestellt:

Land	Methode, Instrumente	Auszubildende	Lehrpersonal
Deutschland "Pilotprojekt"	<u>Befragung:</u> - Einzelinterviews - Fragebogen	<u>3 Klassen:</u> 16 von 34 Schüler/innen 33 von 34 Schüler/innen	11 Personen 11 Personen
Österreich "National"	<u>Befragung:</u> Fragebogen	Keine	<u>74 Schulen:</u> 645 Lehrpersonen Rücklaufquote: 350=54%
Schweiz "Schule"	<u>Befragung:</u> Schriftlich, mündlich	<u>18 Klassen:</u> 386 Schüler/innen	Selbstreflexion

Pilotprojekt (Deutschland): Es handelt sich hierbei um einen Modellversuch mit einem Curriculum für die theoretische Ausbildung in der Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege im Auftrag des Caritasverbandes für das Bistum Essen e.V. – Förderin Stiftung Wohlfahrtspflege des Landes Nordrhein-Westfalen. Aus zwei Modellversuchsschulen sind drei Klassen vertreten; zum Personenkreis des Lehrpersonals gehören die Mitglieder der AG, Kursleitungen und eine weitere Lehrerin. Die Evaluation wurde mehrmals in zeitlichen Abständen von den Programm-Entwicklern (Selbst-Evaluation) auf der Grundlage eines Evaluationsplanes durchgeführt. Als Schwerpunkte der Evaluierung sind zu nennen:

- Programmvoraussetzungen unter dem Leitmotiv, ein Zukunftsmodell für die Pflegeausbildung zu entwickeln, und
- Wirkungsevaluierung, orientiert auf Lerneffektivität (Beurteilung im Praxiseinsatz, Abschlussprüfung) und Qualität, d.h. Kompetenz (Selbsteinschätzung der Schüler/innen, Einschätzung durch Lehrpersonal).

¹⁵⁵ Interviews, Fragebogen, Gruppendiskussion

¹⁵⁶ Interviews, Fragebogen, Gruppendiskussion

Berücksichtigt man die Anzahl der Pflegeschulen (über 850, PABiS-Studie) und die entsprechende Anzahl an Lehrpersonen, so sind diese Evaluationsergebnisse im Hinblick auf Allgemeingültigkeit als nicht ausreichend einzuschätzen. Das Curriculum des Pilotmodells erfüllt nicht den Anspruch für eine im tertiären Bildungsbereich implementierte Pflegeausbildung, was in fast allen EU-Ländern bereits Gegenwartscharakter trägt. Das Pilotmodell ist für die berufsbildende Ebene konzipiert und kann nach Aussagen der Autoren sowohl für eine gemeinsame Pflegeausbildung als auch für getrennte Ausbildungsgänge genutzt werden. Dieses Modell der Pflegeausbildung befähigt die Absolventen nicht für das Hochschulstudium.

National (Österreich): In Österreich ist die Pflegeausbildung einheitlich gestaltet, so dass die Evaluation einem anderen Größenverhältnis zugeordnet werden kann. Die Selbst-Evaluation erfolgte durch ÖBiG¹⁵⁷, ausgehend von der Erfassung bisheriger Erfahrungen (Curriculum 1987) sowie der Rückmeldung zum Curriculumentwurf von Juni 1998. Die Befragung ist auf Lehrpersonen begrenzt, Schüler/innen wurden in die Evaluation nicht einbezogen. Die Evaluation ist gerichtet auf:

- Programmoraussetzungen (Zielgruppe, Lehrplan, Arbeits- und Unterrichtsmaterialien) und
- Wirkungsevaluierung (Qualität in Bezug auf lehr- und lernunterstützende Elemente).

Das vorliegende Curriculummodell ist für die Zielgruppe im gehobenen Dienst in Gesundheits- und Krankenpflege konzipiert und der Abschluss berechtigt zum Hochschulstudium. Der Reformierungsprozess ist nach aktueller Aussage der befragten Personen (April 2006) nicht abgeschlossen, sondern befindet sich noch in der Vorbereitungsphase zur Implementierung der Pflegeausbildung im tertiären Bildungsbereich.

Schule (Schweiz): Unter dem Begriff "Schule" ist hier ein Verbund von Schulen zu verstehen, welcher 18 Klassen mit 386 Ausbildungsplätzen in Gesundheits- und Krankenpflege für die Zielgruppen Diplomniveau I (berufsbildend) und Diplomniveau II (höhere Pflegeausbildung) umfasst. Das vorliegende Evaluationskonzept sieht eine Selbst-Evaluation für Lernende und Lehrpersonal vor. Die Selbst-Evaluation erfolgt auf der Grundlage eines Evaluationsplanes durch die Curriculum-Entwickler (Lehrpersonen). Es werden einerseits die Lernleistungen nach vorgegebenen Kriterien am Ende einer jeden Ausbildungsphase bewertet und andererseits die Wirksamkeit und Effizienz der Lehrtätigkeit (Personalentwicklung) geprüft. Die Wirkungsevaluierung ist gerichtet auf:

- Lerneffektivität der Lernenden und Qualität der Lernergebnisse (Selbst-Evaluierung) und
- Qualität der curricularen Konzeption in Bezug auf Inhalte, Stunden und Arbeitsmaterialien.

Mit dem Abschluss des Diplomniveaus II (DN II) wird der Status eines Fachhochschulabschlusses erreicht.

Die Revision von Curricula nach einer Evaluierung erfordert Entscheidungen, d.h. es wird darüber entschieden, welche Curriculumelemente modifizierungsbedürftig sind. So sind Angaben in Bezug auf Inhalte bzw. Strukturierung in 8 von 18 Curricula vorzufinden und seltener, d.h. in 3 Curricula, sind Ziele bzw. Lernziele davon betroffen. In der Tabelle ist das Ergebnis dargestellt.

¹⁵⁷ ÖBiG: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen

	<i>Antworten</i>	<i>f</i>
Fragebogen: Länder (N=15)	Inhalte, Strukturierung	8
	Ziele, Lernziele	3
	Lehr-/ Lernformen	5
	Stunden/ -verteilung	2
	Insgesamt	18

5.2.8 Programmkonzept

Das Programmkonzept enthält Aussagen darüber, ob und inwieweit eine Einheit von "Philosophie" in der Zielsetzung, Inhaltlichkeit, Sprache und Form gegeben ist. Des Weiteren gibt es Aufschluss über die Vermittlung von Fähigkeiten sowie zur Gestaltung des Lernprozesses nach didaktischen Prinzipien. Eine Mehrfachnennung der Angaben ist möglich. Das Programmkonzept steht in Beziehung zum Umfang eines Curriculums bzw. eines Ausbildungsdokumentes (z.B. Ausbildungsrichtlinie, Rahmen-Lehrpläne, Studienanleitungen). In ihm drückt sich auch die kommunikative Seite des Curriculums aus, denn es dient als Sprachmittel zwischen Curriculumentwickler und Anwender. Extern zeichnet sich die Nutzbarkeit des Programms ab. Die Studienpläne von Lettland sind auf Grund ihrer Kurzfassung nicht berücksichtigt. Die Ergebnisse zeichnen folgendes Bild:

	<i>Aussagen</i>	<i>f</i>
Curricula (N=18)	Sprache eindeutig	16
	Form übersichtlich	9
	Form unübersichtlich	2
	Insgesamt	27

In Bezug auf die Form des Konzeptes sind die Curricula häufiger übersichtlich strukturiert und seltener unübersichtlich.

	<i>Aussagen</i>	<i>f</i>
Curricula (N=18)	Ziele realistisch	15
	"schlanke" Inhalte	13
	Inhalte umfangreich	3
	Insgesamt	31

In 15 von 16 Curricula sind die Ziele realistisch gesetzt, während in einem Curriculum die Ziele in Bezug auf die zu erwerbenden "Schlüsselqualifikationen" zwar konkret formuliert und transparent sind, aber die didaktische Umsetzung ist zu hoch gestellt, denn "Lernerniveau" und "Lehrerqualifikation" sind für die bevorzugte Lehr- und Lernform (z.B. Szenische Spiele) nicht entsprechend berücksichtigt und die Zielsetzung bleibt m.E. unrealistisch. In den Curricula sind häufiger "schlanke" Inhalte und seltener umfangreiche Inhalte vorzufinden. In einem der Curricula führen die Curriculumentwickler an, dass ihnen Inhalt vor Struktur geht, was sich auch in der sehr umfangreichen und zu detaillierten Gestaltung des Curriculums zeigt. In 13 von 16 Curricula wird eine offene Position vertreten, was sich auch in den Programmbegründungen bestätigt. Die Vermittlung von Fähigkeiten ist in 16 Curricula als praxisbezogen und in 10 Curricula als theoriebezogen zu bewerten. Bei der Gestaltung des Lernprozesses, der unter Berücksichtigung didaktischer Prinzipien erfolgen sollte, sind Aussagen in Bezug auf Lerner, Themen, das Lernen selbst sowie Fragen zur Auseinandersetzung mit Sachverhalten getroffen. In 12 von 16 Curricula ist

selbsttätiges Lernen vorherrschend. Die Themen werden in 6 Curricula eher pluralistisch und in 5 Curricula eher relativierend behandelt. Das Lernen betreffend ist in 4 Curricula entdeckendes Lernen vorzufinden, während es in 9 Curricula um die Auseinandersetzung mit Sachverhalten handelt.

	<i>Aussagen</i>	<i>f</i>
Curricula (N=18)		
	Lerner:	
	Weitgehend selbsttätig Keine Insgesamt	12 6 18
Thema:	Pluralistisch	6
	Relativierend, dialektisch	5
	Keine	7
	Insgesamt	18
Lernen:	Entdeckendes Lernen	4
	Keine	14
	Insgesamt	18
Auseinandersetzung:	Um Sachverhalte	9
	Keine	9
	Insgesamt	18

5.3 Zusammenfassung

Der rechtliche Rahmen für die Pflegeausbildung ist in den Ländern der Europäischen Union durch die Richtlinie zur Anerkennung der Berufsqualifikationen vom 7. September 2005 geregelt, und mit Wirkung vom 20. Oktober 2007 werden alle bisher gültigen Richtlinien zur Anerkennungsregelung außer Kraft gesetzt (vgl. Kapitel 5.2). Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung weisen darauf hin, dass sich die Länder in Bezug auf eine Anhebung des Ausbildungs- und Qualifikationsniveaus in der Pflegeausbildung an den neuen Anforderungen der Gesellschaft und des Gemeinwesens orientiert haben, die sowohl in den Empfehlungen des Beratenden Ausschusses der Europäischen Kommission (Inhalte der Ausbildung, Bericht 1997; zur verlangten Fachkompetenz 1998) als auch in der WHO-Strategie (Pflegeausbildung im Hochschulstudium, 1999) zum Ausdruck kommen. Es wurde auch die Möglichkeit genutzt, im Rahmen einer Spezialausbildung das Hochschuldiplom zu erwerben.

Der Vergleich zur Pflegeausbildung ist auf der Grundlage des gewonnenen Datenmaterials aus der Befragung und der Dokumentenanalyse anhand von Prüfkriterien erstellt worden. Vorrang haben hierbei Entscheidungen, die im Kontext der Curriculumentwicklung stehen sowie die Grundelemente eines Curriculums (Lernziele, Lerninhalte, Lernorganisation und Evaluation) und deren Interdependenz. Es werden Entscheidungen im Hinblick auf didaktisches Handeln sowohl in der Curriculumentwicklung als auch im Lehr- und Lernprozess herausgearbeitet und interpretiert. Der Frage, was sind die Grundmuster der Pflegeausbildung in den europäischen Ländern, welche Trends lassen sich daraus erkennen und ableiten, wird in der folgenden Übersicht nachgegangen. Es werden die Entscheidungsebenen aufgezeigt, wie EU-rechtliche Regelung und Entscheidungsträger auf der nationalen Ebene, die über das Ausbildungs- und Qualifikationsniveau der Pflegeausbildung bestimmen, sowie die administrative Ebene, die für die Curriculumentwicklung und Umsetzung zuständig zeichnet (vgl. Tabelle 39, Anhang); des Weiteren die Aussagen zu Kompetenzen/ Lernziele, Struktur und Inhalte, Lernorganisation und Evaluation.

Tabelle 41: Konvergenzen und Divergenzen in der europäischen Pflegeausbildung

	<i>Grundmuster</i>	<i>Hauptrichtungen</i>	<i>Große Abweichungen</i>
EU-Rechtliche Regelung ¹⁵⁸			
Abschluss/Anerkennung:	Hochschul-Diplom Bachelor	Bachelor Hochschul-Diplom	Zeugnis über staatliche Prüfung
Zulassungsvoraussetzungen:	Hochschulreife	Hochschulreife	Mittlerer Schulabschluss
Dauer:	3-4 Jahre über 4600 Stunden mit einem höheren theoretischen Anteil	3-4 Jahre über 4600 Stunden = 180-240 credits (ECTS)	3720 Stunden ¹⁶⁴ 6720 Stunden
Nationale Entscheidungen			
Zuständigkeit:	Bildungsministerien	Bildungsministerien	Zentrale Institutionen
Ansiedlung:	Universität/Hochschule/ Fachhochschule	Universität/Hochschule/ Fachhochschule	Krankenhaus
Qualifikationsniveau des Diploms:	Hochschul-Abschluss Bachelor (Fachhochschule) Bachelor (Universität)	Bachelor, Diplom	Berufsbildung
Qualifikation des Leitungs- und Lehrpersonals:	Akademisch, z.T. pädagogisch	Master, Doctor	Lehrer/in für Pflegeberufe
Administrative Ebene			
Bildungsträger/Kompetenzen:	<u>Entscheidungsträger:</u> Nationale Behörde <u>Bildungsträger:</u> Ausbildungsinstitutionen Lehrpersonal, akademisch Pflegeexperten, akademisch Universität/Schule Gesamtausbildung	<u>Entscheidungsträger:</u> Nationale Behörde <u>Bildungsträger:</u> Ausbildungsinstitutionen Lehrpersonal Pflegeexperten Universität/Schule Gesamtausbildung	
Autoren/ Qualifikation: Weitere Experten: Geltungsbereich ¹⁵⁹ :	Höhere Ausbildung Bachelor, Hochschul-Diplom	Tertiär	Berufsbildend
Zielgruppen:	Vorgaben sind verbindlich	Verbindlich	
Verbindlichkeit:			
Kompetenzen/ Lernziele			
Zielvorstellungen (Präambel): Kompetenzen (Lernziele):	Berufliche Profession Nach EU-Kriterien ¹⁶² Soziale Kompetenz Handlungskompetenz Nach Verhaltensmerkmalen Lernzieloperationalisierung (Leitziele, Grobziele) Spezifizierung der Wissensbereiche	Berufliche Profession Verlangte Fachkompetenz ¹⁶³ Handlungskompetenz Kenntnisse, Fähigkeiten Einstellungen Kompetenzorientiert	Schlüsselqualifikationen
Struktur und Inhalte			
Lehrplantypen:	„Offene“ integrative Curricula	„Offene“ integrative Curricula	
Gliederung (Stoffverteilung):	Wissensbereiche Ausbildungsphasen	Modularisierung Gestufte Studiengänge	
Fachdisziplinen ¹⁶⁰ :	An Pflege orientiert An Medizin orientiert	An Pflege orientiert	
Weitere Theorie-Fächer ¹⁶¹ :	Forschungsmethodik	Forschungsmethodik	

¹⁵⁸ Richtlinie zur Anerkennung der Berufsqualifikationen vom 7. September 2005.

¹⁵⁹ Unter Geltungsbereich ist im engeren Sinn die Ausbildungsinstitution zu verstehen, welche auf der Grundlage der nationalen Ausbildungsrichtlinie das Curriculum konzipiert.

¹⁶⁰ vgl. Stundenverteilung der Wissensbereiche (Kapitel 5.2.3.2).

¹⁶¹ vgl. Differenzierte Angaben in den Curricula zu den Theorie-Fächern (Tabelle 35, Anhang).

¹⁶² vgl. (Tabelle 33, Anhang).

¹⁶³ Bericht und Empfehlung zur verlangten Fachkompetenz (vgl. Quellenbezug Nr. 3, Anhang).

¹⁶⁴ Hierbei handelt es sich anscheinend um das 2jährige Studium zur Spezialausbildung „Hochschuldiplome“.

Skills (Fähigkeiten):	Informatik Fremdsprachen Internationalisation Gesundheitsversorgung Ethik Projekte Pflegetechniken Kommunikation	Informatik Mehrere Sprachen Internationalisation Gesundheitsversorgung Ethik Projekte Pflegetechniken Kommunikation Management	
Praktika: Abfolge der Wissensbereiche:	Nach EU-Kriterien Lern- und Entwicklungsprozess, Linearität	Nach EU-Kriterien Lern- und Entwicklungsprozess	
Lernorganisation			
Lehr-/Lernformen:	Simulation Lernwerkstatt Vorlesung Selbststudium Projekte	Simulation Lernwerkstatt Vorlesung Selbststudium Projekte	
Lehr-/Lernmittel: Lernaufgabenbeschreibung:	Bücher, Lehrmaterialien Lernaufgabe, Erläuterung, Begründung, Zeitrahmen	eL-Materialien, WebCT Lernaufgabe, Erläuterung, Begründung, Zeitrahmen	
Lernkontrollen:	(Leistungs-)Tests Projektarbeit	(Leistungs-)Tests Projektarbeit	
Lernprozess: Didaktische Prinzipien:	Praxisbezogen Weitgehend Selbsttätigkeit Themen eher relativierend Entdeckendes Lernen	Praxisbezogen Weitgehend Selbsttätigkeit Erfahrungsbezogenes Lernen	Dogmatisch
Evaluation			
Auftrag/Ergebnistransparenz: Gegenstand:	Schulleitung Prozessbegleitend Ergebnisorientiert Wirkungsevaluierung	Schulleitung Prozessbegleitend Ergebnisorientiert Wirkungsevaluierung	
Beteiligte/ Betroffene: Methoden, Instrumente:	Studenten, Lehrpersonal Befragung Fragebogen, Interview	Studenten, Lehrpersonal Befragung Fragebogen	
Revision:	Inhalte, Strukturierung	Computer based Anpassung der Lerninhalte an verlangte Fachkompetenz in Abstimmung mit der Lernorganisation	

Folgendes Grundmuster ist erkennbar, aus dem sich die Hauptrichtung der Erstausbildung der Pflege in den europäischen Ländern ableiten lässt.

Tabelle 42: Grundmuster (Trends) in der Pflegeausbildung

*Entscheidungsebene*¹⁶⁵

Abschluss/Anerkennung:	Hochschul-Diplom, Bachelor
Zulassungsvoraussetzungen:	Hochschulreife
Dauer:	3-4 Jahre, über 4600 Stunden mit einem höheren theoretischen Anteil
Nationale Entscheidungsträger:	Bildungsministerien
Ausbildungsinstitutionen:	Universität/ Hochschule, Fachhochschule

¹⁶⁵ vgl. Rechtsgrundlagen und Einflussfaktoren – Parameter auf der Entscheidungsebene (Tabelle 39, Anhang).

Qualifikationsniveau des Diploms:	Hochschul-Abschluss, Bachelor (Universität, Fachhochschule)
Qualifikation des Leitungs-/Lehrpersonals:	Akademisch, z.T. pädagogisch qualifiziert
Zuständig für Curriculumentwicklung, Umsetzung, Evaluation (Bildungsträger):	Ausbildungsinstitutionen
Autoren (Curriculumentwickler):	Lehrpersonen, zeitweilige Mitwirkung von Pflegeexperten, akademisch qualifiziert
Geltungsbereich:	Ausbildungsinstitution, Gesamtausbildung
Zielgruppen:	Höhere Ausbildung, Bachelor, Hochschul-Diplom
Vorgaben im Curriculum:	Verbindlich

Kompetenzen, Lernziele

Zielvorstellungen (Präambel):	Berufliche Profession
Nach EU-Kriterien ¹⁶⁶ :	Tätigkeitsfeld, Gesundheitsversorgung, Aufgabenstellung
Kompetenzbereiche:	Sozialkompetenz, Handlungskompetenz
Nach Verhaltensmerkmalen:	Kognitiv, affektiv, psychomotorisch
Lernzieloperationalisierung:	Leitziele, Grobziele

Struktur und Inhalte

Lehrplammentyp:	„Offene“ integrative Curricula
Gliederung (Stoffverteilung):	Wissensbereiche, Ausbildungsphasen
Fachdisziplinen:	Pflegeorientiert, Medizinerorientiert
Weitere Theorie-Fächer:	Forschungsmethodik, Informatik, Fremdsprachen, Internationalisation
Fähigkeiten:	Gesundheitsversorgung, Ethik, Projekte
Praktika:	Pflegetechniken, Kommunikation, Management
Abfolge der Wissensbereiche:	Nach EU-Kriterien: Schwerpunkt Tätigkeitsfeld Lern- und Entwicklungsprozess, Linearität

Lernorganisation

Lehr- und Lernformen:	Simulation, Lernwerkstatt, Vorlesung, Selbststudium, Projekte
Lehr- und Lernmittel:	Bücher, Lehrmaterialien
Lernaufgabenbeschreibung:	Lernaufgabe, Erläuterung, Begründung, Zeitrahmen
Lernkontrollen:	(Leistungs-)Tests
Lernprozess:	Praxisbezogen, weitgehende Selbsttätigkeit, entdeckendes Lernen

Evaluation

Auftrag/Ergebnistransparenz:	Schulleitung
Gegenstand:	Prozessbegleitend, Ergebnisorientiert, Wirkungsevaluierung
Beteiligte, Betroffene:	Studenten, Lehrpersonal
Methoden, Instrumente:	Befragung (Fragebogen, Interviews)
Revision:	Inhalte, Strukturierung

¹⁶⁶ vgl. Bericht und Empfehlung zur verlangten Fachkompetenz (1998) (Quellenbezug Nr. 3, Anhang).

Tabelle 43: Divergenzen in der Pflegeausbildung

Abschluss/Anerkennung:	Zeugnis über staatliche Prüfung (Abschluss berechtigt nicht zum Hochschulstudium)	Deutschland
Zulassungsvoraussetzung:	Mittlerer Schulabschluss	Deutschland, Österreich
Dauer:	Höchste Stundenzahl 6720	Niederlande (B)
Ansiedlung:	Krankenhaus	Deutschland, Österreich
Qualifikationsniveau des Abschlusses:	Berufsbildende Ebene	Deutschland, Österreich
Qualifikation des Leitungs-/Lehrpersonals:	Lehrer/in für Pflegeberufe ¹⁶⁷	Deutschland, Alt-Bundesländer
Zielgruppe für Curriculumentwicklung:	Berufsbildende Ebene	Deutschland, Österreich
Kompetenzen:	Schlüsselqualifikationen	Deutschland (C)

Diese Abweichungen sind zahlenmäßig als geringfügig einzustufen, da sie nur in wenigen Ländern auftreten. Sie haben demzufolge kaum Einfluss auf die allgemeine Relevanz der aus dem Grundmuster abzuleitenden Haupttrichtung der Pflegeausbildung in den Ländern der Europäischen Union und der Schweiz. Für die betreffenden Länder können sie aber beträchtliche Probleme mit sich bringen. Das Ergebnis verdeutlicht noch einmal, dass in Deutschland und Österreich die bisherigen Reformmaßnahmen nicht genügen, um eine Angleichung an den EU-Standard zu erreichen, was sich durch die Richtlinie zur Anerkennung der Berufsqualifikationen mit Wirkung vom 20. Oktober 2007 auf den Berufsstand noch stärker auswirken wird.

Mit Bezug auf die Fragestellungen und Hypothesen sind die Ergebnisse wie folgt zusammengefasst:

1. Eine Veränderung der Krankenpflegeausbildung war in 11 von 18 Ländern infolge der Reformierung bzw. Nachreformierung festzustellen, wobei anzumerken ist, dass in 4 Ländern die Ausbildung schon an Universitäten bzw. Hochschulen implementiert war. Die Mehrzahl der Länder kann ein Pflegeausbildungssystem vorweisen, das im tertiären Bildungsbereich angesiedelt ist und im Zuständigkeitsbereich der Bildungsministerien liegt. Die Hochschulreife wird als Zugangsbedingung vorausgesetzt, eine Dauer von 3-4 Jahren bzw. über 4600 Stunden ist vorgesehen, bzw. auf der Basis von Credits (180 bis 240 ECTS) werden die Leistungen der Studierenden berechnet. Das Qualifikationsniveau des Diploms, ein Hochschul- bzw. Fachhochschul-Diplom (Bachelor), ist sichergestellt, sowie eine universitäre Qualifikation des Lehrpersonals (Magister, Diplom, Master, Doktor) wird garantiert.
2. Die Pflegeausbildung ist auch acht Jahre nach der Bestandsaufnahme vom 1.1.1995 unterschiedlich geregelt. In der Mehrzahl der Länder (15 von 18) ist die Ausbildung an Universitäten, Hoch- und Fachhochschulen implementiert, entsprechend wird die Hochschulreife vorausgesetzt und als Abschluss wird das Diplom graduate oder der Bachelor erworben. Die Dauer der Ausbildung ist auf 3 bis 4 Jahre festgelegt. Diese Krankenpflegeausbildung unterscheidet sich im Wesentlichen in Hinblick auf die Berufsqualifikation von den Ländern, die dieses Niveau bisher nicht nachweisen können (s.o.).
3. Die Curricula unterscheiden sich sowohl strukturell und inhaltlich als auch in theoretischen Modellen und Konzepten, die für die Curriculumentwicklung zugrunde gelegt worden sind. So

¹⁶⁷ ca. 80%, vgl. PABiS-Studie (2006)

ist als Lehrplantyp das „offene“ Curriculum vorherrschend, die Stoffverteilung ist nach Wissensbereichen sowie in Studien-Module gegliedert und sequentiell sind die Curricula entweder nach dem gestuften Lern- und Entwicklungsprozess oder spiralförmig gestaltet. Die Inhalte der Curricula sind entsprechend der Fachdisziplin pflegeorientiert, z.T. auch medizinorientiert. Für die Curriculumentwicklung ist der lernzielorientierte didaktische Ansatz vorherrschend.

4. Die Grundelemente eines Curriculums wie Lernziele bzw. Kompetenzen, Lerninhalte, Lernorganisation und Evaluation sind in den meisten vorgelegten Curricula erkennbar, aber auch unterschiedlich ausführlich ausgeprägt. Lernziele fehlen nur in den Studienplänen, während die Gestaltung der Lernorganisation sich vorwiegend auf Lehr- und Lernformen sowie Lehr- und Lernmittel beschränkt. Evaluationskonzepte sind in 3 von 18 Curricula vorhanden. Die Herausbildung von Kompetenzen ist auf die berufliche Profession bezogen, die Kenntnisse, Fähigkeiten und Einstellungen beinhaltet, sowie auf den Erwerb von Handlungskompetenz, welche die verlangte Fachkompetenz (EU-Empfehlungen) impliziert.
5. Ein Grundmuster der Pflegeausbildung ist erkennbar und bezogen auf den Rechts- und Verwaltungsrahmen bzw. die Entscheidungsebene, die Kompetenzen bzw. Lernziele, Struktur und Inhalte der Curricula, Lernorganisation und Evaluation. Das Ergebnis zeigt, dass eine neue Qualität in der Pflegeausbildung erreicht worden ist, was bedeutet, dass die Erstausbildung der Pflege in 15 von 18 Ländern im tertiären Bildungsbereich implementiert und mit einer Veränderung des sozialen Status der Krankenschwester und des Krankenpflegers verbunden ist.
6. Auf Grund der vorgefundenen Gemeinsamkeiten im rechtlichen Rahmen und der curricularen Gestaltung kann ein Arbeitsmodell für die Erstellung eines europäischen Curriculums vorgelegt werden.
7. Im Ergebnis der Untersuchung zeigt sich, dass eine weitere Annäherung der Pflegeausbildung im Hinblick auf die Anerkennung der Berufsqualifikationen notwendig und insbesondere vonseiten der Länder anzustreben ist, bei denen die Pflegeausbildung in berufsbildenden Schulen erfolgt. Die Kompetenzbeschreibung erfolgt auf der Grundlage der EU-Empfehlungen. Es zeichnet sich auch ab, dass vergleichbare Formen der Lernorganisation und Evaluation auf europäischer Ebene in der Pflegeausbildung entwickelt werden können, während die Lerninhalte flexibel an die Situation der einzelnen Länder angeglichen werden. Es ist möglich, dass E-Learning bzw. Blended Learning in der Krankenpflegeausbildung der europäischen Länder eingesetzt werden kann und somit günstige Voraussetzungen für „europäische“ Lerngemeinschaften gegeben sind, was begründet ist durch den Einsatz geeigneter Lehr- und Lernformen, die praxisbezogene Gestaltung des Lernprozesses, die Selbsttätigkeit im Wissenserwerb sowie das erfahrungsbezogene Lernen. Die Kostenfrage ist in diesem Kontext auf Grund der Bologna-Erklärung, einen einheitlichen europäischen Hochschulraum zu schaffen, in dem E-Learning u.a. Vorrang haben soll und der durch eine Anschubfinanzierung der Länder sicherzustellen sei, nicht weiter zu thematisieren (vgl. Kapitel 6.2.4).

6 Grundlagen für weitere Entwicklungen zu einer europäischen Pflegeausbildung

Nach den voranstehend dargestellten Ergebnissen der vorliegenden Untersuchung in der Form von Beschreibungen von Pflegemodellen, curriculumtheoretischen Konzepten und empirischen Befunden aus einer Befragung und Dokumentenanalyse soll nun gewissermaßen als letzter Ertrag dieser Studien und Recherchen perspektivisch auf Grundlagen für eine weitere Entwicklung zu einer europäischen Pflegeausbildung eingegangen werden. Es sind zwei Beiträge, welche die Verfasserin nach den bisher vorgelegten Ergebnissen hierfür als notwendig und für sie selbst vielleicht leistbar erachtet: Zum einen soll versucht werden, in Form eines Arbeitsmodells einen Rahmen für eine europäisch organisierte Curriculumentwicklung in der Pflegeausbildung vorzustellen, zum anderen sollen Gesichtspunkte für eine bislang als vernachlässigt erkannte und aktuellen Ansprüchen didaktischer Diskussionen genügende Auseinandersetzung mit Formen der Lernorganisation für die Pflegeausbildung vorgetragen werden.

Verschiedene Alternativen wären denkbar, wie eine europäische Pflegeausbildung durch Curriculumentwicklung zu organisieren wäre. Die im weiteren Verlauf dieser Arbeit vorgestellten Überlegungen gehen von einem integrativen Ansatz aus, der sich der „Einheit in der Vielfalt“¹⁶⁸ verpflichtet fühlt, also in der Auseinandersetzung zwischen zentralistischen und regionalistischen Lösungen einen „mittleren Weg“ vorschlägt.

Welcher Anspruch an ein Arbeitsmodell zu stellen ist, muss auch nach einer näheren Betrachtung wissenschaftstheoretischer Beiträge zu Modelltheorien einigermaßen offen bleiben. In der vielleicht elaboriertesten deutschen Darstellung von Modelltheorien (Stachowiak 1973) findet man trotz einer Vielfalt an Modellvarianten keinen Stichworteintrag „Arbeitsmodell“. Während der Autor für Begriffe wie „Entscheidungsmodell“ u.a. sehr brauchbare Vorschläge in die Diskussion gebracht hat, findet sich nur in einer späteren Veröffentlichung, für die Stachowiak als Herausgeber tätig war, eine Erwähnung zum „Arbeitsmodell“ (Stachowiak 1980). Dieses ist in einem Beitrag von Karl-Heinz Flehsig zu didaktischen Modellen der Fall, und zwar als Erweiterung des Begriffs „Unterrichtsmodell“; indem er mehrfach von „Unterrichtsmodell (Arbeitsmodell)“ spricht, scheint er entweder beide synonym verwenden zu wollen oder einem Unterrichtsmodell den Typus eines Arbeitsmodells unterlegen zu wollen. Das ist aber nicht expliziert in diesem oder auch anderen Texten zum „Göttinger Katalog didaktischer Modelle“.

Im „Deutschen Wörterbuch“ oder auch im „Brockhaus“ findet man keinen Eintrag zum Begriff „Arbeitsmodell“, im Duden weist die Online-Version die folgende Erläuterung auf: „Modell, das als Vorlage für die weitere Arbeit dient: der Zahnarzt ließ ein ...“¹⁶⁹, was auf jeden Fall deutlich macht, dass ein Arbeitsmodell als eine Grundlage weiterer Bearbeitung anzusehen ist. Dabei bleibt aber offen, welches die Bestimmenden Merkmale eines Arbeitsmodells sind, so könnte es sich um Variablen, Strukturelemente, Empfehlungen, Musteranfertigungen und anderes handeln. Für die folgenden Überlegungen sollen berücksichtigt werden:

- Begründung und rechtlicher Rahmen für ein europäisches Curriculum der Pflegeausbildung

¹⁶⁸ Seit der Unterzeichnung des Verfassungsvertrages am 29. Oktober 2003 in Rom ist „Einheit in der Vielfalt“ eine wesentliche Devise der Europäischen Union geworden.

¹⁶⁹ <http://www.duden-suche.de/>.

- Wirkungsfaktoren der Elemente eines Curriculums
- Konvergenzkriterien
- Empfehlungen

6.1 Ein Arbeitsmodell als erster Ansatz für die Entwicklung eines europäischen Curriculums

6.1.1 Begründung und rechtlicher Bezugsrahmen

Die demographischen Veränderungen, die sich seit einigen Jahrzehnten in Europa abzeichnen und künftig noch zu erwarten sind, bestimmen im Kontext mit dem Globalisierungsprozess auch die europäische Gesundheitspolitik, die eng verknüpft ist mit der nationalen Wirtschafts- und Sozialpolitik. Europa ist durch eine umfangreiche Bevölkerungsbewegung durch Migration von Millionen Menschen geprägt, die nicht nur soziale Auswirkungen zur Folge hatte, sondern eine Anpassung der Gesundheitsversorgungssysteme erfordert, was zwangsläufig auch eine Veränderung der Pflegeausbildung zur Folge hat.

Nach Einschätzung der Europäischen Kommission ist die Bevölkerungsentwicklung in Europa durch solche Faktoren gekennzeichnet wie

- eine höhere Lebenserwartung und eine besonders niedrige Geburtenrate, so dass es künftig mehr ältere als jüngere Menschen geben wird, was statistisch in Zahlen sich so ausdrückt, dass im Jahr 2020 zu erwarten ist, dass jeder fünfte EU-Bürger über 60 Jahre alt sein wird und die über 65jährigen Menschen ein $\frac{1}{4}$ der älteren Bevölkerung ausmachen, und
- eine höhere Überlebenschance von Kindern, die mit einer Behinderung geboren werden, sowie Opfer von Verkehrsunfällen oder sonstigen Gewalteinwirkungen, die einen erhöhten Pflegeaufwand in rehabilitativen und sozialen Einrichtungen fordern.

Veränderungen, die sozialer, ökonomischer und politischer Herkunft sind, zeichnen sich zunehmend ab

- in Wertvorstellungen der heutigen Gesellschaft, geprägt durch Individualität und Autonomie des Einzelnen, was sich auf die Beziehungen zwischen Pflegepersonal und Patienten auswirkt, sowie
- dem gewachsenen Bildungsniveau, das durch die vielfältigen Medien noch gefördert wird, so dass die Patienten über Wissen zu Pflegemaßnahmen und Behandlungen verfügen, das sie in die Lage versetzt, auch die Leistungen besser einschätzen zu können, was zwangsläufig das Pflegepersonal in eine Rolle der Beratung und Prävention drängt.

(vgl. Dokument XV¹⁷⁰)

So sind die Erwartungen der Patienten heutzutage auf aktive Beteiligung und Mitspracherecht bei Pflegeleistungen und Behandlungen gerichtet, orientiert an höherer Qualität mit dem Bewusstsein, dass die Gesundheitskosten steigen, aber auch in dem Bewusstsein, präventiv selbst tätig zu sein. Der Anspruch an das Qualifikationsniveau der Krankenschwester/ des Krankenpflegers zeichnet sich auch dadurch ab, dass die Fortschritte in der Medizin, der Therapie und der Technologie direkt und/ oder indirekt Auswirkungen auf das Aufgabenspektrum der Pflege sowie das Leistungsvermögen

¹⁷⁰ Europäische Kommission Generaldirektion XV/D/8506/98_DE.

zur Folge haben. Umso wichtiger ist es für die Pflegenden, die Pflegerolle den Bedürfnissen des Menschen anzupassen und nicht einem Gesundheitssystem, wenn sie ihrer eigentlichen Profession gerecht werden wollen, die in Abgrenzung zu anderen Berufen im Gesundheits- und Sozialwesen klar zu definieren ist.

So werden in der Richtlinie zur Anerkennung der Berufsqualifikationen vom 7. September 2005 mit Wirkung vom 20. Oktober 2007 die Mindestanforderungen der für die allgemeine Pflege verantwortlichen Krankenschwestern und Krankenpfleger in der Europäischen Union geregelt, die im Artikel 31 und Anhang V Nr. 5.2.1 festgeschrieben sind (vgl. Quellenbezug Nr.1, Anhang). Darüber hinaus werden für einen konzeptionellen Ansatz eines europäischen Curriculums in der hier vorgelegten Arbeit zugrunde gelegt:

- Definition¹⁷¹ des Krankenpflegeberufes,
- Bericht und Empfehlungen zur Ausbildung der für die allgemeine Pflege verantwortlichen Krankenschwestern und Krankenpfleger in der Europäischen Union (vgl. Quellenbezug Nr. 2, Anhang),
- Bericht und Empfehlung zur verlangten Fachkompetenz der für die allgemeine Pflege verantwortlichen Krankenschwestern und Krankenpfleger in der Europäischen Union (vgl. Quellenbezug Nr. 3, Anhang),
- Bologna-Prozess¹⁷² und Folgeerklärungen,
- E-Learning-Programm¹⁷³ sowie
- Untersuchungsergebnisse der vorliegenden Arbeit (Dokumentenanalyse und Befragung).

In der Definition des Krankenpflegeberufes sind Rolle, Funktion und Verantwortung der Pflegepersonen festgelegt, was in der folgenden Tabelle dargestellt ist.

<i>Rolle</i> des Krankenpflegepersonals in der Gesellschaft:	Einzelpersonen, Familien und Gruppen zu helfen, ihr physisches, psychisches und soziales Gesundheitspotenzial, ungeachtet des Umfeldes, zu ermitteln und zu verwirklichen.
Leistungen der Krankenpflege:	Planung und Ausführung der Pflege bei Krankheit und Rehabilitation und schließt alle physischen, psychischen und sozialen Aspekte des Lebens ein, sofern sie Gesundheit, Krankheit, Behinderung und das Sterben betreffen.
Einbinden wissenschaftlicher Disziplinen:	<ul style="list-style-type: none"> - Human- und Naturwissenschaften - Physiologie - Biologie - Medizin
<i>Funktion</i> (Hauptaufgaben):	1. Erbringung von gesundheitsfördernden, präventiven, heilenden, rehabilitativen, palliativen oder unterstützenden Pflegeleistungen

¹⁷¹ Vom Europarat angenommener Bericht der Arbeitsgruppe über die Rolle und die Ausbildung des Krankenpflegepersonals (CDSP(94)35) (vgl. Quellenbezug Nr. 4, Anhang).

¹⁷² Bologna-Prozess (1999) beinhaltet, bis zum Jahr 2010 einen einheitlichen europäischen Hochschulraum zu schaffen, u.a. europaweiter Einsatz von lernförderlichen Lehr- und Lernarrangements, netzbasierte Lernpartnerschaften, vergleichbare Leistungssysteme (ECTS) etc. (vgl. Kapitel 5.2 und 6.2.1).

¹⁷³ E-Learning-Programm geht zurück auf die Entscheidung Nr. 2318/2003/EG des europäischen Parlaments und des Rates vom 5. Dezember 2003 über ein Mehrjahresprogramm (2004-2006) für die wirksame Integration von Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) in die Systeme der allgemeinen und beruflichen Bildung in Europa (Programm „eLearning“) (vgl. Kapitel 6.2.1).

Verantwortung der Krankenschwester/ des Krankenpflegers:

2. Krankenpflegeexperte in einem berufsübergreifenden Gesundheitsteam und in der Gesellschaft
 3. Schulung und Anleitung von Gesundheitspersonal, Patienten, Klienten und ihren Familien
 4. Weiterentwicklung der Pflegepraxis durch kritisches, forschungsorientiertes Denken
-
1. Planung, Organisation, Bereitstellung und Durchführung von Pflegemaßnahmen
 2. Autonom innerhalb ihres Zuständigkeitsbereiches
 3. Verantwortlich für die von ihnen geleistete Pflege

Diesem europäischen Orientierungsrahmen des Krankenpflegeberufes entsprechen die Empfehlungen zur verlangten Fachkompetenz¹⁷⁴, in denen die erforderliche Qualifikation zur Ausübung des Berufes auf der Grundlage des neuen Anforderungsprofils an das Krankenpflegepersonal in der Europäischen Union charakterisiert ist. Ausgehend von den Begriffen „Kompetenzen“ (Kenntnisse, Fähigkeiten, Einstellungen) und „Fähigkeiten“ (Befähigung, Können) sind die Studierenden so zu befähigen, dass sie in der Lage sind, ihre Tätigkeit eigenständig auszuüben, sich selbsttätig beruflich weiterzubilden (lebensbegleitendes Lernen) sowie sich einem rasch verändernden Umfeld anpassen zu können. Das hier kurz skizzierte Anforderungsprofil erfordert entsprechende Voraussetzungen, die m.E. weit über die Mindestanforderungen in der Richtlinie zur Anerkennung der Berufsqualifikationen vom 7. September 2005 hinausgehen, was auch die Untersuchungsergebnisse der vorliegenden Arbeit bestätigen und sich in dem Grundmuster abzeichnet, aus dem sich die Hauptrichtung der Pflegeausbildung in den europäischen Ländern ableiten lässt. (vgl. Kapitel 5.3). Die Globalisierungsprozesse begründen auch die Notwendigkeit, das Lernen auf europäischer Ebene zu organisieren und zu gestalten, ohne kulturelle Unterschiede und nationale Besonderheiten zu missachten.

6.1.2 Wirkungsfunktionen der Elemente eines Curriculums

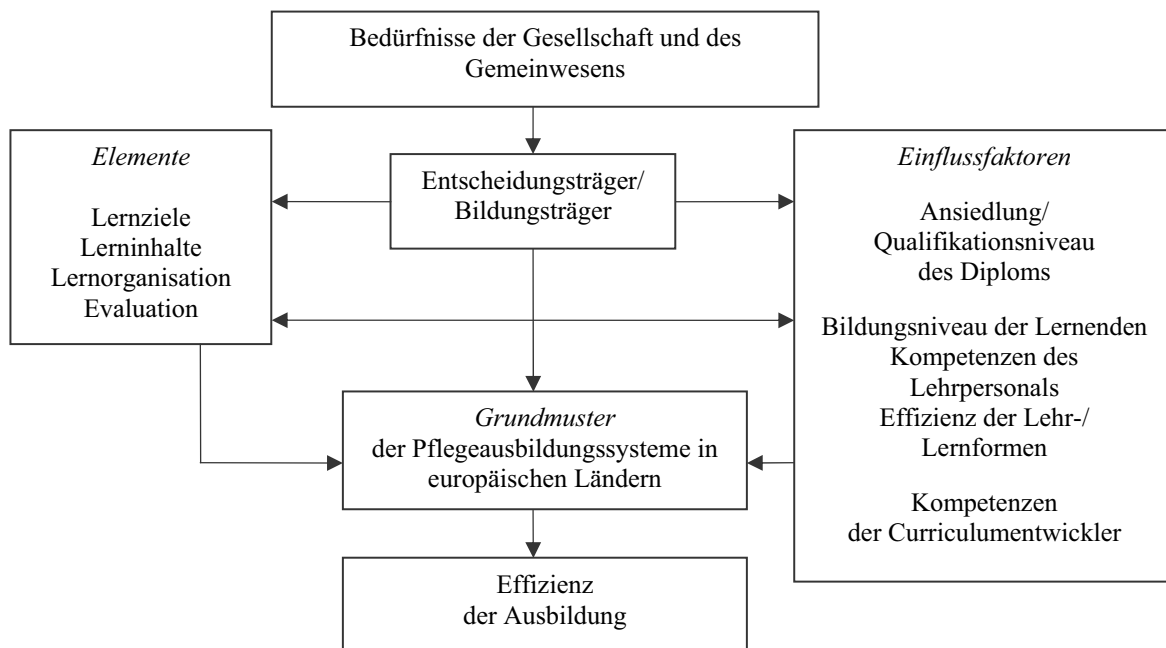
Für den theoretischen Ansatz der Wirkungsfunktionen der Elemente eines Curriculums wird auf das Curriculummodell von P. Merckens/ P. Strittmatter (1975) zurückgegriffen. Als Elemente eines Curriculums werden von ihnen die Lernziele, Lerninhalte, Lernorganisation und Evaluation bestimmt, die sie im Curriculummodell dem Subsystem zuordnen und deren interdependenten und interagierenden Charakter innerhalb des Subsystems wie auch im Gefüge zwischen Curriculum und übergeordneten Suprasystem deutlich machen. Die Beziehungen unterscheiden sich als determinierende und beeinflussende Relationen sowohl innerhalb des Systems als auch zwischen den einzelnen Teilsystemen. Die beeinflussende Relation der Variablen kann einseitige oder wechselseitige Wirkung aufweisen. Einseitige Wirkung weisen z.B. administrative oder rechtliche Vorgaben auf, die das System Curriculum im Ganzen beeinflussen; wechselseitige Wirkung beziehen sich auf die Grundelemente eines Curriculums (vgl. Kapitel 3.1.2). So sind innerhalb des Subsystems Curriculum die Organisations- und Interaktionsformen von Bedeutung, die die aus den

¹⁷⁴ vgl. SLIM-Pilotprojekt: Auf Grund der Ergebnisse (Bestandsaufnahme des Beratenden Ausschusses der Europäischen Kommission) wird im Bericht auf eine rasche Änderung der Ausbildungskriterien (Richtlinie 77/453/EWG) hingewiesen, und es werden Empfehlungen zu einem kompetenzorientierten Ansatz anstelle strikter inhaltlicher Vorgaben gegeben, der eine größere Flexibilität zur Anpassung der Ausbildungsanforderungen an innerstaatliche Bedürfnisse zulässt (vgl. Kapitel 1.1).

übergeordneten Bildungs- bzw. Leitzielen hergeleiteten Lernziele realisieren; andererseits ist mit Hilfe der Evaluation die Wirksamkeit des Subsystems im Hinblick auf die Realisierung der Ziele überprüfbar. Das Subsystem Curriculum ist in sich organisiert, mit anderen Systemen verbunden und besteht aus einem Komplex einzelner Subsysteme (Elemente des Curriculums). Es enthält und integriert Entscheidungen, die sich auf die Elemente des Curriculums beziehen. Die Entscheidungen sind zu begründen, was aus der Verbundenheit mit dem Suprasystem resultiert (vgl. Flechsig/Haller 1973; Kapitel 3.2).

Die Interdependenz, die einem Curriculum zugrunde liegt, wird von den Wirkungsfaktoren (Elemente: Lernziele, Lerninhalte, Lernorganisation und Evaluation) sowie durch Einflussfaktoren (institutionelle, personelle Rahmenbedingungen etc.) bestimmt. In der folgenden Übersicht werden die Zusammenhänge am Beispiel der Pflegeausbildung dargestellt. Sie verdeutlichen noch einmal, dass durch rechtliche Vorgaben und administrative Entscheidungen das Ausbildungsniveau des Krankenpflegeberufes bestimmt wird und auf die Curriculumentwicklung entscheidend Einfluss nimmt. Die Ausprägungen in Bezug auf Entscheidungen, die Elemente des Curriculums sowie die Einflussfaktoren, die sich als Mehrwert im Grundmuster abzeichnen, sind kennzeichnend für die Interdependenz, die einem Curriculum zugrunde liegt. In der folgenden Abbildung werden die Wirkungsfunktionen der Elemente eines Curriculums abgebildet.

Abbildung 8: Wirkungsfunktionen der Elemente eines Curriculums



(vgl. Kapitel 5.2; 5.3)

Das aus dem Vergleich in dieser Arbeit erfasste Grundmuster ist charakteristisch für die sich abzeichnenden Veränderungen der Pflegeausbildungssysteme in den europäischen Ländern (vgl. Kapitel 5.2). Die Ansätze, die für die Effizienz der Curriculumelemente aus dem Grundmuster erkennbar sind, sind quantitative Aussagen und beinhalten keine qualitative Bewertung. Das Ergebnis wird in der folgenden Tabelle dargestellt:

Tabelle 44: Zusammenfassende Übersicht zu den Grundelementen der Curricula

Länder	Lernziele	Lerninhalte (Stoffverteilung)	Lernorganisation ¹⁷⁵	Evaluation ¹⁷⁶
Deutschland				
DA	Leitziele Grobziele	Stoffeinheiten	-	Prüfungsvorgaben
DC	Bildungsziele Schlüsselqualifikationen	Lernbereiche	Didaktisch-methodische Hinweise ¹⁷⁷	Evaluationskonzept
DD	Leitziele Grobziele Feinziele	Fachlehrpläne	Lernaufgabenbeschreibungen Didaktisch-methodische Hinweise	-
Dänemark	Leitziele Grobziele	Themenbereiche	Didaktisch-methodische Hinweise Lernkontrollen	-
Finnland	Leitziele Grobziele Feinziele	Module	Didaktisch-methodische Hinweise Lernkontrollen	-
Irland	Leitziele Grobziele	Fach-Curricula	-	-
Lettland ¹⁷⁸	-	Kurse	Forschungsprojekt	-
Luxemburg	Programmziele Feinziele	Kurse	Didaktisch-methodische Hinweise	Wirkungsevaluierung (Lerneffekt, Qualität)
Niederlande	Leitziele	Module Kurse	Didaktisch-methodische Hinweise Lernkontrollen	-
Österreich	Leitziele Grobziele	Stoffeinheiten Fächer	Didaktisch-methodische Hinweise	Evaluationskonzept
Portugal	Leitziele	Kurse Fächer	-	Frequenz- Evaluierung Klassifizierung
Schweden	Leitziele Grobziele Feinziele	Lehrpläne Kurse Fächer	Didaktisch-methodische Hinweise Lernkontrollen	-
Schweiz	Leitziele Grobziele	Kurse (DN I) Module (DN II)	Lernaufgabenbeschreibungen Didaktisch-methodische Hinweise Lernkontrollen	Evaluationskonzept
Tschechien	Leitziele	Fächer	Didaktisch-methodische Hinweise Lernkontrollen	-
UK/ Schottland	Lernziele Grobziele	Module	Didaktisch-methodische Hinweise Lernkontrollen	-

In der Gegenüberstellung der Curriculumelemente zeichnet sich deutlich das Curriculum der Schweiz ab, in dem alle Grundelemente berücksichtigt worden sind, einschließlich Lernorganisation und Evaluationskonzept, was kein weiteres Curriculum in dieser Komplexität aufweist. Des Weiteren liegen Curricula vor, in denen die Grundelemente berücksichtigt sind, aber in Bezug auf die Lernorganisation unvollständig sind. Qualitative Aussagen hierüber liegen im Kapitel 5.2.6 und in der Einschätzung in Kapitel 6.1.3 vor.

¹⁷⁵ In die Lernorganisation sind integriert: Lernaufgabenbeschreibungen, didaktisch-methodische Hinweise, Lernkontrollen/ Leistungsmessung (vgl. Kapitel 5.2.6).

¹⁷⁶ Zur Evaluation sind in den Fragebögen Mehrangaben (vgl. Kapitel 5.2.7) enthalten.

¹⁷⁷ Den didaktisch-methodischen Hinweisen sind zugeordnet: Lehr-/Lernformen, Lehr-/Lernmittel, didaktische Prinzipien etc. (vgl. Kapitel 6.2.2, Tabelle 38, Anhang).

¹⁷⁸ Studienpläne

Die Wirkungsfunktion der einzelnen Elemente nimmt Einfluss auf den curricularen Ansatz wie lernzielorientiert bzw. kompetenzorientiert oder bildungstheoretisch orientiert. Ein kompetenzorientierter Ansatz setzt voraus, dass die Kompetenzen im Curriculum entsprechend verankert sind, was sich aus dem Grundmuster ableiten lässt und in der Übersicht dargestellt ist.

Kompetenzen – Festlegungen im Curriculum

Präambel (Leitziele):	Zielsetzung der curricularen Konzeption für die Kompetenzentwicklung zum Erwerb der verlangten Fachkompetenz beim Abschluss der Ausbildung/ des Studiums
Lernziele (Grobziele):	Didaktische Steuerung des Lernprozesses mit Hilfe der Lernzieloperationalisierung sowie Abfolge ¹⁷⁹ der Wissensbereiche
Lerninhalte:	Präsenz der wichtigsten gemeinsamen Kompetenzen in der theoretischen und praktisch-klinischen Ausbildung entsprechend den EU-Empfehlungen: Tätigkeitsfeld, Gesundheitsversorgung, Aufgabenstellung
Lernorganisation ¹⁸⁰ :	In der Triade: Lernende – Lernumgebung – Aufgabe, d.h., lernerorientiert, wobei die Kompetenzen (Lernziele) in der Aufgabe enthalten sind und der Einsatz effizienter Lehr- und Lernformen zu verzeichnen ist
Evaluierung:	Reflexion der erworbenen Kompetenzen, d.h. der verlangten Fachkompetenz durch Lernkontrollen (Wann? Wie? Durch wen? Bezogen auf ... Nachweis durch)

Der nach EU-Kriterien¹⁸¹ angestrebte Kompetenzerwerb – Kenntnisse, Fähigkeiten und Einstellungen – erfordert entsprechende Voraussetzungen bzw. Rahmenbedingungen, was in diesem Kontext in der Übersicht zusammengefasst dargestellt ist.

Kompetenzen – Kenntnisse, Fähigkeiten, Einstellungen

Kompetenz <u>kriterien</u> bezogen auf:	<ul style="list-style-type: none"> - Tätigkeitsfeld - Gesundheitsversorgung - Aufgabenstellung
Kompetenz <u>erwerb</u> setzt voraus:	<ul style="list-style-type: none"> - Bestimmtes Zugangs- und Bildungsniveau - Mindstdauer der Ausbildung - Entsprechenden berufsspezifischen Inhalt für den theoretischen und praktisch-klinischen Unterricht
Kompetenz <u>entwicklung</u> gewährleistet durch:	<ul style="list-style-type: none"> - Geeignete Ausbildungs- und Lernstrategien - Entsprechenden Curriculaufbau
Kompetenz <u>überprüfung</u> durch:	<ul style="list-style-type: none"> - Geeignete Bewertungsmethoden - Evaluierung
Kompetenz <u>nachweis</u> :	- Abschluss der Ausbildung mit verlangter Fachkompetenz

¹⁷⁹ Die Abfolge kann auf der Grundlage der Lernzieloperationalisierung erfolgen oder nach dem Kompetenz-Performanz-Modell (Operationsbezug), welche die Kompetenzstufen beinhaltet (vgl. Abbildung 3; Kapitel 3.1.5; Tabelle 18).

¹⁸⁰ vgl. Differenzierte Angaben zur Lernorganisation in den Curricula (Tabelle 38, Anhang).

¹⁸¹ Bericht und Empfehlung zur verlangten Fachkompetenz der für die allgemeine Pflege verantwortlichen Krankenschwestern und Krankenpfleger (1998) (vgl. Quellenbezug Nr. 3, Anhang).

Auch wenn im Curricula-Vergleich Defizite in Bezug auf Interdependenz der Curriculumelemente erkennbar sind, so ist doch davon auszugehen, dass in der Mehrzahl der Länder eine positive Aussage zum Wirkungsmechanismus zu vermerken ist. Es ist einzuschätzen, dass Verbesserungspotenziale auf Lernorganisation und Evaluation bezogen sind, die dem Charakter von Empfehlungen entsprechen. So wird auf vorliegende Konzepte zum Einsatz didaktischer Modelle (GKDM) sowie die Nutzung des Inventars zur Evaluation von H.-D. Haller (2007) und den Evaluationsreport von „blinc“ hingewiesen. (vgl. Kapitel 5.2.7; 6.2.2).

Die Lernziele sind in den EU-Kompetenzkriterien formuliert und bilden die Grundlage für den Erwerb der verlangten Fachkompetenz, was gleichzeitig einen höheren Anspruch an die Pflegeausbildung beinhaltet und sich gegenwärtig in den Veränderungen der Pflegeausbildung widerspiegelt. Die Lerninhalte sind in der Richtlinie vom 7.9.2005 Anhang V 5.2.1 verbindlich als Mindestanforderungen vorgegeben, wobei die Orientierung auf die Empfehlungen zur Ausbildung der für die allgemeine Pflege verantwortlichen Krankenschwestern und Krankenpfleger (vgl. Quellenbezug Nr. 1, Anhang) gegeben wird, da sie im Qualifikationsniveau des Diploms bereits sich ausdrückt (vgl. Tabelle 39, Anhang).

So kann im Vergleich der Ausbildungsbedingungen und -dokumente der europäischen Länder der Nachweis über die Effizienz der Curriculumelemente nach folgenden Kernpunkten zusammengefasst werden:

1. Die Mehrzahl der Länder hat die Grundelemente eines Curriculums in ihren Ausbildungsdokumenten berücksichtigt, und der interdependierende und interagierende Charakter der Elemente im curricularen System ist als qualitative Aussage erkennbar.
2. Die gesellschaftliche Akzeptanz des Krankenpflegeberufes und somit der Anspruch an das Ausbildungsniveau wird im entscheidenden Maße durch rechtliche bzw. administrative Vorgaben bestimmt, durch die reflektiert wird, inwieweit die Entscheidungsträger die Bedürfnisse der Gesellschaft und des Gemeinwesens berücksichtigen und dadurch das Subsystem Curriculum als Ganzes beeinflussen.
3. Das Grundmuster, aus dem sich die Hauptrichtung der Pflegeausbildung ableiten lässt, reflektiert die Zusammenhänge zwischen dem Suprasystem als übergeordnetem System und dem Subsystem Curriculum. Die Bedürfnisse der Gesellschaft und des Gemeinwesens werden für die Veränderungen der Pflegeausbildungssysteme in der Mehrheit der Länder zugrunde gelegt und begründen die Bildungs- bzw. Leitziele und die daraus hergeleiteten Lernziele, die wiederum die Lerninhalte und Lernorganisation bestimmen, wie auch umgekehrt diese die Struktur der intendierten Lernziele beeinflussen. Die Pflegeausbildung ist hauptsächlich im tertiären Bildungsbereich implementiert und der daraus resultierende Anspruch an institutionelle und personelle Rahmenbedingungen wurde berücksichtigt.

6.1.3 Konvergenzkriterien – Schlussfolgerungen für die Kompatibilität

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung weisen nach, dass in der Mehrzahl der europäischen Länder sich die Pflegeausbildung gewissermaßen homogenisiert hat, was sich durch eine weitgehende Gleichartigkeit der Kernpunkte abzeichnet, trotz großer Abweichungen in Deutschland

und Österreich. Je übereinstimmender die Kriterien sind, umso größer ist die Wahrscheinlichkeit, eine Kompatibilität (Vereinbarkeit) als Voraussetzung für einen konzeptionellen Ansatz eines europäischen Curriculums zu erreichen. Anhand des Grundmusters als Ergebnis der Untersuchung, aus dem sich die Hauptrichtung der Pflegeausbildung in den Ländern der EU und der Schweiz ableiten lässt, sind nachfolgend die Konvergenzkriterien, die für einen konzeptionellen Ansatz relevant sind, zusammengefasst.

Auf der Entscheidungsebene scheint diese Vergleichbarkeit am meisten gegeben zu sein, was sich abzeichnet in großer Übereinstimmung zur rechtlichen Regelung¹⁸²:

- Abschluss bzw. Anerkennung des Diploms,
- Hochschulreife als Zulassungsvoraussetzungen,
- Dauer des Studiums von 3-4 Jahren bzw. über 4600 Stunden mit einem höheren theoretischen Anteil bzw. Leistungsberechnung nach ECTS¹⁸³,
- Zuständigkeit durch Bildungsministerien,
- Ansiedlung im tertiären Bildungsbereich sowie dem Qualifikationsniveau des Diploms und
- universitär qualifiziertes Lehrpersonal.

Auffällig ist die hohe Repräsentation von Lehrpersonen bei der Curriculumentwicklung.

Gemeinsamkeiten in Bezug auf den Erwerb von Kompetenzen (Lernziele)¹⁸⁴:

- Berufliche Profession als Zielvorstellungen,
- Befähigung nach den EU-Kriterien: Tätigkeitsfeld, Gesundheitsversorgung und Aufgabenstellung,
- Kompetenzbereiche „Sozialkompetenz“ und „Handlungskompetenz“, denen kommunikative Kompetenz implizit ist,
- Verhaltensmerkmale, die neben affektiven und psychomotorischen einen kognitiven Schwerpunkt aufweisen,
- Lernziele, bezogen auf Kenntnisse, Fähigkeiten und Einstellungen,
- Operationalisierung der Lernziele durch Leit- und Grobziele, wobei die Entscheidungen über Lernziele nicht so transparent waren, so dass die Genese einer Entscheidung nachvollziehbar sein könnte.

Annähernd konvergent sind Struktur und Inhalte der Curricula in Bezug auf

- Lehrplantypen wie „offene“ integrative Curricula,
- Gliederung (Stoffverteilung)¹⁸⁵ in Wissensbereiche, wobei die Modularisierung im Trend liegt,
- Weitere Theorie-Fächer: *Forschungsmethodik und Statistik* als Voraussetzung für wissenschaftliches Arbeiten und Umsetzung der Ergebnisse in die Praxis; *Informatik* als grundlegende Voraussetzung für E-Learning bzw. Blended Learning; *Projekte*, die eine praxisnahe Gestaltung der Ausbildung ermöglichen; *Fremdsprachen*, die im Zusammenhang mit Internationalisation einzuordnen sind,

¹⁸² vgl. Rechtsgrundlagen und Einflussfaktoren – Parameter auf der Entscheidungsebene (Tabelle 39, Anhang) (vgl. Kapitel 5.2.1).

¹⁸³ ECTS: Europäisches Credit Transfer System zur Anrechnung, Übertragung und Akkumulierung von Studienleistungen (vgl. Kapitel 5.2.1.3).

¹⁸⁴ Bericht und Empfehlung zur verlangten Fachkompetenz der für die allgemeine Pflege verantwortlichen Krankenschwestern und Krankenpfleger (1998) (vgl. Quellenbezug Nr. 3, Anhang).

¹⁸⁵ vgl. Differenzierte Angaben zu Theorie-Fächern in den Curricula (Tabelle 35, Anhang).

- Fähigkeiten wie Pflorgetechniken, kommunikative Kompetenz und Management als Voraussetzung für Professionalität der Pflege,
- Praktika, die die Befähigung nach den EU-Kriterien beinhalten,
- Abfolge der Wissensbereiche, hauptsächlich nach lern- und entwicklungspsychologischen Grundlagen bzw. Linearität, die eine einfache Verkettung vorsieht sowie die Abfolge zwischen theoretischen und klinisch-praktischen Teilen sicherstellt.

Für eine „ländertypische“ Praxis der curricularen Entwicklung gibt es keine Anhaltspunkte, zwar lassen sich für einzelne Länder unterschiedliche Ausprägungen feststellen, z.B. dass die Curricula mehr an Fachdisziplinen orientiert sind wie Pflege, Medizin oder Sozialwissenschaften, was aber für eine Kompatibilität der Konvergenzkriterien keine Relevanz besitzt.

Eine Übereinstimmung in Bezug auf die Lernorganisation¹⁸⁶ ist weniger ausgeprägt, was anscheinend darauf zurückzuführen ist, dass die EU-Länder noch nach geeigneten Lehr- und Lernstrategien für die Pflegeausbildung suchen (vgl. Kapitel 6.2). Eine Hauptrichtung zu einzelnen Kernpunkten der Lernorganisation zeichnet sich jedoch ab wie

- Lehr- und Lernformen¹⁸⁷, z.B. Simulation, Fallmethode, Lernwerkstatt, Vorlesung, Selbststudium, die eine günstige Basis für E-Learning bzw. Blended Learning schaffen,
- Lernkontrollen und Leistungsmessung¹⁸⁸,
- Lehr- und Lernmittel traditioneller Art, aber auch vereinzelt webbasiert,
- Gestaltung des Lernprozesses mit Praxisbezug, weitgehende Selbsttätigkeit der Lernenden und erfahrungsbezogenes Lernen.

Zu Lernaufgabenbeschreibungen und didaktischen Prinzipien sind nur wenige Ausprägungen festzustellen, so dass zu diesen Kriterien durchaus Verbesserungen anzustreben sind und zwar im Kontext der Lernorganisation (Lerner – Lernumgebung – Lernaufgabe), wie z.B. das Modul „Erste Hilfe“/ „Notfallmedizin“¹⁸⁹ konzipiert ist und durch einen konzeptionellen Ansatz von Blended Learning¹⁹⁰ ergänzt wird (vgl. Kapitel 6.2.4).

In Bezug auf die Durchführung der Evaluation von Curricula ist eine Übereinstimmung zu den Kriterien festzustellen wie

- Auftrag/ Ergebnistransparenz, wobei Auftraggeber die Schulleitungen sind, denen auch die Ergebnisse der Evaluation mitgeteilt werden,
- Gegenstand, evaluiert wird prozessbegleitend (Prozess-Evaluierung) und ergebnisorientiert (Produkt-Evaluierung) sowie die Wirksamkeit (Wirkungsevaluierung),
- Beteiligte bzw. Betroffene sind hauptsächlich Studierende,
- Methoden und Instrumente, bevorzugt wird die Befragung in schriftlicher und mündlicher Form, als Instrumente werden Fragebogen, Gruppendiskussion und Interviews eingesetzt,
- Revision betrifft hauptsächlich die Inhalte zur Anpassung an die zu erwerbenden Kompetenzen bzw. Lernziele.

¹⁸⁶ vgl. Differenzierte Angaben zur Lernorganisation in den Curricula (Tabelle 38, Anhang).

¹⁸⁷ vgl. Differenzierte Angaben zu Lehr- und Lernformen in den Curricula (Tabelle 36).

¹⁸⁸ vgl. Differenzierte Angaben zu Tests in den Curricula (Tabelle 37).

¹⁸⁹ vgl. Modul „Erste Hilfe“/ „Notfallmedizin“ und Interpretation (Tabelle 19, Anhang).

¹⁹⁰ vgl. Konzeption von Blended Learning am Beispiel des Moduls „Erste Hilfe“/ „Notfallmedizin“ (Tabelle 49).

Evaluationskonzepte liegen weniger vor, so dass auf andere Erfahrungen wie z.B. das Inventar zur Evaluation¹⁹¹ von Hans-Dieter Haller (2007) sowie den Evaluations-Report¹⁹² von „blinc“ verwiesen werden kann (vgl. Kapitel 5.2.7).

Schlussfolgerungen für den konzeptionellen Ansatz eines europäischen Curriculums:

- Die Kompatibilität (Vereinbarkeit) der Konvergenzkriterien ist im kulturfreien Kontext gewährleistet, was auch dem philosophischen Ansatz für ein „Metaparadigma der Pflege“¹⁹³ nach J. Fawcett entspricht (vgl. Kapitel 2.2.1).
- Die Kulturdifferenzierung, wie sie G. Hofstede und Thomson u.a. charakterisieren (vgl. Abbildung 6, Anhang), kann nur von den jeweiligen Ländern berücksichtigt werden, denn Kultur ist ein „implizites Phänomen“, das in gemeinsamen Werten und Orientierungen zum Ausdruck kommt¹⁹⁴. In Bezug auf Lernen verfolgt D. Hoopes einen interkulturellen Ansatz, der an Gemeinsamkeiten anknüpft; unter diesem Aspekt gesehen, können günstigere Voraussetzungen für interkulturelles Lernen¹⁹⁵ geschaffen werden (z.B. für Studentenaustausch).
- Die Pflegemodelle bzw. Pflgetheorien, die für einen konzeptionellen Ansatz relevant sein können, sind unter Berücksichtigung des Pflegeverständnisses der Person (Rituale, Schmerz, Gesundheit und Krankheit etc.) auszuwählen. Orem's Selbstpflegemodell wird im moslemischen Kulturkreis wenig Akzeptanz finden, da die Krankheit des Einzelnen zur Angelegenheit der Familie wird und die Familienmitglieder den Kranken umsorgen, so dass die interkulturellen Beziehungen zwischen Kranken/ Angehörigen und Pflegeperson sich eher auf einer normativen Ebene abspielen werden. Transkulturelle¹⁹⁶ Pflegemodelle, in denen Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwar berücksichtigt werden, sind m.E. Rahmenkonzepte, die als solche dem Anspruch auf interkulturelle bzw. interpersonale Beziehung zwischen den Individuen (Pflegeperson und Person bzw. Angehörigen) nicht genügen. Auch gleichartig anmutende Wertvorstellungen weisen in unterschiedlichen Kulturen einen unterschiedlichen Deutungsgehalt auf und werden unterschiedlich operationalisiert und zugeordnet (vgl. Klimecki/ Probst 1993).
- Eine Alternative könnte „Newmans Theorie der Gesundheit als Bewußtseinsweiterung“ darstellen. Newman weist darauf hin, dass der Einsatz ihrer Theorie die Fähigkeit erfordert, bei beobachtbaren Phänomenen (z.B. Körpertemperatur, Blutdruck, Herzfrequenz, Tumor),

¹⁹¹ vgl. Lernkontrollen (Tabelle 50, Anhang); Evaluation von Lerneffekten in ACT! (Abbildung 7, Anhang).

¹⁹² Evaluations-Report: www.blinc-eu.org.

¹⁹³ Das Metaparadigma der Pflege konzentriert sich auf Ganzheit oder Gesundheit von Menschen, die fortwährend mit ihrer Umwelt interagieren. Es muss außerdem perspektivneutral sein und internationale Gültigkeit besitzen, die nur dann gewährleistet ist, „wenn die mit dem Metaparadigma verbundenen Begriffe und Annahmen keine nationalen, kulturellen oder ethnischen Wertvorstellungen widerspiegeln“ (Fawcett 1998, S. 18).

¹⁹⁴ R. Klimecki und G. Probst (1993) beschreiben es wie folgt: „Kultur entsteht, geschieht und verändert sich interaktiv durch Wechselwirkungen und Austauschbeziehungen innerhalb des Systems und gegenüber Umwelteinflüssen“ (S. 7).

¹⁹⁵ Interkulturelles Lernen gestaltet sich als Prozess und durchläuft nach David Hoopes folgende Entwicklungsstufen: Annehmen von Elementen der fremden Kultur, Bewerten und Urteilen, Akzeptanz und Respekt gegenüber fremden Kulturen, Verständnis für fremde Kulturen, Wahrnehmung der fremden Kultur (ihre Identität und ihre Werte), Ethnozentrismus (1981) (vgl. Abbildung 6).

¹⁹⁶ Transkulturell bedeutet, über die eigene Kultur hinausgehend. Transkulturelle Pflegemodelle sind u.a. von Madeleine Leiniger, einer amerikanischen Pflgetheoretikerin, bekannt geworden (vgl. Kapitel 2.2.1., Tabelle 1) (vgl. Sairanen 2003).

„Muster“¹⁹⁷ zu erkennen. Die Aufgabe der Pflegenden sieht sie darin, den Klienten zu helfen, in den Interaktionen mit der Umwelt Muster zu erkennen, um ihre eigenen Lebensmuster besser zu verstehen auf einer höheren Ebene des Bewusstseins (Fawcett 1999). Für den Erwerb solcher Erkenntnisse und Erfahrungen, die aus dem Gesundheit-Krankheit-Kontinuum¹⁹⁸ mit seinen fließenden Übergängen herauszufiltern sind, ist die formelle Bildung nicht ausreichend, sondern sie erfolgt hauptsächlich durch den informellen Bildungsprozess, in dem auch kritische Ereignisse in der Pflege (Critical incident¹⁹⁹) eher transparent werden. In diesem Kontext ist die Pflegeperson als informelle Lehrperson einzuordnen, die Beratungsaufgaben erfüllt sowie individuelle Vorgaben für Patienten als Informationsmaterial entwickelt, z.B. im Rahmen der Prävention. Diese sind als tätigkeitsbegleitende Informationen aufzufassen und sind auch den Patienten zugänglich zu machen (sie gehen über die Dokumentation zum Pflegeprozess in der Patientenakte hinaus). Patienteninformationen können in Form von Lernpostern bzw. Lerntafeln etc. erstellt werden; hierfür können die didaktischen Modelle des GKDM²⁰⁰ als Grundmuster dienen. Beispiele für das Informationsmaterial sind im Pflegealltag zu finden bzw. spezifische Themen können auf „Selbsthilfe“ bezogen sein, wie die Pflege bei Krankheitsbildern (Beispiele sind angegeben unter Hinweise zu Referenzen der Pflegemodelle und Theorien, Tabelle 11, Anhang).

Die Pflege bietet bislang keine Systematik für Beratung, sie benutzt informelle Bildungsprozesse mit vielen unterschiedlichen Ansätzen. Die Matrix²⁰¹ zur staatsbürgerlichen Erziehung könnte hierfür als Beispiel für einen Rahmen genutzt werden.

6.1.4 Empfehlungen zur weiteren Förderung der Kompatibilität in der Pflegeausbildung europäischer Länder

In Betrachtung gesellschaftlicher Veränderungen und Globalisierungsprozesse in Europa, die auch eine Anpassung der Pflegeausbildungssysteme zur Folge hatte und in diesem Rahmen die vorliegenden Curricula in den Ländern entstehen ließen, soll ein Arbeitsmodell vorgestellt werden, der die Möglichkeit einer Kompatibilität in der Pflegeausbildung europäischer Länder aufzeigt. In diesem Zusammenhang sind Zielsetzung und Selektion von Bildungsinhalten sowie die Verknüpfung mit den Curricula, deren Neugestaltung entweder zur Erhaltung oder zur Veränderung beruflicher Strukturen dient, einzuordnen. Die Pflegeerausbildung im tertiären Bildungsbereich zu implementieren, geht auch einher mit einer Veränderung des sozialen Status des Berufsstandes und bedarf der gesellschaftlichen Akzeptanz; ebenso der Gedanke, dass Krankenschwestern und Krankenpfleger auf der gleichen Ebene mit anderen Professionen einer Universitätsausbildung

¹⁹⁷ Newman (1986) definiert Muster als „ein grundlegendes Merkmal alles Seienden, das Einheit in der Vielfalt konstituiert“ und als „Information, die das Ganze darstellt und ein sofortiges Verständnis aller Beziehung vermittelt“ (S. 13). Muster stehen für „Bezogenheit“ und „eine Person läßt sich an ihrem ganz spezifischen Muster erkennen“ (1990b, S. 39) (Fawcett 1999, S. 88) (vgl. Kapitel 2.2.3.1).

¹⁹⁸ Aus A. Antonovskys Sicht der „Salutogenese“ sind Gesundheit und Krankheit Endpunkte des Gesundheit-Krankheit-Kontinuums (1997, S. 15) (vgl. Kapitel 2.2.3.1).

¹⁹⁹ Critical incident technique ist eine Methode des interkulturellen Trainings.

²⁰⁰ GKDM: Göttinger Katalog Didaktischer Modelle (Flehsig 1983, 1996) (vgl. Kapitel 6.2.2).

²⁰¹ Matrices for documentation, planning and evaluation of formal and informal learning for an active citizenship. Compiled by Prof. Dr. Hans-Dieter Haller (2007) (Siehe unter Abbildung 7: ACT!, Anhang).

lernen und im Krankenhaus zusammenarbeiten (diese Vorstellung entspricht auch der WHO-Strategie, 1999).

Curricula im tertiären Bereich zu entwickeln, beinhaltet auch, die sozialisierende Funktion der Hochschul-Ausbildung zu beachten – im Besonderen die Bedingungsfaktoren im sozial-affektiven Bereich – da Lern- und Studienerfolg entscheidend abhängig ist von voruniversitären Sozialisierungsfaktoren sowie Einstellungen (vgl. Klüver 1975), auch im Hinblick auf projektorientierte Studien und Selbststudium (independent studies), die ein hohes Maß an Selbsttätigkeit den Studierenden abverlangt. L. Smith (1991 dt.: 1993) verweist im Zusammenhang mit "Experimental learning" darauf, dass Krankenpflegestudenten erwachsene Lerner sind, und deswegen muss die Bedeutung sich auf ihr Leben, Arbeiten und akademische Fähigkeiten zu konzentrieren, betont werden. – "Nursing students are adult learners and therefore the importance of focusing upon their life, work and academic ability must be stressed ..." (S. 147).

Curriculum²⁰² wird definiert als Gesamtplan für den Unterricht, umfasst Inhalte, Ziele, Methoden und Ergebnisse (Wahrig 2000, S. 326). Oder anders formuliert: "Curriculum beschreibt die Aufgaben der Schulen in Form einer organisierten Sequenz von Lernerfahrungen, die auf beabsichtigte Verhaltensdisposition abzielen"²⁰³ (Lexikon der Pädagogik; Tütken: Freiburg 1971, S. 71). In der Curriculumentwicklung liegen verschiedene Ansätze und Erfahrungen vor, weite Verbreitung hatte der lernzielorientierte Ansatz gefunden, der an die technische Planung von Unterricht anknüpfte (Möller 1969; 1975), oder die Curriculumentwicklung auf der Grundlage von Interaktionsprozessen (z.B. Themenzentrierte Interaktion oder der Problemlösungsansatz in der Mediziner Ausbildung). So ist ein curriculares Modell kein isolierter Planungsansatz, sondern ein Teilaspekt im Rahmen eines umfassenden Konzeptes. A. Casey (1991 dt.: 1993) beschreibt die Anwendung von Pflegemodellen in der Curriculumplanung, z.B. „Model of Paediatric Nursing“ oder J. Bryan (1991 dt.: 1993) stellt Beispiele für Computerlernen im Rahmen von lernerorientiertem Lernen (Student-centred learning) vor, die auf Theorie und Praxis bezogen sind (z.B. Blood, Anaemia, Immunity), gegliedert in: Aim, Content, Method, Rationale, Assessment of learning (S. 130).

Für den konzeptionellen Ansatz eines europäischen Curriculums wird auf die wissenschaftstheoretische Position zu "Entscheidungsprozesse in der Curriculumentwicklung" von Karl-Heinz Flechsig und Hans-Dieter Haller (1973) (vgl. Kapitel 3.2) zurückgegriffen, ergänzt durch das von den Autoren vorgestellte Kompetenz-Performanz-Modell in CEDID (2003) – Kompetenzbegriff steht hier in Einklang mit neueren Ansätzen "kultureller" Psychologie sowie die Prüfkriterien nach Flechsig (1993b) (vgl. Kapitel 3.3.3.3, Tabelle 24).

Eine auf Kompetenz basierende Ausbildung ist Gegenstand des konzeptionellen Ansatzes. Den Rechtsrahmen für das „Arbeitsmodell“ stellt die Richtlinie zur Anerkennung der Berufsqualifikationen vom 7. September 2005, ergänzt durch die Empfehlungen zur Ausbildung sowie Empfehlung zur verlangten Fachkompetenz (vgl. Quellenbezug Nr. 2 und Nr. 3) und den Untersuchungsergebnissen (Grundmuster).

²⁰² Curriculum (engl.): Studien-, Lehrplan (Electronic Publishers 2000).

²⁰³ Zitiert nach Becker/ Haller u.a. 1974, S. 19.

Empfehlungen für ein „Arbeitsmodell“ zur Pflegeausbildung in europäischen Ländern in Bezug auf Entscheidungen und curriculare Konzeption:

Entscheidungsebene²⁰⁴

Ansiedlung:	Universität, Hochschule
Zugangsbedingungen:	Hochschul-Reife
Dauer:	Ausbildungszeit muss ausreichend sein, um die benannten Kompetenzen zu erlangen, mindestens 3 akademische Jahre oder mindestens 180 ECTS
Abschluss:	Bachelor

Durch die Ansiedlung der Ausbildung an der Universität bzw. Hochschule sind Qualifikationsniveau des Diploms, kompetentes Lehrpersonal sowie effiziente Lehr- und Lernformen gewährleistet. Auf der administrativen Ebene werden die Entscheidungen über Kompetenzen (Lernziele) und Inhalte getroffen. Es wird darüber bestimmt, welche Fachkompetenz erreicht werden soll bzw. es wird geprüft, was Krankenschwestern und Krankenpfleger können müssen. Das Curriculum ist für Theorie- und Praxisteile zu erstellen, wobei die Autoren über Kompetenzen in der Curriculumentwicklung verfügen sollten; im Curriculum sollten Lernziele, Lerninhalte, Lernorganisation und Evaluation berücksichtigt sein, um Lernerfolg und Lerneffizienz durch den Wirkungsmechanismus dieser Elemente zu garantieren.

Empfehlungen für eine curriculare Konzeption

0. Präambel ²⁰⁵ :	Zielvorstellungen sind zentrale Zielsetzungen, in denen nationale und gesellschaftliche Anforderungen an den Pflegeberuf gestellt werden und die auf Qualifikationsanforderungen bzw. Kompetenzerwerb abzielen. Die Zielvorstellungen sollen sich auf die zu erlangende Fachkompetenz im kulturfreien Kontext beziehen. Sie sind differenziert in Leit- und Bildungsziele und weisen einen kompetenz- bzw. handlungsorientierten Ansatz auf, in dem eigenverantwortliche Tätigkeit und interdisziplinäre Zusammenarbeit, berufliche Qualifikationsaneignung, welche die Gesundheitsfürsorge einschließt, impliziert sind. Zielsetzungen reflektieren die berufliche Profession.
1. Kompetenzen (Lernziele) ²⁰⁶ :	Als Kompetenzen sind die für die Ausübung des Berufes erforderlichen Qualifikationen zu verstehen, die die Verhaltensdispositionen Kenntnisse, Fähigkeiten und Einstellungen einschließen. Für die hierfür erforderlichen Kompetenzen sind Sachkompetenz, soziale Kompetenz und Selbstkompetenz, die dem Kompetenz-Performanz-Modell zugrunde liegen, relevant. Für die Entwicklung der curricularen Konzeption wird auf die Empfehlung der Europäischen Kommission zur verlangten Fachkompetenz ²⁰⁷ zurückgegriffen, sie ist bezogen auf:

²⁰⁴ vgl. Tabelle 39, Anhang

²⁰⁵ vgl. Kapitel 5.2.3.1

²⁰⁶ vgl. Kapitel 5.2.4

²⁰⁷ Bericht und Empfehlung zur verlangten Fachkompetenz der für die allgemeine Pflege verantwortlichen Krankenschwestern und Krankenpfleger in der Europäischen Union (vgl. Quellenbezug Nr. 3, Anhang).

	<ul style="list-style-type: none"> - Die <i>Tätigkeit</i>, sie umfasst alle Lebensbereiche des Menschen wie die Pflege von Kindern, Jugendlichen, Erwachsenen und älteren Menschen in stationären, ambulanten, sozialen, rehabilitativen und palliativen Gesundheitseinrichtungen. - Die <i>Gesundheitsversorgung</i>²⁰⁸, sie orientiert sich an der Erhaltung, Wiederherstellung und Förderung der Gesundheit von Personen und Personengruppen. - Die <i>Aufgaben</i>, sie umfassen: <ul style="list-style-type: none"> - Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheit bzw. Verhütung von Krankheiten, - Verantwortung für die individuelle Krankenpflegetätigkeit sowie interdisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen Fachkräften, - Mitwirkung an Untersuchungen und Behandlungen, - Schulung und Anleitung von Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, Patienten und ihren Familien, - Forschungs- und Entwicklungsarbeiten.
<p>2. Inhalte²⁰⁹:</p>	<p>Die Inhalte der Pflegeausbildung sind flexibel zu gestalten und sind den jeweiligen Bedürfnissen der einzelnen Länder anzugleichen.</p> <p>Für die curriculare Konzeption wurde auf die EU-Empfehlungen zur Ausbildung²¹¹ zurückgegriffen; sie sind auf folgende Wissensbereiche bezogen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Theorie und Praxis der Krankenpflege 2. Entwicklung des Menschen und soziales Umfeld 3. Prophylaxe und Gesundheitserziehung 4. Sozial- und Verhaltenswissenschaften 5. Kommunikationsfähigkeiten 6. Organisationsstrukturen und -prozesse 7. Mit der Berufsausübung verbundene Aspekte 8. Evaluierung und Audit 9. Ethnische und kulturelle Werte 10. Ethische und moralische Aspekte 11. Klinische Praxis und Fertigkeiten <p>(vgl. Quellenbezug Nr. 2, Anhang)</p> <p>Fachdisziplinen wie Naturwissenschaften und Medizin sind entsprechend zu integrieren. Des Weiteren sind Fächer wie Forschungsmethodik, Informatik, Fremdsprachen zu berücksichtigen.</p>
<p><i>Stoffverteilung der Theorie-Fächer</i>²¹⁰</p>	<p>Die Pflege ist als Fachdisziplin höher zu gewichten.</p>
<p><i>Struktur</i></p>	<p>Abfolge und Prozess sollten klar definiert sein, d.h. die Abfolge der Wissensbereiche ist nach Kompetenzstufen unter Beachtung der lern- und entwicklungspsychologischen Grundlagen zu gestalten.</p>

²⁰⁸ Leitlinien für die Einbeziehung der primären Gesundheitsfürsorge in die Ausbildung von Krankenschwestern und Krankenpfleger, die für die allgemeine Pflege verantwortlich sind. Vom 13.1.1998 (XV/E/8391/3/96) Dokument: XV/D/8506/98/DE, Brüssel, 18.11.1998.

²⁰⁹ vgl. Kapitel 5.2.5

²¹⁰ vgl. Tabelle 35 (Anhang).

²¹¹ Bericht und Empfehlungen zur Ausbildung der für die allgemeine Pflege verantwortlichen Krankenschwestern und Krankenpfleger in der Europäischen Union (vgl. Quellenbezug Nr. 2, Anhang).

3. Lernorganisation ²¹² :	Zur Lernorganisation gehören: <ul style="list-style-type: none"> - Lernaufgabenbeschreibungen, die zunehmend problemorientiert und realitätsbezogen formuliert sind, - Lehr- und Lernformen, empfohlen werden die didaktischen Modelle des GKDM²¹³, die Handlungs- und Entscheidungskompetenzen vermitteln wie in der Fallmethode, Simulation und Erkundung. - Lernkontrollen²¹⁴ und Leistungsbemessung nach ECTS²¹⁵
4. Evaluation ²¹⁶ :	Für die Bewertung von Qualität und Wirksamkeit des Ausbildungsprogramms und dessen Umsetzung in die Praxis soll als Vorlage ein Evaluationskonzept dienen, in dem Festlegungen getroffen sind und Bezug nimmt auf: <ul style="list-style-type: none"> - Auftraggeber und Transparenz der Ergebnisse, - Gegenstand der Evaluation, - Beteiligte bzw. Betroffene, - Methoden und Instrumente der Evaluation sowie - Revision nach einer Evaluation.

Die curriculare Konzeption ist wertefrei und orientiert auf die Empfehlungen des Beratenden Ausschusses der Europäischen Kommission zur „verlangten Fachkompetenz“ und zur „Ausbildung“. Ein wesentliches Kriterium zur Erlangung der verlangten Fachkompetenz ist das Tätigkeitsfeld, das alle Lebensstadien des Menschen erfasst. Vom Pflegepersonal wird erwartet, dass es nach Newman die der Person eigenen „Muster“ erkennt. Verdeutlicht wird dieser Ansatz durch die Publikation von Gerald Hüther (2006) über „Die Macht der inneren Bilder“, denn er beschreibt die „inneren Bilder“ als die im Gehirn abgespeicherten Muster, die wir benutzen, um uns in der Welt zurechtzufinden, und die notwendig sind, um uns „handlungsbereit“ zu halten. Diese „inneren Bilder“ prägen das Denk- und Verhaltensmuster eines jeden Einzelnen und zwar so, dass die Person an ihrem ganz speziellen Muster erkennbar ist, sowohl bezogen auf Verhaltensdispositionen als auch auf Krankheitsbilder. Der Begriff „innere Bilder“ greift einen zentralen Begriff der Wissenspsychologie auf und belegt ihn durch die entsprechenden neueren, insbesondere hirnbioologischen Forschungen.

Zur neuen Rolle des Krankenpflegeberufes gehört die Gesundheitsversorgung, die auf Grund der sich aktuell abzeichnenden Patientenerwartungen an die Pflege die Pflegeperson zwangsläufig in Beratung und Prävention gedrängt sieht. Prävention ist primär die eigene Gesundheitsförderung, deren Einhaltung bei Berufsgruppen in Gesundheits- und Sozialwesen vorausgesetzt wird. Gesundheit im voruniversitären bzw. vorberuflichen Bildungsbereich zu fördern, wie es das Forschungsprojekt zur Gesundheits- und Selbstwertstärkung bei Kindern in der Grundschule vorsieht und Christina Krause (1998) unter Rückgriff auf das Konzept der Salutogenese von A. Antonovsky (1997), bietet künftig den Medizinerinnen und Pflegepersonen günstige Voraussetzungen dafür, dass sie ihrer Beratungsfunktion besser gerecht werden können. Gesundheitserziehung als Aufgabe des Pflegepersonals ist eher pädagogisch ausgerichtet; nach C. Krause (2003) gehen „neuere Ansätze der Gesundheitserziehung ... über präventiv angelegte Maßnahmen hinaus und enthalten meist Maßnahmen zur Gesundheitsförderung“ (S. 196).

²¹² vgl. Kapitel 6.2; Tabelle 36; Tabelle 38 (Anhang).

²¹³ Göttinger Katalog Didaktischer Modelle (Flechsig, 1983; 1996).

²¹⁴ vgl. Lernkontrollen Tabelle 50 (Anhang).

²¹⁵ Europäisches Credit Transfer System zur Leistungsbemessung der Studierenden.

²¹⁶ vgl. Kapitel 5.2.7

Die Inhalte der curricularen Konzeption sind nicht bindend, sondern eher als Empfehlungen geschrieben und sind von den Ländern flexibel zu handhaben (vgl. SLIM-Projekt). Beim kompetenzorientierten Ansatz sind die Inhalte in den Kompetenzen enthalten, d.h., dass es den nationalen Ländern obliegt, wie sie den Erwerb der verlangten Fachkompetenz gewährleisten.

In Bezug auf die Lernorganisation werden die didaktischen Modelle des GKDM empfohlen, denn sie berücksichtigen nicht nur die Gestaltung der Lernumgebung, sondern sie sind als Grundmuster organisierter Lehr- und Lernprozesse rekonstruiert und dokumentiert. Mit Bezug zum E-Learning sind die didaktischen Modelle eine günstige Kombination zum Blended Learning (vgl. Kapitel 6.2.4).

Die Evaluation reflektiert den Wirkungsmechanismus der Elemente des Curriculums und fungiert als Kriterium zur Anpassung der Inhalte an die verlangte Fachkompetenz in Abstimmung mit der Lernorganisation. Zur Evaluation wird das Inventar von H.-D. Haller (2007) und der Evaluationsreport von „blinc“ empfohlen.

Am Beispiel des Moduls "Erste Hilfe"/ "Notfallmedizin", das auf der Grundlage des Operationsbezugs des Kompetenz-Performanz-Konzepts (CEDID 2003) entwickelt wurde, soll der kompetenzorientierte Ansatz zusammengefasst dargestellt werden. Der Operationsbezug als Kategorie der Kompetenzanalyse ist dreidimensional angelegt:

- Verhaltenskomponente (kognitiv, affektiv, psychomotorisch),
 - Inhaltskomponente (Bereich) und
 - Intensität oder Ausprägung der Entwicklungsstufen bzw. Grad der Beherrschung (Stufe)
- (vgl. Kapitel 3.1.5, Tabelle 19, Anhang).

Auf der Grundlage der Matrix zum Operationsbezug (Tabelle 18) wird am Beispiel des Moduls "Erste Hilfe"/ "Notfallmedizin" in der Krankenpflegeausbildung der kompetenzorientierte Ansatz in der curricularen Entwicklung dargestellt (Tabelle 19, Anhang) und interpretiert. Es ist ein Modell, das gegenüber anderen Klassifikationen durch eine neue Qualität gekennzeichnet ist und somit die Kompetenzentwicklung auf einer höheren Stufe gewährleistet. Am Beispiel des Moduls (Tabelle 20, Anhang) wird dargestellt, dass bei einer Hochschulqualifizierung der Krankenschwester/ des Krankenpflegers bei Abschluss die Kompetenzstufe einer Pflegeexpertin/ eines Pflegeexperten (nach Benner 1997, Stufe 5) in Bezug auf wirkungsvolles Handeln bei Notfällen zu erwarten ist, was den EU-Empfehlungen zur verlangten Fachkompetenz sowie den ERC-Leitlinien für Reanimation (2005) der Kompetenz eines Pflegeprofis entspricht.

Durch die stufenweise Kompetenzentwicklung wird der Lernzuwachs bzw. Spezifikationsgrad im Hinblick auf die Inhalts- und Verhaltenskomponenten verdeutlicht. In Tests und in der vorgesehenen Abschlussprüfung ist analog zu der zu erreichenden Entwicklungsstufe jeweils der Nachweis über kompetentes Handeln in Notfallsituationen zu erbringen. Das Modul "Erste Hilfe"/ "Notfallmedizin" wird hinsichtlich der Lernorganisation in der "Konzeption von Blended Learning" (Kapitel 6.2.4) ergänzt. Das Blended-Learning-Konzept weist ein Mischungsverhältnis von Präsenzunterricht, E-Learning und Praxisprojekten auf, in denen auf die didaktischen Modelle des GKDM zurückgegriffen wird. Das Modul ist in Submodule entsprechend der Kompetenzentwicklung gegliedert; die Empfehlungen zur Lernorganisation können für Lehrer/ Trainer und

Lerner bei der Planung und Organisation des Moduls hilfreich sein. Für die Evaluation des Moduls ist das Inventar zur Lernkontrolle von H.-D. Haller (Tabelle 50) zu empfehlen.

6.2 Lernorganisation und neuere Entwicklungen der Didaktik als Beitrag zur Europäisierung der Pflegeausbildung

Auf der Suche nach geeigneten Ausbildungs- und Lernstrategien zur weiteren Harmonisierung bzw. Angleichung der Krankenpflegeausbildung in den Mitgliedsländern der EU einerseits und unter Beachtung der Interdependenz der Grundelemente eines Curriculums (Lernziele, Lerninhalte, Lernorganisation und Evaluation) andererseits (vgl. Kapitel 3.1.2, Abbildung 2) ist die Lernorganisation Gegenstand des folgenden Kapitels. K.-H. Flechsig und H.-D. Haller (1975) erklären und grenzen insofern den Begriff zur Unterrichtsmethode ab, „daß man unter ‚Lernorganisation‘ die Herstellung jener Lernbedingungen zu verstehen hat, von denen man erwartet, daß sie die gewünschten Lernwirkungen bei den Adressaten herbeiführen" (S. 187). Es handelt sich um Tätigkeiten, die bei der Planung und Gestaltung von Unterrichtseinheiten ausgeführt werden, und die auf der D-Ebene des didaktischen Handelns liegen (Mesoebene) (vgl. Tabelle 21, Anhang).

Auf welcher Bildungsebene das Lernen zu organisieren ist und stattfinden soll, wird von äußeren Faktoren beeinflusst (vgl. Kapitel 5.2.1; 5.2.3), während innerhalb des Bezugssystems der Lernorganisation sowohl Lernaufgaben und Lehr- und Lernformen (in der Studie dominant unter der Kategorie „Didaktisch-methodische Hinweise“), als auch Lernkontrollen und Leistungsmessung enthalten sind (vgl. Kapitel 5.2.6).

In diesem Abschnitt werden die didaktischen Modelle von K.-H. Flechsig (1983; 1991) sowie die Überlegungen zur didaktischen Vielfalt des E-Learnings von H.-D. Haller (2002; 2005; 2006) wie auch Blended Learning als eine Form der Lernorganisation vorgestellt. Dabei soll herausgearbeitet werden, welche Lehr- und Lernarrangements für den Lerner optimal sind, um mit deren Hilfe das Endergebnis der Krankenpflegeausbildung, die verlangte Fachkompetenz, zu erreichen. An dem konkreten Beispiel des Moduls „Erste Hilfe“/ „Notfallmedizin" wird Blended Learning als ein konzeptioneller Ansatz für die Planung und Organisation der Lernsituationen vorgestellt. Des Weiteren wird auf Lernvoraussetzungen wie z.B. Lernstile wie auch vorhandene mediale Kompetenzen sowie auf institutionelle und personelle Rahmenbedingungen unter dem Aspekt des multimedialen Lernens Bezug genommen. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Krankenpflegeausbildung im tertiären Bildungsbereich angesiedelt ist und die Lerner den Abschluss auf dem Niveau des Bachelor bzw. als Hochschuldiplom erlangen (vgl. Kapitel 5.2.1; Tabelle 39, Anhang).

Es sei darauf hingewiesen, dass für das Ziel einer europäischen Pflegeausbildung in diesen Überlegungen zur Lernorganisation wesentliche Impulse enthalten sind. Die Vielfalt von Lehren didaktischer Modelle und Lernen (Lernstile), die hier zum Ausdruck kommt, entspricht der genannten Devise von der „Einheit in der Vielfalt“ und mit E-Learning werden Kommunikations- und auch Kooperationsansätze im transnationalen und transkulturellen Maßstab eingeleitet.

6.2.1 Begründungs- und Bezugsrahmen

Im Kontext der zunehmenden Veränderungen der Arbeitsmarktsituationen in Europa und der Einflussnahme auf Krankenpflegeleistungen, auf Qualitätsanspruch der Patienten wie auch auf die Krankenpflegeausbildung, ist die Wechselwirkung zwischen nationaler und europäischer Ebene nicht zu verkennen bzw. keineswegs unterzubewerten, denn das Leben und Arbeiten der Menschen wird zunehmend durch die Ländergemeinschaft der EU geprägt. Die Globalisierungsprozesse begründen die Notwendigkeit, das Lernen auf europäischer Ebene zu organisieren und zu gestalten, ohne kulturelle Unterschiede und nationale Besonderheiten zu missachten.

Des Weiteren ist der Tatsache Rechnung zu tragen, dass Voraussetzung für den Erwerb der beruflichen Kompetenz nach Einschätzung des Beratenden Ausschusses der Europäischen Kommission von 1998²¹⁷ zur Situation der Krankenpflegeausbildung in den EU-Ländern ist, das Zugangs- und Bildungsniveau der Auszubildenden anzuheben. Diese Kompetenz schließt auch ein, die neuen Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) zu beherrschen, denn sie sind Voraussetzung für die Nutzung des E-Learnings, was bedeutet, dass der Erwerb der digitalen Kompetenz im Studium bzw. in der Ausbildung zu gewährleisten ist. Dieser Anspruch wird durch das "eLearning"-Programm²¹⁸ sowie die Erklärung von Bologna²¹⁹ bekräftigt und begründet die Aktivitäten wie, multimediales Lernen zu fördern, Europas Bildungs- und Ausbildungssysteme an eine auf Wissen basierte Wirtschaft²²⁰ auszurichten sowie ein einheitliches europäisches Hochschulsystem bis 2010 zu schaffen.

Die Ergebnisse einer Befragung zu E-Learning an Hochschulen²²¹ zeichnen ein deutliches Bild der "eUniversity 2011", und Experten prognostizieren eine starke Zunahme von neuen computergestützten Lernformen an Hochschulen, an denen virtuelle Lerner-, „Communities“ große Bedeutung erlangen sowie die Erstellung von virtuellen Lexika (Wikis). Des Weiteren wird eingeschätzt, dass die Hochschulen im Jahr 2011 ebenso auf die Präsenzlehre bauen und Computer und Internet eher als Ergänzung der Lehrveranstaltungen ansehen (vgl. Kompetenzzentrum eLearning Niedersachsen 2006²²²), so dass anzunehmen ist, dass es eine virtuelle Präsenzhochschule im größeren Umfang auch in Zukunft nicht geben wird, sondern nach Reinmann-Rothmeier (2003) zunehmend Hybridformen gefordert werden, bei denen neue Medien

²¹⁷ Quelle: Europäische Kommission Generaldirektion XV. Dokument: XV/D/8506/98/DE, Brüssel, 18.11.1998.

²¹⁸ Entscheidung Nr. 2318/2003/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 5. Dezember 2003 über ein Mehrjahresprogramm (2004-2006) für die wirksame Integration von Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) in die Systeme der allgemeinen und beruflichen Bildung in Europa (Programm „eLearning“). Das europäische eLearning-Programm geht auf die Initiative der Europäischen Kommission zurück (Tagung von Lissabon im Mai 2000) und umfasst vier Aktionsbereiche: 1. Förderung der digitalen Kompetenz, 2. Europäische virtuelle Hochschulen, 3. Internet-Partnerschaften und 4. Querschnittsmaßnahmen (Bereichsübergreifende Maßnahmen wie Übernahme bewährter Verfahren und Austausch von eLearning-Produkten, Zusammenarbeit verschiedener Akteure etc. (vgl. Artikel 3; Beschreibung im Anhang).

²¹⁹ Bologna Erklärung, u.a. europaweiter Einsatz von lernförderlichen Lehr- und Lernarrangements, netzbasierte Lernpartnerschaften, vergleichbare Leistungssysteme (ECTS) etc. (vgl. Kapitel 5.2) (vgl. Abbildung 6, Anhang).

²²⁰ Empfehlung des Europäischen Parlaments und des Rates vom 18. Dezember 2006 zu Schlüsselkompetenzen für lebensbegleitendes Lernen (2006/962/EG). Der Referenzrahmen umfasst acht Schlüsselkompetenzen, die Grundfertigkeiten wie Sprechen, Lesen und Schreiben, Rechnen und Informations- und Kommunikationstechnologie (IKT) einschließen und Voraussetzung für das Lernen sind (u.a. Computerkompetenz, Lernkompetenz). Des Weiteren beinhalten die Schlüsselkompetenzen wesentliche Merkmale wie kritisches Denken, Kreativität, Initiative, Problemlösung, Risikobewertung, Entscheidungsfindung und konstruktiver Umgang mit Gefühlen (Amtsblatt der Europäischen Union L 394/DE vom 30.12.2006, Anhang).

²²¹ MMB-Experten-Befragung "Learning-Delphi für Hochschulen 2006", an der sich 52 Hochschul- und E-Learning-Experten aus Deutschland, Österreich und der Schweiz beteiligt haben.

²²² MMB-Institut für Medien- und Kompetenzforschung.

mit traditionellen Lehr- und Lernarrangements zusammengeführt werden, d.h. „Man setzt auf ‚Blended Learning‘“ (S. 17).

Da der Wissensverfall sich zeitlich immer mehr verkürzt, aber demgegenüber der Wissensumfang erheblich zunimmt, bedeutet dies für das Lernen, sich auf das Wesentliche zu konzentrieren und solche Lehr- und Lernarrangements einzusetzen, die dem Lerner auch selbsttätig Wissenserwerb sowie ein das Leben begleitendes bzw. lebenslanges Lernen ermöglichen. Ein Weg dahin führt über das multimediale Lernen, denn traditionelle Lehr- und Lernformen allein im Unterricht einzusetzen, genügt heute nicht mehr dem Anspruch und dem Tempo des wissenschaftlichen technischen Fortschritts; zum anderen werden gegenüber der klassischen Vorlesung solche Phänomene wie Passivität, Fremdsteuerung der Lernenden sowie „träges“ Wissen (vgl. Kapitel 1.2) möglichst vermieden.

Im Hinblick darauf, dass eine kurzfristige Einsetzbarkeit der Studienabsolventen (ohne lange Einarbeitungszeiten in das Tätigkeitsfeld) anzustreben ist, sollte die Wissensaneignung des Lernstoffes auf der Basis von Handlungsorientierung erfolgen, was didaktisch eine nachhaltige Wirkung in sich birgt, insbesondere unter Beachtung emotionaler Aspekte (vgl. Abbildung 4). Verdeutlicht wird der Emotionseffekt in der folgenden Klassifikation.

Tabelle 45: Klassifikation lernrelevanter Emotionen

		Positiv	Negativ
	<i>prozessbezogen</i>	Lernfreude	Langeweile
aufgabenbezogen	<i>prospektiv</i>	Hoffnung Vorfreude	Angst Hoffnungslosigkeit
	<i>retrospektiv</i>	Ergebnisfreude Erleichterung Stolz	Traurigkeit Enttäuschung Scham/Schuld
sozial		Dankbarkeit Empathie Bewunderung Sympathie/Liebe	Ärger Neid Verachtung Antipathie/Haß

aus: Pekrun/ Schiefele 1996, S. 164

In der Klassifikation werden die Lern- und Leistungsmotivationen nach ihren Inhalten geordnet und positive von negativen und aufgabenbezogene von sozialen Emotionen differenziert. Darüber hinaus wird noch verdeutlicht, ob es sich jeweils um eine prozessbezogene, prospektive oder retrospektive Emotion handelt. Wird aber nach Lern- und Leistungsfolgen klassifiziert, so unterscheiden sich positiv valent erlebte Emotionen von negativ valent erlebten Emotionen; erfolgt eine Ausdifferenzierung im Bereich der negativen Emotionen, so ist festzuhalten, dass sie einerseits zum Handeln motivieren (aktivierende negative Emotion, z.B. Angst) und zum anderen aber auch zu Nicht-Handeln bzw. Handlungswechsel motivieren (deaktivierende negative Emotion,

z.B. Langeweile) (vgl. Pekrun/ Schiefele 1996) (vgl. Kapitel 3.1.5, Abbildung 4). Die Emotionswirkung auf Lernleistungen lässt sich nach Horst Siebert (1996) wie folgt zusammenfassen: Emotionen bestimmen darüber, ob gelernt wird, zu welchem Zeitpunkt und mit wem, sie beeinflussen aber auch die Intensität und Nachhaltigkeit des Lernens, und sie steuern "die Aufmerksamkeit und die Erinnerung, sie sind der 'Leim' unseres Erfahrungswissens und der 'Filter' unseres Erkennens" (S. 7).

6.2.2 Didaktische Modelle

Seit Comenius ist in der Didaktik immer wieder der Versuch unternommen worden, verschiedene Grundformen und Prinzipien des Lehrens und Lernens zu erstellen. Eine einheitliche Systematik, die gewissermaßen als „State of the art“ im Fach gelten könnte, gibt es nicht. Comenius sprach von Prinzipien, später wurde der Begriff der Lehr- und Unterrichtsmethoden verwendet. Welche Problematik einer fachlichen Einteilung besteht, zeigt sich deutlich an dem Vorschlag von Wiechmann u.a. (2005): Lehr- und Lernformen werden hier differenziert in *lehrer geleitete Formen* (z.B. Frontalunterricht, Entdeckendes Lernen, Situiertes Lernen), *lehrermoderierte Formen* (z.B. Gruppenarbeit, Simulation, Projektunterricht, Werkstattarbeit, Fallstudie) und *autonome Formen* (z.B. Praktika, Projektarbeit, Tutoring, Computergestütztes Training). Hier geht es tatsächlich durcheinander, so ist beispielsweise der Frontalunterricht als eine Unterrichtsmethode zu betrachten. Man kann auch von einem didaktischen Modell sprechen, wozu später Ausführungen kommen werden. Entdeckendes Lernen hingegen ist ein didaktisches Prinzip. Gruppenarbeit wiederum ist eine Sozialform zur Organisation von Unterricht. Wie hilflos die Didaktik gegenüber einer klaren fachlichen Einteilung ist, zeigt sich auch in den Begriffen „Lernarrangement“ und „Lernszenarien“, die in letzter Zeit in Mode gekommen sind. Man kann den Eindruck gewinnen, dass solche Begriffe die Klarheit einer systematischen Einteilung wieder aufheben sollen.

In der hier vorgelegten Arbeit wird zurückgegriffen auf die Arbeiten von K.-H. Flechsig, der mit dem Göttinger Katalog didaktischer Modelle einen systematischen Vorschlag zur Kategorisierung grundlegender Formen des organisierten Lehrens und Lernens vorgenommen hat. Auch wenn die hier analysierten Ausbildungsdokumente eine Vielfalt an Bezeichnungen für Lehr- und Lernformen vorlegen, die sich nicht in jedem Fall einem bestimmten der von Flechsig dokumentierten 20 didaktischen Modellen zuordnen lassen, soll dieser Katalog doch als Orientierungsrahmen hier eingeführt werden. Der „Göttinger Katalog didaktischer Modelle“ (GKDM) wurde seit 1975 von Karl-Heinz Flechsig und Mitarbeitern in verschiedenen institutionellen Kontexten der Universität Göttingen entwickelt²²³. Der Katalog enthält eine Sammlung und Systematisierung alternativer Grundformen des Lehrens und Lernens²²⁴, erfasst und klassifiziert die Vielfalt didaktischer und autodidaktischer Handlungsmöglichkeiten und ordnet sie nach 20 Grundmodellen, denen jeweils mehrere Varianten zugeordnet sind. Werden individuelle Lernstile sowie mögliche Lernwege des Lerners (z.B. „Wie gelernt werden soll?“) berücksichtigt, so lassen sich die 20 didaktischen Modelle in drei Typen differenzieren und es ergibt sich folgendes Bild:

²²³ Inzwischen wird er im Kontext eines Vereins fortgeführt, s. www.gkdm.de.

²²⁴ im Griechischen „didaskhein“, bezeichnet sowohl das Lehren als auch das Lernen.

Darlegendes, erklärendes, expósitorisches Lernen	Aufgabenorientiertes Lernen	Entdeckendes Lernen
Disputation	Arbeitsunterricht	Kleingruppen-Lerngespräch
Fernunterricht	Erkundung	Lerndialog
Frontalunterricht	Fallmethode	Lernkonferenz
Individualisierter Programmierter Unterricht	Famulatur	Lernnetzwerk
Individueller Lernplatz	Lernkabinett	Lernprojekt
Lernausstellung	Tutorium	Simulation
Vorlesung		Werkstattseminar

(vgl. Abbildung 12: Interlacing in Blended Learning, Anhang)

So wird nach Gordon Pask z.B. der „unsichere“ Serialist unter den Lernertypen eher darlegendes, erklärendes Lernen bevorzugen und sich weniger auf eine „Entdeckungsreise“ einlassen (vgl. Lernstile). Aufgabenorientiertes sowie entdeckendes Lernen ist selbstgesteuertem Lernen implizit, so dass Lernen mit neuen Medien dem Lerner eigenständiges Lernen an beliebigen Orten ermöglicht (vgl. Vorzüge von E-Learning).

Der Begriff „didaktisches Modell“ charakterisiert die Ebene der Rekonstruktion und Beschreibung mittlerer Reichweite, grenzt somit den Begriff „didaktische Methode“ aus und entspricht auch nicht dem Typus der „Kategorialmodelle“ der Didaktik. Flechsig (1983) greift bei der Frage des Modellbegriffs auf Salzmann zurück, der vier Ebenen didaktischer Modellbildung²²⁵ unterscheidet. Danach ist der "Göttinger Katalog" auf der mesodidaktischen Ebene – Modelle von Unterrichtseinheiten – angesiedelt. „Als ‚Kategorialmodelle‘ bezeichnet Salzmann ‚Modellvorstellungen von sehr allgemeiner Art‘, die als ‚übergeordneter Bezugsrahmen in alle Modellkonstruktionen konkreter Art‘ (a.a.O., S. 267) eingehen. Als Beispiel nennt er das ‚sog. Berliner Kategoriensystem (HEIMANN/ SCHULZ)‘ (a.a.O. S. 266)“ (Flechsig 1983, S. 73).

Die Modellbildung des Göttinger Katalogs auf der mesodidaktischen Ebene – der Rekonstruktion von Unterrichtswirklichkeit – vorzunehmen, erweist sich für die Einbindung der didaktischen Modelle in curriculare Konzeptionen als vorteilhaft, da auf der Meso-Ebene Teilqualifikationen formuliert und Empfehlungen für die Gestaltung der Lehr- und Lernsituationen gegeben werden (vgl. Kapitel 3.1.5; vgl. Modul „Erste Hilfe“/„Notfallmedizin“, Tabelle 20, Anhang).

In der Beschreibung der 20 Grundmodelle des GKDM²²⁶ sind wesentliche Informationen enthalten, die für die Gestaltung modellhafter Unterrichtskonzepte notwendig und bei der jeweiligen Auswahl des didaktischen Modells in Bezug auf Zielgruppe, Kompetenz- und Wissensbereich sowie Gestaltung von Lernumgebungen und Lernaufgaben hilfreich sind (vgl. Tabelle 46, Anhang; Haller Webdidaktik 2006, S. 4 passim).

Für die Beurteilung der Anwendbarkeit der verschiedenen didaktischen Modelle, d.h. für die Modellauswahl im Kontext von Lehr- und Lernsituationen, liegen 15 Prüfkriterien in einem mit

²²⁵ Modellebenen nach Salzmann: Elementmodelle, Modelle von Unterrichtseinheiten, Typusmodelle und Kategorialmodelle (vgl. Flechsig 1983, S. 70f).

²²⁶ GKDM: Göttinger Katalog didaktischer Modelle (Flechsig 1983; 1991).

CEDID entwickelten didaktischen Design vor (vgl. Abbildung 9, Anhang). Diese Prüfkriterien beinhalten Aussagen über vorhandene Voraussetzungen und erwünschte Anforderungen in Bezug auf die zu gestaltenden Lehr- und Lernkontexte. Die Prüfkriterien beziehen sich auf

- das durchschnittliche Vorwissen der Lernenden in der Zielgruppe,
 - die durchschnittlichen Erfahrungen der Lernenden dieser Zielgruppe mit unterschiedlichen Lehr- und Lernformen,
 - die Fähigkeit der Lernenden zu selbsttätigem Lernen,
 - die Abkömmlichkeit der Lernenden von ihrem Arbeitsplatz,
 - die Konformität zwischen Lernumgebung und dem Praxisbereich,
 - die didaktische Qualifikation der Lernhelfer/innen,
 - die Verfügbarkeit über Medien und andere Hilfsmittel,
 - die Möglichkeit, Lernzeit in größere Blöcke zu gliedern,
 - die Kurs-Festlegung durch Lernerfolgsnachweise,
 - den Grad des zu vermittelnden Orientierungswissens,
 - den Grad des zu vermittelnden Handlungswissens,
 - den Grad des zu vermittelnden Deutungswissens,
 - die Anforderungen an den Kurs/ Unterricht, inwieweit diese unter dem Aspekt der Anpassung an veränderte Verhältnisse wichtig sind,
 - die Anforderungen an den Kurs/ Unterricht, inwieweit diese in Bezug auf eine Vorwegnahme (antizipatorisches Lernen) gestellt sind,
 - die Anforderungen an den Kurs/ Unterricht, inwieweit diese an die Entwicklung der Persönlichkeit und der Selbstkompetenz der Lernenden gestellt sind
- (vgl. Haller, Webdidaktik Designparameter, 2006).

Des Weiteren liegt für die Bewertung für jedes der 20 didaktischen Modelle ein Anforderungsprofil vor, welches eine Ordinalskala mit den Bezeichnungen „sehr hoch“, „einigermaßen hoch“, „eher gering“, „sehr gering“ enthält. Das Programm überprüft die Übereinstimmung bzw. Abweichungen zwischen den Eingaben und dem Profil und gibt Empfehlungen über die Anwendbarkeit des betreffenden didaktischen Modells in dem gegebenen Kontext (vgl. Haller, Webdidaktik Designparameter, 2006).

Die Beschreibung eines didaktischen Modells ist wie folgt strukturiert: Definition, Gestaltung der Lernumgebung, Lernaufgaben, Rolle der Lerner und Lernhelfer, Varianten, didaktische Prinzipien und Phasen (vgl. Modellkatalog). Die Elemente (Lerner, Lernumgebung, Lernaufgaben) und Phasen werden zueinander in Beziehung gesetzt, z.B. Arbeitsunterricht, Erkundung, Fallmethode, Simulation u.a. didaktische Modelle.

Dem Lehren und Lernen (vgl. Haller 2006) sind insbesondere zugeordnet:

- *Lernformen* auf der Basis von Lerntheorien wie Lernen durch „Einsicht“, „Imitation“ (Modell-Lernen), „Verstärkung“ und „Erfahrung“ (Deduktion, Induktion, trial-and-error),
- *Verhaltensformen* wie „(psycho-)motorisch“, „affektiv“ und „kognitiv“ sowie
- *Wissensformen* wie „Orientierungswissen“, „Handlungswissen“, „Erklärungswissen“ und „Quellenwissen“

(vgl. CEDID 2003) (vgl. Modul „Erste Hilfe“/„Notfallmedizin“: Lernen am Phantom, Simulator, Problemfälle) (vgl. didaktisches Modell: Famulatur „Modell-Lernen“) (vgl. „Erfahrungskegel“ Kapitel 6.2.3).

6.2.3 E-Learning und didaktische Vielfalt

Mit E-Learning²²⁷ wurde eine grundlegend neue Form der Lern- bzw. Studienorganisation eingeführt, denn durch den Einsatz von digitalen Medien kann sich der Anteil an "Selbststudium" wesentlich erhöhen und dem Lernenden sind neue Möglichkeiten für den individuellen Wissenserwerb gegeben. Aber für ein Mehr an selbständiger und selbstverantwortlicher Tätigkeit des Lernenden im institutionalisierten Lernprozess sind auch Grenzen gesetzt, und für H.-D. Haller (1980) gilt der allgemeine Grundsatz: „Nicht immer und überall und zu jedem Zeitpunkt wird sich das Mehr an Selbsttätigkeit begründet realisieren lassen" (S. 52). So ist z.B. das Lernen im tertiären Bildungsbereich im Vergleich zur allgemeinen Schulbildung oder zur berufsbildenden Ebene eher durch forschendes Lernen geprägt, so dass selbständiges und eigenverantwortliches Lernen der Studierenden eine höhere Gewichtung erfährt. Differenziert wird die Nutzung von E-Learning auch bleiben, denn nicht jeder Inhalt ist „online“ geeignet und auch nicht alle Lernziele sind durch E-Learning besser zu erreichen. Des Weiteren erfordert E-Learning entsprechende Voraussetzungen für den Umgang mit digitalen Medien und insbesondere die Berücksichtigung individueller Lernereigenschaften (Lernstile). Zu erwarten ist, dass E-Learning als Anteil im so genannten Blended Learning eingeht – Mischungen zwischen Präsenzlehre, E-Learning und Praxisprojekten. E-Learning basiert auf unterschiedlichen Technologien und wird in unterschiedlichen didaktischen Szenarien eingesetzt (bisher zumeist auf Inhalte bezogen und weniger lernerorientiert). E-Learning ist der Oberbegriff für alle Formen des digital-medialen Lernens sowohl mit lokal installierter Software im Computer als auch über das Internet. Relevant sind im Kontext dieser Arbeit insbesondere Computer Based Training (CBT)²²⁸, Web Based Training (WBT)²²⁹ und E-Tutoring²³⁰ sowie Blended Learning²³¹.

CEDID²³² ("Computer-ergänztetes didaktisches Design") ist ein Softwaresystem, das im Zusammenhang mit dem „Göttinger Katalog didaktischer Modelle“ seit 1989 entstanden ist, später

²²⁷ Electronic learning (engl.): Elektronisch unterstütztes Lernen, ermöglicht dem Lerner, unter Einsatz der Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) selbständig Lerninhalte zu erarbeiten. Synonym wird E-Learning auch für Lernen mit neuen Medien verwendet.

²²⁸ Computer Based Training oder Offline-Lernen bezeichnet Lernprogramme, die zumeist multimediale Lerninhalte aufweisen und direkt am Computer bearbeitet werden können (ohne Internetanschluss), sie liegen zumeist als CD-ROM oder DVD vor. Beim CBT steht im Vordergrund das Selbststudium und ist i.d.R. nicht tutoriell besetzt; Kommunikation ist evt. asynchron möglich.

²²⁹ Web Based Training oder Online-Lernen ist eine Weiterentwicklung des CBT mit Netzanschluss. Es ermöglicht das Online-Lernen, denn Lerneinheiten werden von einem Webserver mittels Internet oder Intranet aufgerufen und Kommunikation und Interaktion des Lernenden mit Dozenten/ Tutor bzw. Mitlernern kann über E-Mails, News, Chats und Diskussionsforen erfolgen, d.h. hier kann gemeinschaftlich gelernt werden.

²³⁰ Tutoren sind Lehrpersonen und Studenten, die beim multimedialen Lernen die Bezugspersonen bzw. Ansprechpartner für die Studierenden sind.

²³¹ Blended Learning oder hybrides Lernen ist eine Kombination von verschiedenen Lernformen und ist immer mit E-Learning verknüpft (vgl. Kapitel 6.2.4).

²³² CEDID (2003) („Computer-ergänztetes didaktisches Design“) wird auch als Kompetenz-Performanz-Konzept verstanden und mit Hilfe des Operationsbezugs wurde das Modul „Erste Hilfe“/„Notfallmedizin“ (Tabellen 19 und 20, Anhang) entwickelt.

als CEWID²³³ („Computer-ergänzttes Wissens-Design“) bezeichnet. CEWID ist ein auf Wissen basiertes tätigkeitsunterstützendes System, auf dessen Grundlage die Wissensbestände den Lehrenden und Lernenden zur Planung, Dokumentierung und Evaluierung von Lehrveranstaltungen verfügbar gemacht werden. Das System ist so gestaltet, dass mit CEWID eine Abgrenzung zwischen operativem Wissen (eher serialistisch angeordnet) und Hintergrundwissen (vor allem den holistischen Bedürfnissen entgegenkommend) erreicht wird (vgl. Haller Webdidaktik 2006). Die didaktische Vielfalt der Modelle einerseits und die Berücksichtigung des individuellen Lernstils andererseits eröffnet dem Lerner die Möglichkeit, ggf. auch seine speziell gewünschten Lernbedingungen vorzufinden.

Der Begriff "didaktisches Design"²³⁴ wurde von K.-H. Flechsig (1975; 1987; 1990) schon in den 70iger Jahren eingeführt, und zwar in Anlehnung an den angelsächsischen Begriff „instructional design“. Instructional Design beschreibt K.-H. Flechsig (1997) als eine gewisse Methode von Produktion oder Entwicklung für pädagogische Handlungen, und unter dem Prozessaspekt betrachtet, unterscheidet es sich von anderen Methoden der Produktion, was im folgenden Zitat verdeutlicht wird.

„Instructional design according to our understanding is not just a synonym or a variation of educational technology. It reaches beyond this stage of industrialized production of educational settings in the following ways:

1. It is not restricted to one learning culture only, but borrows from many ‘pedagogies’ and sciences (‘pluralism’) (Reigelut 1996).
2. It reaches beyond the narrow scope of developing relatively isolated ‘culture-free’ items (e.g., learning units) by thoroughly analyzing the (cultural, personal, ecological, etc.) contexts into which the units are embedded, a characteristic that may be called ‘contextuality’ (Jencks, 1975).
3. It makes an integration of any mode of production (‘integration’). The products delivered by this mode of production have open-ended structures, so that they leave space for self-directed learning by the final ‘users’ – that is, learners and falcitiators (‘evolution’)” (Flechsig 1997, S. 28) (vgl. Flechsig 3/1994).

Didaktisches Design beschreibt ein Grundkonzept für didaktisches Handeln, und zwar in einer Verbindung von Wissen und Intuition. Die mit CEDID durchführbaren Operationen sind in folgende Grundoperationen gegliedert: Kontextanalyse, Programm-Design, Modellauswahl, Kurs-Design, Block-Design, Fertigung, Erprobung, Evaluierung. CEDID wurde weiterentwickelt und die Tätigkeiten sind neu gegliedert in

- Orientierung,
- Kontextanalyse (Analysen zu Kulturbereich, Zielgruppe, Organisation, Ressourcen, Vorgaben, Anforderungen),

²³³ CEWID („Computer-ergänzttes Wissens-Design“) ist eine Software zur Entwicklung tätigkeitsunterstützender wissensbasierter Systeme.

²³⁴ „didaktisches Design“: K.-H. Flechsig unterscheidet fünf Ebenen des didaktischen Designs und deren Interdependenz: System-Ebene, Programm-Ebene, Veranstaltungs- oder Kurs-Ebene, Block-Ebene, Phasen-Ebene; didaktisches Design ist in vorausgehenden Stufen integriert und bringt in der Folge eine neue Stufe didaktischer Entwicklung hervor (vgl. Flechsig 1987, S. 5, 10). K.-H. Flechsig definiert „didaktisches Design“ als einen „Prozeß, der die Gestaltung von Lernumgebungen zum Ziel hat, die angepaßt sind an Lerner (*Zielgruppe*), Aufgaben (*Anforderungen*), Ressourcen und Bezugssystem, und bei dem didaktisches Expertenwissen genutzt wird. Ein didaktisches Design ist aber auch das Produkt eines solchen Prozesses, also die gestaltete Lernumgebung und der Organisationsplan der in ihr stattfindenden Lerntätigkeit“ (1990, S. 31).

- Wissensbereich (Kompetenzen, übergeordnetem Programm) (vgl. Operationsbezug, Tabelle 18),
- Standardentwurf (bezogen auf Kompetenzen, Lernaufgaben, Gliederung, Tätigkeit, Lernumgebung, Lernkontrolle) (vgl. Abbildung 10: Lernumgebung in der Fallmethode, Anhang),
- Modellauswahl (vgl. Modellauswahl, Abbildung 9, Anhang),
- modelltypischer Entwurf (Ausgestaltung entsprechend den gewählten didaktischen Modellen),
- Entwurf-Evaluierung,
- Umsetzungsplanung,
- Durchführung,
- Ergebnissicherung.

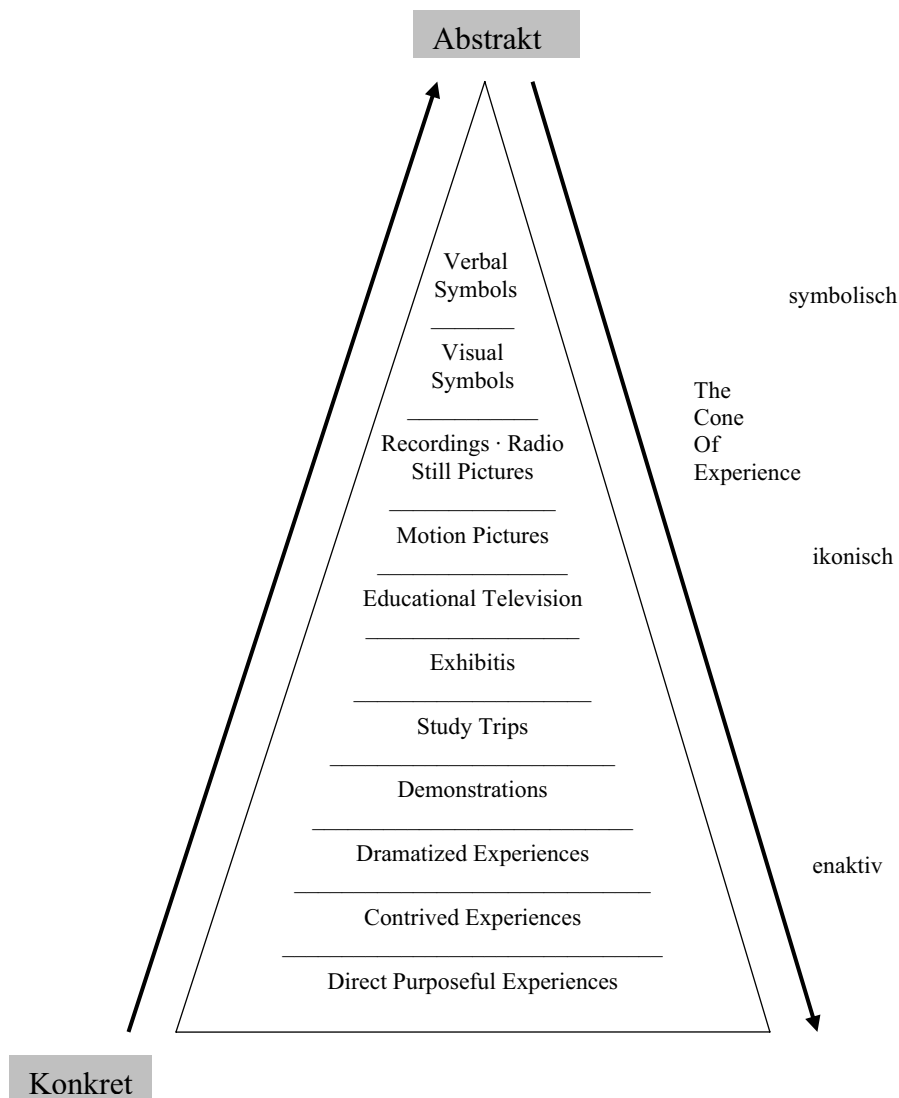
Neben Texten und Datenbanken gehören zu den darstellbaren Komponenten auch Bild- und Tondokumente. Nach Auffassung von H.-D. Haller ist die in CEWID am weitesten entwickelte Applikation das computer-ergänzte didaktische Design (CEDID 2003) auf der Grundlage des „Göttinger Katalog didaktischer Modelle“ (vgl. Haller, Webdidaktik 2006) (vgl. Tabelle 47, Anhang).

Flehsig/ Haller konstatieren: „Multimediale Didaktik zielt auf vielseitige Erfahrungsmöglichkeiten, differenzierte Wahrnehmungs- und Handlungsmuster und damit auf eine Integration von Lernen und Leben ab“ (1975, S. 301).

So veranschaulicht der „Erfahrungskegel“ — eine Klassifikation für Unterrichtsmedien — die drei Arten der Repräsentation von Realsituationen: Simulation, Abbildung und Symbole. Jerome S. Bruner (1974) hat dem Erfahrungskegel drei Dimensionen des Lernens – enaktiv, ikonisch und symbolisch – hinzugefügt; so wurden hier zwei Theorien zusammengebracht, bei denen es fließende Übergänge der Dimensionen oder Repräsentanten gibt. Bruner (1974) geht der Frage nach, was es bedeutet, „Erfahrung in ein Modell von der Welt zu übertragen?“ (S. 16). Er ist der Annahme, dass Menschen dies durch die drei Repräsentationsformen „enaktiv“, „ikonisch“ und „symbolisch“ leisten. Bruner (1974) definiert die Repräsentationsmodi wie folgt:

„Ikonische Repräsentation unterliegt grundsätzlich Organisationsprinzipien sinnlicher Wahrnehmung und nach ökonomischen Gesichtspunkten ablaufenden Transformationen sinnlicher Wahrnehmung, (...), d.h. Verfahren der Auffüllung (filling in), Vervollständigung (completing) und Extrapolation. Enaktive Repräsentation beruht anscheinend auf einem Erlernen von Reaktionen (responses) oder von Angewohnheiten. [Und symbolisch die] Repräsentation in Worten oder Sprache. (...). Symbole (Wörter) sind willkürlich (...) – sie sind in ihrer Bedeutung variabel und fast immer sehr ergiebig oder fruchtbar in dem Sinne, daß eine Sprache oder irgendein Symbolsystem Regeln für die Bildung und Umformung von Sätzen hat, welche Sachverhalte umfrisieren können, mehr als dies durch Handlungen oder Bilder möglich wäre. Zum Beispiel erlaubt es uns eine Sprache, regelrechte Transformationen von Sätzen vorzunehmen, die auf höchst überraschende Weise (neue) brauchbare Aussagen ergeben.“ (S. 17).

Die folgende Übersicht visualisiert den Daleschen Erfahrungskegel in einer Vielfalt an Medien in Bezug auf Lehren und Lernen und ergänzend hierzu Bruners Unterscheidung von enaktiven, ikonischen und symbolischen Dimensionen des Lernens.



(nach: E. Dale, Audiovisual Methods in Teaching. New York usw. (The Dryden Press / Holt, Rinehart and Wiston, Inc.) 3. Aufl. 1969, S. 107). Quelle: Flechsig/ Haller 1975; S. 211.
 Jerome S. Bruner: Entwurf einer Unterrichtslehre. Verlag Schwann 1974, S. 16f.

Im Verlauf der drei Repräsentationsebenen von der Basis zur Spitze des Kegels ist eine zunehmende Abstraktion zu verzeichnen, d.h. bei der Simulation z.B. sind relativ viele Elemente der Realsituation eingeblendet, während bis zur symbolischen Repräsentation immer weniger Elemente der Realsituation enthalten sind. An einigen Beispielen wird deutlich, dass durch den Einsatz entsprechender Medien bzw. didaktischer Modelle in Lehrveranstaltungen die Intensität von „Erfahrungen“ auch steuerbar ist; anders ausgedrückt: Je konkreter die Realsituation in der Lehrveranstaltung gegeben ist, umso einprägsamer und nachhaltiger ist die Erfahrung, die gemacht wird und so an die erlebte Situation immer wieder anknüpft (vgl. Motivation und Emotionseffekte, Tabelle 45).

Die wesentlichen Elemente bzw. Komponenten des Lehr- und Lernsystems sind in diesem Kontext wie folgt charakterisiert:

Der Lerner verkörpert in seiner Rolle die zentrale Bezugsfigur des didaktischen Designs und steht in einer Grundbeziehung zur Lernumgebung (Lehrer, Berater, Bücher, Lernort). Die Lernumgebung

wiederum steht im Mittelpunkt des Designs und muss Gestalt und Bedeutung für den Lerner erhalten, um den Sinn des Lernens für den Lerner (Warum und wofür gelernt werden soll?) erkennbar zu machen. K.-H. Flechsig (1990) konstatiert, „diesen Sinn und diese Bedeutung liefert die ‚Aufgabe‘. Sie ist in jeder Form didaktischen Handelns erkennbar, und sei es auch nur als Prüfungsaufgabe“ (S. 25), z.B. für die Prüfung lernen. Die Komponenten stehen in Beziehung zueinander und sind eingebettet in Bezugssysteme, die wiederum als Träger des Lehr- und Lernsystems fungieren.

Geht man der Frage nach, was die Vielfältigkeit der Didaktik durch die drei Komponenten charakterisiert, so ist anzunehmen, dass es einerseits die Mischung dieser Komponenten und deren Interdependenz ist, dargestellt im didaktischen Dreieck, und zum anderen die didaktische Vielfalt der Modelle oder Muster, die für die Praxisgestaltung erforderlich sind. Diese Vielfältigkeit vereint in sich die inhaltlichen Anforderungen (d.h. eine große Unterschiedlichkeit der zu erwerbenden Kompetenzen und des zu erlernenden Wissens) und die Vielfältigkeit der individuellen Muster von Lernenden (d.h. eine große Unterschiedlichkeit der Personen, ihrer Eigentümlichkeiten, Interessen und Motive) (vgl. Haller, Webdidaktik 2006) im Kontext mit der Lernumgebung. So ist das Aufgabenverständnis des Lernenden in einer Wechselwirkung zwischen Kompetenz und seinem subjektiven Bestreben und den objektiven Anforderungen geprägt. Der Aufgabenbezug zur Lernumgebung reflektiert eine Wechselbeziehung zwischen der Sache und ihrem Sinn (vgl. Flechsig 1990).

Die Auswahl des didaktischen Modells wird m.E. davon abhängig sein, welche inhaltlichen Anforderungen für den Wissens- bzw. Kompetenzerwerb gestellt sind und welches Medium für das Erlernen des Stoffes am besten geeignet ist, den Bezug zur Wirklichkeit herzustellen bzw. abzubilden. So treten die drei Repräsentationsmodi (Bruner 1974) an die Stelle von Wirklichkeit und bilden ein zentrales Element jeder Lernumgebung und jedes didaktischen Designs. In Bezug zu E-Learning ist ihre Bedeutung darin zu sehen, dass der Lernende aufgrund seines individuellen Lernstils die für ihn geeignete Repräsentationsform vorfinden kann – Simulation von Wirklichkeit (enaktiv); bildhafte Elemente, stellvertretend für einen Gegenstand (ikonisch); Elemente in Worten und Zeichen (symbolisch) – abgebildet durch das jeweilige didaktische Modell (GKDM) und durch solche computerunterstützten Lernsysteme (serialistisch, holistisch), die lernerorientiert sind.

Simulation, d.h. Lernen in simulierten Wirklichkeiten, ist z.B. dort angebracht, wo Lehren und Lernen in realen Situationen mit einem sehr großen Risiko (persönlich, finanziell) verbunden ist, was folgende Beispiele verdeutlichen: Planspiele beim Militär, Flugsimulatoren, Fahrtrainer, Simulationstraining als Abwehrtechniken bei Aggression und Gewalt, Einsatz von Simulatoren in der Medizin wie z.B. „Sim-Man“ in der Notfallmedizin, „Harvey“ zur simulierten Darstellung von Herz und Kreislauf etc.

Die didaktischen Modelle weisen unterschiedliche Handlungsmuster auf und ihre Vielfalt ist im Kontext von Lernstilen und Lernaufgaben einerseits und Lernumgebungen andererseits auszugestalten. Ausgehend von dem Aspekt, dass ein bestimmter Lernstil zu bestimmten Lernumgebungen und Lernaufgaben besser passt als zu anderen, ist es für den Lerner wichtig, seinen Lernstil herauszufinden, was mit Hilfe von Lernstilanalysen möglich ist.

Über Lernstile als individuelle Komponenten des Lernens sind in der Literatur unterschiedliche Modelle beschrieben worden, und die Autoren vertreten unterschiedliche Ansätze. Neben dem Begriff „Lernstil“ wird auch häufig „Lernstrategie“²³⁵ verwendet. Im Kontext dieser Arbeit wird auf die Modelle von Gordon Pask und David A. Kolb Bezug genommen.

Das Modell von Pask geht von einem dualistischen Ansatz aus und unterscheidet nach der Methode des Entwicklungsverlaufs in Bezug auf Abstraktionen und Erfahrungen zwischen Holisten (interferieren zwischen Konkretem und Abstraktem), Serialisten (gelangen sukzessive aus Konkretem zu Abstraktem) sowie Versatilen (Mischform). Im Hinblick auf den Einsatz computerunterstützter Lernsysteme ist festzustellen, dass Serialisten kaum in der Lage sind, mit holistisch konzipierten Programmen umzugehen, während Holisten eher problemlos (aber gewissermaßen gelangweilt) mit serialistischen Programmen umgehen können (vgl. Haller 1987; Webdidaktik 2006), was für die Gestaltung von E-Learning-Programmen immense Bedeutung hat. Für den Lerner bedeutet dies, dass sein individueller Lernstil zu berücksichtigen ist, um Lernerfolg und Lernleistung zu erreichen (vgl. Emotionseffekte, Tabelle 45).

Das Modell von Kolb geht von einem Erfahrungsmodell des Lernens aus. Mit Bezug auf Intelligenz- und Kreativitätsforschung sowie das Assimilations-/ Akkomodationsmodell von Piaget mit den 4 Grundkomponenten („Konkrete Erfahrung“, „Reflektiertes Beobachten“, „Abstrakte Begriffsbildung“ und „Aktives Experimentieren“), sodann klassifiziert zu 2 bipolaren Dimensionen, ergeben sich bei Kolb 4 Grundtypen:

- „Divergierer“ mit Neigungen zu „Konkreter Erfahrung“ und „Reflektiertem Beobachten“,
- „Assimilierer“ mit Neigungen zu „Reflektiertem Beobachten“ und „Abstrakter Begriffsbildung“,
- „Konvergierer“ mit Neigungen zu „Abstrakter Begriffsbildung“ und „Aktivem Experimentieren“,
- „Akkomodierer“ mit Neigungen zu „Aktivem Experimentieren“ und „Konkreter Erfahrung“

(vgl. Haller 1987; Webdidaktik 2006). Mit Hilfe der Lernstil-Diagnose²³⁶ kann der Lerner seinen persönlichen Lernstil selbst ermitteln.

Erfahrungen aus den USA mit dem Kolbschen Modell zeigen, dass es zum einen eine Affinität zu Studien- und Berufswahlen geben kann und zum anderen, dass zwischen Personen mit diametraler Position des Kolbschen Modells kognitive Konflikte auftreten können, die z.B. in Gruppenarbeiten zu Störungen führen können. Lernstil-Modelle reflektieren, dass Menschen unterschiedliche Lerngewohnheiten haben, andere Vorlieben und Abneigungen, andere Lernstrategien bevorzugen, andere kognitive Muster suchen. Die Berücksichtigung individueller Lernstile ist Ausdruck für eine personenbezogene Orientierung als Wertsetzung (vgl. Haller 1987; 2006).

Didaktische Modelle und deren Bezug zum E-Learning

Die 20 didaktischen Modelle des „Göttinger Katalogs“ wurden von H.-D. Haller in Bezug zum E-Learning gesetzt und in einer Übersicht zusammengefasst dargestellt (vgl. Tabelle 47, Anhang;

²³⁵ Nach R.R. Schmeck (1983) ist eine Abgrenzung der Begriffe folgendermaßen: „Lernstrategie“ charakterisiert verschiedene Vorgehensweisen in der Strukturierung und Abfolge von Lernprozessen, „Lernstil“ ist die von einer bestimmten Person bevorzugte bzw. ausgeführte Strategie (vgl. Haller 1987, S. 6).

²³⁶ Lernstil-Diagnose: Auf der Grundlage des Lernstil-Inventars, das auf dem Modell von D. Kolb basiert, kann der persönliche Lernstil ermittelt werden. Online: <http://www.blinc-eu.org/> [Datum des Zugriffs: 13.06.2006].

Haller, Webdidaktik 2006). Die Besonderheit des E-Learnings zeigt sich in der Vielfalt von Handlungsmustern in verschiedenen Lehr- und Lerntätigkeiten sowie der Ausdehnung der Lernumgebung auf das Internet (z.B. Ideensuche, Beispielsuche für die gegebenen Lernaufgaben, Ergebnispräsentation etc.). Der Bezug zum E-Learning ermöglicht es, tiefer in die didaktischen Modelle einzudringen, um so das Lernpotenzial optimaler nutzen zu können. Als Beispiele hierfür sind insbesondere die folgenden didaktischen Modelle zu nennen: Arbeitsunterricht, Erkundung, Fallmethode, Individualisierter Programmierter Unterricht, Lerndialog, Simulation.

Hans-Dieter Haller (2005, 2006) beschreibt E-Learning in Hybrid-Lösungen und erklärt, dass E-Learning im Kontext des „Göttinger Katalog didaktischer Modelle“ nicht als ein eigenständiges didaktisches Modell zu verstehen ist, sondern als Trägersystem für die Medien und als Liefersystem („delivery system“) für den Informationsfluss fungiert. Er führt weiterhin aus, dass konkrete Lehr-/Lernformen und Lerntätigkeiten sich nicht beliebig auf diesem System abspielen lassen, so dass diese Eigentümlichkeiten des Systems möglicherweise zu Restriktionen führen können. Daraus folgend ist eine Hybrid-Technik oder Blended Learning in der Nutzung des E-Learnings als einer Kombination mit anderen Lernformen, wie es der sog. Keller-Plan darstellt, in dem Kurse mit verschiedenen Aktionsformen gestaltet sind, empfehlenswert. Es sind Vorlesungen – Tutorien – selbst-instruktionales Begleitmaterial – kleine Tests – indirekte Beratung – Lerndialoge, woraus sich ein „stetiger Fluss von Informationsaufnahme, -verarbeitung und -kontrolle in verschiedenen didaktischen Handlungsformen“ (Haller, Webdidaktik 2006, S. 35) ergibt.

„Didaktische Vielfalt“ zeichnet sich ab

- in der Nutzung des „Göttinger Katalog didaktischer Modelle“ als CEDID, CEWID,
- in Trainingsangeboten für Lerner, Lerngruppen u.a.,
- in der historischen, kulturellen und interindividuellen Diversität wie beim Erwerb spezifischer Kompetenzen, Lernvoraussetzungen etc.,
- in der Berücksichtigung der Lernstile nach Pask (holistisch, serialistisch),
- durch Lernstilanalysen und individuell gestaltete Lernumgebungen günstigere Bedingungen für den einzelnen Lerner (Kolb), was dem Lerner die Möglichkeit eröffnet, ggf. seine Lernbedingungen vorzufinden,
- in der Beachtung verschiedener Wissensarten, wie z.B. Handlungswissen, Deutungswissen oder Orientierungswissen.

Zur Einführung und Implementierung von E-Learning ist im Vorfeld eine didaktische Evaluation zum Zweck der Beschreibung des Vorhabens, der Bewertung, aber auch von Entscheidungen zu Maßnahmen, die im Zusammenhang mit E-Learning stehen, sinnvoll. In „Evaluating eLearning“ (Abbildung 11, Anhang) sind als Beispiel grundlegende Begriffe der Evaluation dargestellt (vgl. Haller, Webdidaktik 2006; Webportal www.blinc.eu.org. [Datum des Zugriffs: 13.06.2006]).

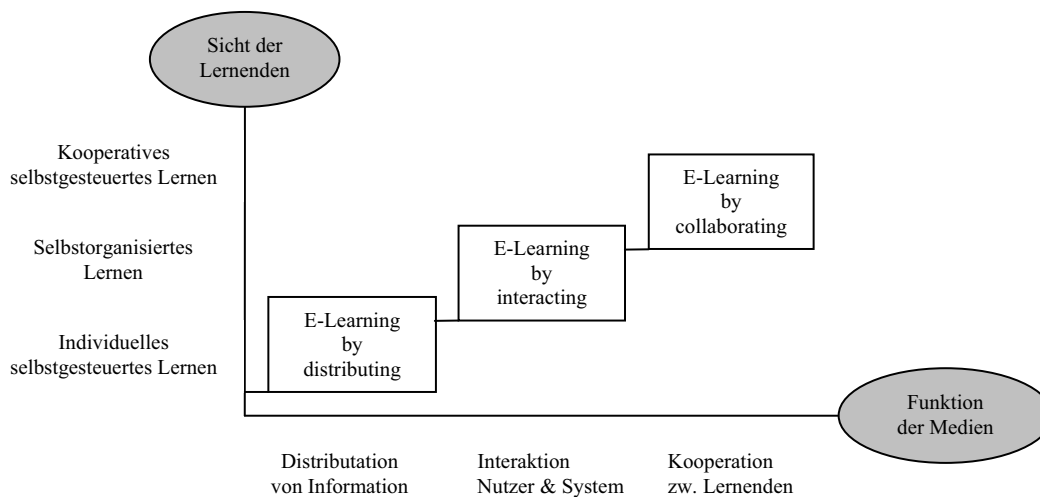
6.2.4 Blended Learning

Blended Learning oder hybrides Lernen wird als eine Kombination von verschiedenen Lernformen verstanden und ist immer mit E-Learning verknüpft. Direkt übersetzt heißt Blended Learning

„vermischtes Lernen“. Im angloamerikanischen Raum gibt es für Blended Learning auch andere Bezeichnungen wie „Distributed Learning“ (Verteiltes Lernen), „Integrated Learning“ (auf verschiedenen Ebenen aufeinander abgestimmt und miteinander in einem gemeinsamen Konzept verbunden), „Flexible Learning“ (Anpassung in verschiedenen Kontextbedingungen, z.B. Lehr-/ Lernziele, Lerninhalte, Zielgruppen) und „Hybrid Teaching“ (Synonyme im deutschen Sprachraum: „Hybride Lernarrangements“ bzw. „hybrides Lernen“) (vgl. Reimann-Rothmeier 2003) (vgl. Haller 2006, Kapitel 6.2.3). Hybride Lernarrangements stellen auch die Beziehung zwischen Aneignung, Verarbeitung und Kontrolle von Wissen und in diesem Kontext von Technik in Form von E-Learning her; hybride Lernsettings gab es auch schon in Verbindung von Präsenzlehre und selbstorganisiertem Lernen (z.B. Gruppenarbeit, Projekte) oder auf Lehrbücher gestütztes Lernen in Verbindung mit Hausaufgaben und deren Kontrolle. Offen bleibt jedoch, wie eine Kombination der Elemente im Blended Learning aussehen soll bzw. nach welchen Kriterien eine Auswahl zu treffen ist. Vgl. hierzu „Interlacing Blended Learning“ (Abbildung 12, Anhang) und „Blended Learning design matrix“, ein Konstruktionsdesign zu Entscheidungen über Planung und Verteilung von Präsenz, E-Learning und Praxisprojekten.

E-Learning als die ergänzende Komponente zur Präsenzlehre in Blended Learning weist verschiedene Varianten auf, zum einen in Konstellation zur Sichtweise des Lernenden und zum anderen zur Funktion der Medien, was nachfolgend grafisch dargestellt wird.

Abbildung 13: E-Learning – Varianten



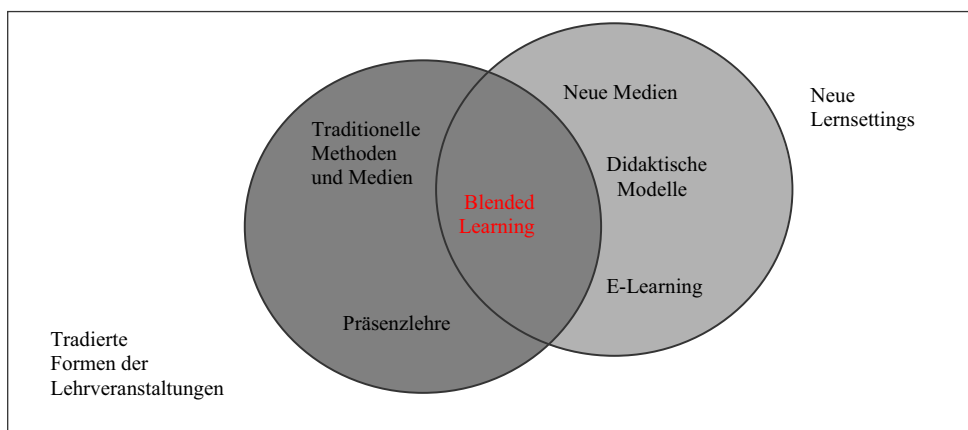
Quelle: Reinmann-Rothmeier (2003, S. 33), modifiziert: Behrendt (2006)

Die drei Lernvarianten mit neuen Medien bedingen für die Gestaltung der E-Learning-Umgebung unterschiedliche Anforderungen sowie Voraussetzungen an Beteiligte und Betroffene im Lernprozess. Beim *individualisierten selbstgesteuerten Lernen* ist eine Beratung oder die Anwesenheit eines Tutors nicht erforderlich, denn der Lerner ist in der Lage, sein Lernen selbst zu gestalten, vorausgesetzt, dass er/ sie den Anforderungen an E-Learning (hohe Selbst- und Medienkompetenz) gerecht wird. *Interaktives Lernen* kann vom Lerner zwar selbst organisiert

werden, aber Berater oder Tutor sind ggf. erforderlich, um die Interaktivität beim Lernen didaktisch zu unterstützen bzw. sie zwischen Nutzer und System zu steuern. Beim *kollaborierten Lernen* ist trotz Selbststeuerung durch den Lerner ein Moderator oder ein Coach unbedingt notwendig, der das kooperative Lernen initiiert, moderiert und ggf. Hilfestellung gibt, so dass für alle Beteiligten das Lernen effizient verläuft, z.B. Lernkonferenz mittels Whiteboard²³⁷ (vgl. Haller 2006). Des Weiteren muss sich durch die Form des E-Learnings die Qualität der Lehrveranstaltung erheblich verbessern, um den Aufwand zu rechtfertigen, aber auch die autodidaktische Kompetenz des Einzelnen verbessern.

Mit Blended Learning in Lernarrangements ist die Vorstellung verbunden, dass eine bestimmte Menge an Lehr- und Lernformen für eine konkrete Lehrveranstaltung zusammengeführt und durch verschiedene Lernszenarien der konkrete Ablauf gesteuert wird, was beim web-basierten Studium noch eine besondere Bedeutung erlangt; visualisiert in Abbildung 11: E-Learning-Varianten (distributed learning, collaborative learning). Didaktische Modelle²³⁸ beinhalten Lehr- und Lernfunktionen (vgl. Kapitel 6.2.2), kompensieren neue Medien, und als Besonderheit stellen sie einen Bezug zum E-Learning her, was neue Lernsettings wie z.B. E-Learning-Umgebung bedingt. Nachfolgend ist die Position von Blended Learning in Lernarrangements visualisiert.

Abbildung 14: Position von Blended Learning in Lernarrangements



Quelle: In Weiterentwicklung von Köhne (2005, S. 7)

In der Abbildung wird noch einmal verdeutlicht, dass Blended Learning als eine Kombination von Präsenzlehre und E-Learning verstanden wird. Um mit Blended Learning optimale Lernbedingungen und -ergebnisse (Lernziel oder Kompetenz einer Bildungsmaßnahme) zu erreichen, sind jeweils die Vorzüge der Präsenzlehre wie auch des E-Learnings zu nutzen und deren Nachteile auszugleichen bzw. zu vermeiden. Durch Blended Learning wird eine neue Qualität von Lernen erreicht, denn zwei unterschiedliche Lernformen werden zu einer Neuen kombiniert, zu einer qualitativ besseren Lernform zusammengefügt. Die jeweiligen Anteile können inhaltlich wie auch zeitlich variiert werden. Blended Learning ist als ein übergreifendes integratives Lernkonzept

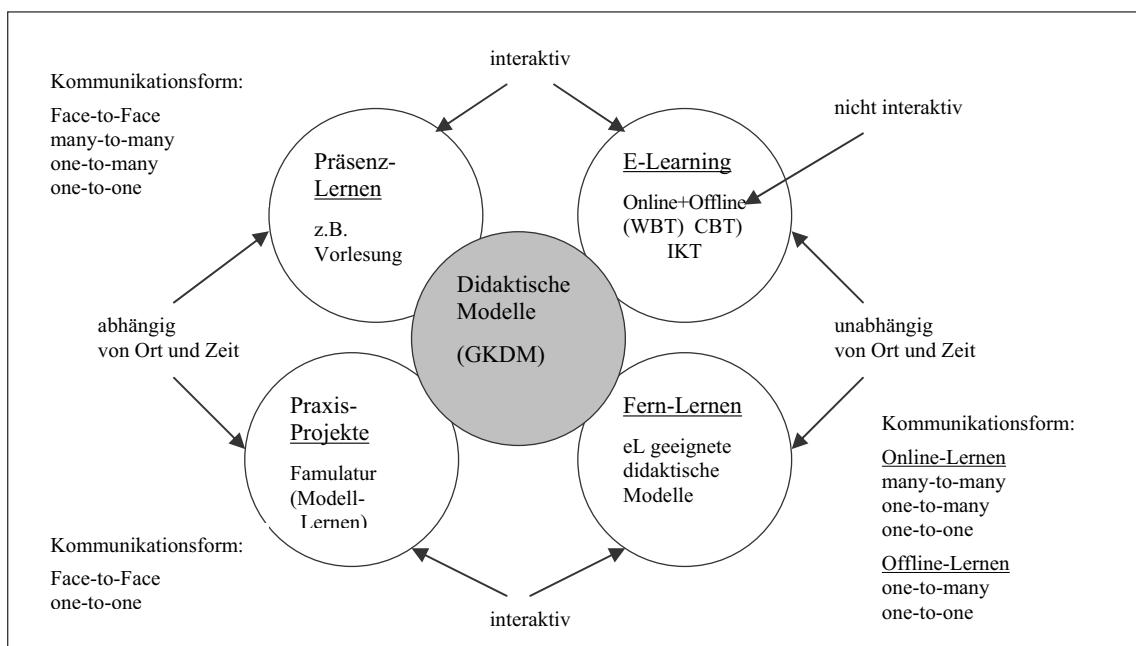
²³⁷ Virtuelle Wandtafel, an der einzelne Lerner von unterschiedlichen Orten aus gleichzeitig agieren können.

²³⁸ GKDM: Göttinger Katalog didaktischer Modelle (Flechsig 1983; 1991).

zu verstehen. Blended Learning hat eine Redundanz der traditionellen Präsenzlehre zur Folge und zwar um den Anteil, der durch E-Learning unterstützt wird. Das kann mengenmäßig sehr viel sein, aber auch nur wenig, und ist zum einen abhängig von den Faktoren, die den Einsatz von E-Learning erst ermöglichen (institutionelle Bedingungen, Kostenfrage, Voraussetzungen der Studierenden, Tutorium etc.); zum anderen von dem zu vermittelnden Wissen bzw. Wissenserwerb, verbunden mit der Kardinalfrage, für welche Lernarrangements in den vorgesehenen Lehrveranstaltungen Blended Learning geeignet ist, zu welchen Anteilen und in welchem Umfang. Tradierte Formen der Lehrveranstaltungen treten in den Hintergrund bzw. werden durch neue Lernsettings ersetzt, denn diese beinhalten die Gestaltung der E-Learning-Umgebung und berücksichtigen für den Lernprozess die Lernvoraussetzungen (mediale Voraussetzungen, Verständigung, Selbstlernkompetenz, Motivation, Interessen etc.). Als drittes Element wird auch auf Praxisprojekte verwiesen, d.h. Lerntätigkeiten von längerer Dauer in Ausübung beruflicher Praxis. Nach den didaktischen Modellen könnte man auch von Famulatur sprechen, wenn in den Praxisprojekten eine enge Verbindung zu einem Berufspraktiker besteht.

In der folgenden Abbildung wird der Frage nachgegangen, wie Lern-Varianten und Didaktische Modelle (GKDM) diesem Kontext zuzuordnen sind.

Abbildung 15: Lern-Varianten und Didaktische Modelle (GKDM)²³⁹



Quelle: In Weiterentwicklung von Köhne (2005, S. 8)

E-Learning, das durch IKT²⁴⁰ unterstützt wird, ermöglicht *Offline-Lernen* oder Computer Based Training (CBT) und als Medienträger dienen Television (TV), CD-ROM, Videos, DVD etc. Beim Offline-Lernen ist keine interaktive Kommunikation gegeben, sie ist evt. asynchron möglich. Beim *Online-Lernen* oder Web Based Training (WBT), bei dem netzbasierte Software bzw.

²³⁹ GKDM: Göttinger Katalog didaktischer Modelle (Flehsig 1983; 1996).

²⁴⁰ IKT: Informations- und Kommunikationstechnologie.

Lernprogramme, Tutorium, Chats, E-Mails etc. eingesetzt werden, ist interaktive Kommunikation möglich. E-Learning ist unabhängig von Ort und Zeit und bietet internationale Lernmöglichkeiten, Kooperation von Projekten sowie Erfahrungsaustausch.

Der mögliche Lerngewinn mit Medien ist begründet zum einen in Teamarbeit (was auch der Bologna-Erklärung zur Förderung von teamorientierten Lernen entspricht), denn sie kann detailliert geplant, entwickelt und sogar erprobt werden, so dass ein etwaiger Lehrwert abzuschätzen ist; zum anderen in der Repräsentation von Realsituationen. Zur Schaffung von konkreten Lehr- und Lernsituationen nehmen innere und äußere Faktoren auf die Steuerung des Lernprozesses Einfluss; im weitesten Sinne gefasst gehören hierzu die entsprechenden Rahmenbedingungen (rechtlich, institutionell, personell) und im engeren Sinn sind es sowohl die individuellen Lernervoraussetzungen als auch die Qualifikation des Lehrpersonals, die wesentlich die Auswahl und Herstellung von Lehr- und Lernarrangements, denen die "Didaktischen Modelle" implizit sind, beeinflussen, sei es hinsichtlich des erfahrungsbezogenen oder des multimedialen Lernens. Nach K.-H. Flechsig (1987) soll computergestütztes Design in der Hochschulausbildung sich durch Praxisnähe und Handlungsbezug auszeichnen und soll zugleich motivationssteigernd sowohl für die Studierenden als auch für das Lehrpersonal sein.

E-Learning bietet eine Vielzahl an Vorzügen, die sich insbesondere gegenüber den traditionellen Lehr- und Lernformen abzeichnen und im Blended Learning die Präsenzlehre ideal ergänzen können. E-Learning weist auch Nachteile auf, aber zunehmend weniger, denn über Kenntnisse im Umgang mit Computer und Internet²⁴¹ verfügen heute wesentlich mehr Lernende bzw. Studierende als es noch vor wenigen Jahren der Fall war; prognostiziert wird, dass die Zahl noch ansteigend ist (vgl. Studie zur "eUniversity 2011").

Die Vorzüge und Nachteile von E-Learning sind nachfolgend visualisiert.

Vorzüge von E-Learning	Mögliche Nachteile von E-Learning
<ul style="list-style-type: none"> - Zeitsparend - Reproduzierbar - Standardisierbar - Kontrollierte Lernschritte - Praxisnahes Lernen - Interaktives Lernen - Einsatz von Simulatoren - Anpassen an Lernerbedürfnisse - Individualisierte Lernkontrollen - Online-Lernen, ortsunabhängig 	<ul style="list-style-type: none"> - Gefahr des isolierten Lernens - Aufwendige und teure Erstellung von "Content"-Entwicklung - Mediales Lernen erst erlernen - Lehrpersonen für E-Learning erst qualifizieren

²⁴¹ Zugänge zum Internet 2002 in % in Haushalten der EU-Länder sind wie folgt verteilt: EU 40,4. Höchstwerte sind zu verzeichnen in Niederlande 65,5; Dänemark 64,5; Schweden 64,2; Luxemburg 55,0. Über dem EU-Durchschnitt liegend sind noch Länder zu nennen wie Österreich 49,1; Irland 47,9; Vereinigtes Königreich 45,0; Deutschland 43,7; Belgien 40,9. Unter dem EU-Durchschnitt liegen Länder wie Frankreich 35,5; Italien 35,4; Portugal 30,8; Spanien 29,5; Griechenland 9,2. Quelle: Statistisches Bundesamt, Europäische Union 2003. Online-Recherche. [Datum des Zugriffs: 07.08.2006].

Die genannten Vorzüge und Nachteile von E-Learning sind z.T. auch Ergebnisse des eL3-Projekts, die auf dem Webportal von „blinc“²⁴² dargestellt sind. Alles in allem ist festzustellen, dass beim Einsatz von E-Learning auf der Grundlage vorausgehender Analysen in besonderem Maße zu berücksichtigen sind:

- Die *Lernervoraussetzungen und -bedürfnisse* (Zielgruppenanalyse) wie Vorwissen, Erfahrungen, die Fähigkeit zum selbsttätigen Lernen, Lernstile, Selbstkompetenzen,
- *das zu vermittelnde Wissen* (Wissensanalyse) wie Expertenwissen, Anpassung an veränderte Verhältnisse, antizipatorisches Wissen, Orientierungs-, Erklärungs-, Deutungs- bzw. Handlungswissen, Entwicklung von Selbstkompetenz und Problemlösungsstrategien; z.B. in Bezug auf Kenntnisse in Anatomie/ Physiologie/ Pathophysiologie für den Erwerb von Expertenwissen für Erste Hilfe/ Notfallmedizin (vgl. Tabelle 20, Anhang),
- die *Entwicklung von Fähigkeiten und Können* (Kompetenzanalyse) in Bezug auf Sachkompetenzen (berufsspezifische bzw. berufsübergreifende Kompetenzen, Schlüsselqualifikationen), Sozialkompetenzen (kommunikative Kompetenz, Teamfähigkeit, Empathie, Konflikt- und Beratungskompetenz), Selbstkompetenzen (Selbstbestimmung und -regulierung, autodidaktische Kompetenzen, Reflexionskompetenz) und Methodenkompetenz (mentale Vorgehensweise),
- die *Rahmenbedingungen* (Anforderungsanalyse) zur Bestimmung der personellen (E-Tutoren), technischen und organisatorischen (webbasierte Bildungsangebote, digitale Lernmaterialien), didaktischen (Lehr- und Lernformen) sowie ökonomischen (Kosten) Bedingungen in Bezug auf Funktionalität, Bereitstellung und Gewährleistung von Hard- und Software, Supportstrukturen, Verantwortlichkeiten, Ressourcen,
- die *Inhalte* in austauschbaren und wieder verwendbaren Formaten (Nachhaltigkeit),
- die *Qualifizierung der Lehrenden und Lernenden* zum Erwerb der digitalen Kompetenz (E-Kompetenzen²⁴³),
- die *ökonomischen Aspekte* (vgl. Finanzierung: Kostenanalyse) sowie
- die Bestimmung von *Umfang und Komplexität des multimedialen Lernens* (E-Learning, Blended Learning).

Weiterführende Angaben zum Einsatz von E-Learning und Blended Learning Design sind enthalten

- in den 15 Prüfkriterien über vorhandene Voraussetzungen und erwünschte Anforderungen in Bezug auf die zu gestaltenden Lehr- und Lernkontexte (vgl. Kapitel 6.2.2);
- in der Kontextanalyse der Beschreibungsparameter (Kategorien) für didaktisches Design (vgl. Haller, Webdidaktik 2006);

²⁴² blinc (Blended Learning Institutions' Cooperative) ist die Dachorganisation eines transnationalen Netzwerks von Entwicklern, Experten und Anwendern von Blended Learning-Produkten und Dienstleistungen; blinc wurde im Rahmen des geförderten EU-Projekts „eL3“ entwickelt und dient als Kooperative und virtueller Marktplatz. „eL3“ ist das Akronym für „eLearning Project Cluster for Third System Organisations in Europe“ – es ist ein Netzwerk, bestehend aus verschiedenen Organisationen aus dem europäischen Gesundheits-, Bildungs- und Sozialwesen. Die Netzwerkarbeit der Genossenschaft blinc wurde im November 2005 mit 40 Vertretern aus 12 Ländern in Marseille im Rahmen einer europäischen Konferenz zur Verbreitung und Valorisierung offiziell eröffnet. Die Aktivitäten erstrecken sich u.a. auf die Entwicklung von Blended Learning Design (Matrix) im Kontext mit Lernstilen und didaktischen Modellen für eL-Anwendungen (GKDM). Die didaktischen Empfehlungen und Leitlinien sollen für Autoren, die mit einem Blended Learning-Ansatz arbeiten, dabei hilfreich sein (<http://www.blinc-eu.org> [Datum des letzten Zugriffs: 03.04.2007]).

²⁴³ Technische Kompetenzen sind bezogen auf die konkrete Lehr- und Lerntätigkeit an Hochschulen. Sie umfassen: Grundkenntnisse in der Nutzung des Internets, Online-Recherchetechniken, Informationsverwaltung auf dem Computer, Datenschutz und Datensicherung, Beherrschung des E-Mail-Systems, Kenntnis und Nutzung von Diskussionsforen, Plattformen und Videokonferenztechnik. Voraussetzung dafür ist die tägliche Nutzung des Computers als zentrales Arbeitsgerät (Empfehlungen der DINI-Arbeitsgemeinschaft „E-Kompetenzen“ 2004. Online- Recherche. [Datum des Zugriffs: 12.01.2007].

- in den Konstruktionen für Entscheidungen und Planung zur Verteilung des Blended Learning Designs.

Die wesentlichen Kriterien wurden auch als Schlüsselfragen im „Inventar für Entscheidungsträger für eine E-Learning- oder Blended Learning-Maßnahme“ zugrunde gelegt (vgl. Tabelle 48, Anhang).

Konzeptionelle Ansätze von Blended Learning

Es gibt unterschiedliche Modelle von Blended Learning und Umfang bzw. Länge der einzelnen Phasen ist von den Inhalten, den Lernerbedürfnissen und den organisatorischen Aspekten abhängig. Die Abfolge von Onlinephasen und Präsenzphasen kann verschieden sein, auch die Wiederholungen der einzelnen Phasen sowie der Zeitintervall wie z.B. O – P – O oder P – O – P – O; die Dauer muss nicht für jede Phase gleich lang sein (vgl. Köhne 2005, S. 75). Werden diese Modelle durch Praxisprojekte als eine dritte Lernvariante ergänzt und insofern der Handlungsbereich des Lernprozesses im Theorie-Praxis-Transfer reflektiert, ergibt es folgendes Bild:

Onlinephase	Präsenzphase	Praxisprojekte
Vermittlung von Informationen oder Aufgabenlösung, z.B. Faktenwissen	Erlertes Wissen reflektieren und Handlungen trainieren	Bewusstes Lernen (Interiorisieren)
Lösen von Fallbeispielen Diskussion von Themen oder Problemen	Austausch mit Dozenten Abschließende Betrachtung	Modell-Lernen (Famulatur) Vorbildrolle (Habitus) Informelles Lernen in der beruflichen Ausübung (Nachahmen)
Differenzierte Aufgaben in Vorbereitung auf die Lehrveranstaltung zur Anpassung des Wissensstandes einer heterogenen Zielgruppe	Teilnehmer/innen bei Seminarstart auf dem gleichen Wissensstand sind	

Oder in der Abfolge:

Präsenzphase	Onlinephase
Vermittlung von fachlich-inhaltlichen Kompetenzen z.B. Gesprächsführung	Nachbereitung und kontinuierliche Diskussion über: E-Mail Web-based tutorial e-book Simulation Whiteboard Chat

Abschließend ist die Frage nach einer Europäisierung der Pflegeausbildung mit Blended Learning m.E. wie folgt zu beantworten:

Voraussetzungen für die Einführung von Blended Learning sind gewährleistet durch

- gemeinsame Beschlüsse und Festlegungen der europäischen Länder zur weiteren Entwicklung des Hochschulsystems in allen Bereichen (Bologna-Erklärung: Bis zum Jahr 2010 einen

- einheitlichen europäischen Hochschulraum zu schaffen in dem E-Learning, geeignete Lehr- und Lernformen sowie Vergleichbarkeit der Abschlüsse garantiert sind),
- Hochschulimplementierung der Pflegeausbildung und somit die Inanspruchnahme der Anschubfinanzierung nach der Bologna-Erklärung,
 - statistisch hohen Anteil an Lehr- und Lernformen, die für E-Learning bzw. Blended Learning geeignet sind,
 - Qualifikation des Lehrpersonals als Hochschullehrende (Nachqualifizierung ist nicht erforderlich, sondern nur der Erwerb der technischen Kompetenzen bzw. E-Kompetenzen),
 - bereits bestehende EU-Projekte, Netzwerke und Kooperationsbeziehungen zwischen den EU-Ländern sowie Studentenaustausch (z.B. Erasmus), die für E-Learning die Basis zur Weiterführung und Ausbau europäischer Lerngemeinschaften, Kooperation von Projekten sowie Erfahrungsaustausch bieten,
 - gemeinsame Suche nach Lernstrategien bzw. geeigneten Lehr- und Lernformen sowie Evaluationskonzepten²⁴⁴,
 - Gemeinsamkeiten in Bezug auf den Einsatz didaktischer Modelle in der Pflegeausbildung.

An dem konkreten Beispiel des Moduls „Erste Hilfe“/ „Notfallmedizin“ wird Blended Learning als ein konzeptioneller Ansatz für die Planung und Organisation der Lernsituationen vorgestellt.

Tabelle 49: Konzeption von Blended Learning am Beispiel des Moduls „Erste Hilfe“/ „Notfallmedizin“ (Mischungsverhältnis)

Submodule	Präsenzunterricht (P)	E-Learning (O)	Praxisprojekte (PP) (Handlungsorientiert)
Propädeutikum: (1) Rechtsgrundlagen	<i>Vorlesung</i>	-	-
(2) Basismaßnahmen (3) Erweiterte Maßnahmen	<i>Vorlesung mit Demonstration und Übungen (HLW-Training am Phantom, Reanimation an Sim-Man²⁴⁵)</i>	<i>Simulation:</i> Kardiologischer Patientensimulator (Harvey ²⁴⁶) Puls, EKG	<i>Erkundung:</i> Differenzierte Praxisaufträge für die Normalpflege, Intensiv- und ambulante Pflege zur Bearbeitung einfacher Fälle
2. Studienjahr: Fresh up-Kurs I	<i>Lernkonferenz (Feedback) *Praxistraining (HLW)</i>	<i>Arbeitsunterricht:</i> Vorbereitung auf die Lernkonferenz, Fallbeispiele mit Lösungsansätzen	<i>Fallmethode:</i> Fallbearbeitung am konkreten Beispiel in der Praxis entsprechend dem klinischen Einsatz
3. Studienjahr: Fresh up-Kurs II	<i>Lernkonferenz (Feedback) *Praxistraining (HLW)</i>	<i>Tutorium:</i> Zur Vorbereitung auf die Bearbeitung komplexer Aufgaben mit problemlösendem Charakter	<i>Simulation:</i> Notfall- Situationstraining in der Praxis/ an Simulator und Phantom mit Bezug auf verschiedene problemlösende Fälle

*Praxistraining ist im Kontext von Wissen, Fertigkeiten und Einstellungen zur Überprüfung der Verhaltenseigenschaften (kognitiv, affektiv und psychomotorisch) in Bezug auf die jeweils zu erwartende Kompetenzstufe (vgl. Tabellen 19 und 20, Anhang) zu verstehen.

²⁴⁴ Bericht und Empfehlung des Beratenden Ausschusses der Europäischen Kommission zur verlangten Fachkompetenz (1998) (vgl. Quellenbezug Nr. 3, Anhang).

²⁴⁵ Sim-Man ist ein rechnergestütztes Simulationsprogramm für Reanimation.

²⁴⁶ Patientensimulator „Harvey“ ist eine Verflechtung von Anatomie/ Physiologie und E-Technik für mediales Lernen.

Zusammenfassend ergeben die Vorstellungen zum Mischungsverhältnis (Blended Learning Design) des Moduls „Erste Hilfe“/ „Notfallmedizin“ folgendes Bild:

Submodule	Phasen	Didaktische Modelle
Propädeutikum		
(1) Rechtsgrundlagen	P	Vorlesung
(2) Basismaßnahmen und		
(3) Erweiterte Maßnahmen	P-O-PP	Vorlesung – Simulation - Erkundung
2. Studienjahr:	O-P-PP	Arbeitsunterricht – Lernkonferenz – Fallmethode
3. Studienjahr:	P-O-PP	Lernkonferenz – Tutorium – Simulation (Notfall-Training)

Zur Interpretation:

Im **Propädeutikum** ist der Basiskurs des Moduls „Erste Hilfe“/ „Notfallmedizin“ vorgesehen mit dem höchsten Stundenanteil (vgl. Tabelle 20, Anhang).

Die (1) Rechtsgrundlagen werden im Rahmen einer Vorlesung vermittelt.

Die Vermittlung von (2) Basismaßnahmen und (3) erweiterten Maßnahmen ist in drei Phasen gegliedert:

Die erste Phase beinhaltet die Vorlesung mit Demonstration und Übungen am Phantom zur Herz-Lungen-Wiederbelebung (HLW-Training) sowie ein Simulationstraining für Reanimation an Sim-Man. Die zweite Phase ist durch E-Learning charakterisiert. Mit Hilfe des kardiologischen Patientensimulators (Harvey) können Puls- und EKG-Kontrollen durchgeführt werden; Normalwerte wie auch pathologische Werte werden über das Programm simuliert und aufgezeichnet. In der dritten Phase, dem Praxisprojekt, sind differenzierte Praxisaufträge zu erfüllen, deren Ergebnisse im Netz präsentiert werden sollen.

Im **2. Studienjahr** sind die Phasen wie folgt verteilt:

Die erste Phase beginnt mit E-Learning, d.h. es sind Fallbeispiele mit einfachen Lösungsansätzen zu bearbeiten, die in einer Lernkonferenz in der zweiten Phase vorgestellt und diskutiert werden können und eine Vorbereitung auf die dritte Phase bieten, in der eine Fallbearbeitung am konkreten Beispiel als Praxisprojekt folgen soll. Auch hier sollen die Ergebnisse ins Netz gestellt werden.

Im **3. Studienjahr** ist in der ersten Phase eine Lernkonferenz vorgesehen, in der eine Auswertung der Fallbearbeitung aus dem vorherigen Praxisprojekt sinnvoll erscheint. Die einzelnen Fälle können diskutiert und einer abschließenden Betrachtung durch die Lehrperson bzw. den Trainer unterzogen werden. In der zweiten Phase werden die Lernenden durch E-Tutoren in der Bearbeitung komplexer Aufgaben mit problemlösendem Charakter in Vorbereitung auf das Notfall-Situationstraining im Praxisprojekt unterstützt.

Inhaltlich ist eine Abgrenzung zwischen Pflege- und Medizinstudium erforderlich, denn für Medizinstudenten ist eine erweiterte spezifische Aufgabenstellung im Hinblick auf ihr künftiges Tätigkeitsfeld notwendig, d.h. das Modul ist diesbezüglich zu ergänzen.

Das Mischungsverhältnis, d.h. die Gestaltung des didaktischen Designs von Blended Learning, ist abhängig von

1. den Entscheidungen der Verantwortlichen für eine E-Learning- bzw. Blended Learning-Maßnahme (Metaebene) zu Vorgaben, Bereitstellung und Gewährleistung,

2. den Konstrukteuren des Blended Learning Designs (Mesoebene), d.h. deren didaktische und technische Kompetenzen für solch eine Maßnahme, und
3. den Lehrenden und Lernenden (Mikroebene), inwieweit sie die Voraussetzungen erfüllen, die Vielfältigkeit der didaktischen Modelle für eine adäquate Mischung von Repräsentationsmodi zu nutzen.

(vgl. die didaktischen Handlungsebenen Flechsig/ Haller 1975, Tabelle 21, Anhang)

Die einzelnen Entscheidungsebenen sind aufeinander zu beziehen und das Ergebnis ist jeweils geprägt von der Entscheidung, die auf der vorherigen Ebene getroffen worden ist. So kann ein Konstrukteur des Blended Learning Designs nur über die Mittel verfügen, die für die Einführung und den Erhalt von E-Learning bzw. Blended Learning durch die Entscheidungsträger genehmigt worden sind, wobei diese bei ihrer Entscheidung an die finanziellen Möglichkeiten sowie Profilierung ihrer Institution bzw. Hochschule gebunden sind. Sollen die Ausstattungskosten gering gehalten werden und mangelt es an technischen Kompetenzen der Lehrenden und Lernenden, so wird der traditionelle Präsenzunterricht einen entsprechend höheren Anteil an der Lehre gegenüber E-Learning einnehmen. Die Gestaltung der Lernsituationen auf der Mikroebene ist analog zu sehen. Die Festlegung der einzelnen Phasen und Dauer ist von den Lehrenden vorzunehmen, denn Lernervoraussetzungen und -bedürfnisse, zu erwerbende Kompetenzen, Lernumgebung und die zur Verfügung stehenden technischen Mittel sind zu berücksichtigen.

Im Rahmen der Evaluation sind jeweils am Ende der Studienjahre Tests bzw. ein Abschlusstest mit ständig steigendem Schwierigkeitsgrad zur Überprüfung der Lernergebnisse bzw. der jeweils zu erwarteten Kompetenzstufe vorgesehen (vgl. Tabellen 19 und 20, Anhang). Für Lernkontrollen in Blended Learning wurde von H.-D. Haller (Webdidaktik 2006; vgl. Tabelle 50, Anhang) ein Instrumentarium entwickelt, das Möglichkeiten der Evaluation darstellt. Eine curriculare Einbindung von Blended Learning-Modulen ist bei Einführung und Implementierung vorzunehmen.

Kosten

In der Fachliteratur liegen sehr differenzierte Ergebnisse zum Kosten-Nutzen-Verhältnis von E-Learning im Vergleich zu sonstigen Maßnahmen der Weiterbildung vor. Für typisches E-Learning würden Anreise, Übernachtung, Abwesenheitszeiten vom Arbeitsplatz etc. eingespart sein, beim Blended Learning kommen solche Kosten durch die Einbindung von Präsenztagen hinzu, allerdings gegenüber den typischen Präsenzweiterbildungen in geringerem Maße.

In Bezug auf die vorliegende Arbeit ist das Kosten-Nutzen-Verhältnis unter dem Aspekt der Hochschullehre zu betrachten, da für Studierende andere Rahmenbedingungen gelten, Zeit- und Kostenfaktoren, wie sie bei einer Weiterbildung für Unternehmen eine Rolle spielen, weniger relevant sind und entsprechend ausgeblendet werden. Nach Reinmann-Rothmeier (2003) ist das Kosten-Nutzen-Verhältnis nach ersten Erfahrungen mit Blended Learning tendenziell besser als beim alleinigen Einsatz von E-Learning.

Vor der Einführung und Implementierung einer E-Learning- bzw. Blended Learning-Maßnahme ist es sinnvoll, eine Kostenanalyse anzufertigen, um einer unvorhergesehenen Kostenexplosion entgegenzuwirken. Dabei sind Umfang und technische Ausstattung sowie das Profil der Hochschule

festzulegen (wie netz-basierte Lernumgebung, technische Infrastruktur, Marketing, internationale Anbindung, Nachhaltigkeit etc.). Es sind Analysen zu erstellen, die Aussagen treffen über Zielbestimmung, Lernvoraussetzungen, Kompetenzen, Finanzierung u.a. (vgl. Inventar für Entscheidungsträger, Tabelle 48, Anhang).

Die Kostenkalkulation umfasst:

- Anschaffungs- und Implementierungskosten (verbunden mit einem höheren Kostenaufwand),
- Hardware-Kosten (Lernplattform, E-Learning-Platz etc.),
- Kosten der technischen Administration,
- Personalkosten (Tutoren, Supportdienste),
- Kosten für den laufenden Betrieb,
- Kosten für nachhaltigen Nutzen (Bereitstellung und Gewährleistung).

Hinzu kommen noch Kosten für bauliche Maßnahmen und Raumausstattung. Nachfolgendes Zahlenmaterial soll eine Vorstellung von Kosten für E-Learning bzw. Blended Learning vermitteln. Je nach Nutzerzahl (institutionell, national, international) und Funktionsumfang können bei der Anschaffung einer Lernplattform bis zu 50.000 € anfallen (f-bb 2006²⁴⁷), bei einer Lernplattform mit begrenztem Funktionsumfang ab 10.000 € (Sauter/ Sauter 2002, S. 93). Entsprechend ihrer Ausstattung können Lernplattformen sehr viel teurer sein, wie folgende Beispiele zeigen:

- Basiskosten für Lizenzen und Implementierungskosten 250.000 €, dazu kommen Anpassungskosten sowie interne Planungs- und Managementaufwendung (Sauter/ Sauter 2002, S. 92) oder
- technische Plattform von 250.000 bis 500.000 € (Abicht/ Dubiel 2002, S. 137).

Nach Kerres (2001) ist bei der Kalkulation die Berechnung anhand der geschätzten Lernzeit üblich: 1 Stunde WBT oder CBT (ohne Produktionskosten von Video oder Simulation) kosten 20.000 bis 60.000 DM (ca. 10.226 bis 30.000 €) (S. 118). Issing (2002) schätzt die Kosten auf 12.500 bis 60.000 € (od. mehr) (S. 165). Daneben fallen Kosten an für

- Videoproduktion, Richtwerte von 2.000 DM bis 4.000 DM (ca. 1.023 € u. 2.045 €) pro Minute
- 3D Computeranimation bis zu 1.000 DM (ca. 511 €) pro Sekunde

(Kerres 2001, S.118) (aus: Koehne 2005, S. 59f; S. 65).

Die Einkaufspreise sind variabel, und für jedes weitere Jahr wird mit einem Aufschlag von ca. 4 % gerechnet. Damit die Finanzierung auch gewährleistet ist, kann die Einführung und Implementierung von Blended Learning zunächst mit relativ geringen Ressourcen begonnen und darauf aufbauend sukzessive auf einer höheren Stufe fortgesetzt werden (im Vergleich zum sog. Gießkannenprinzip vieler Fördermaßnahmen, bei denen die Nachhaltigkeit nicht immer gegeben ist). Die Kosten können durch Kooperation mit anderen Einrichtungen, national oder/ und international, aber auch durch Austausch von Software sowie gemeinsamen E-Learning-Projekten reduziert werden (vgl. Bologna-Erklärung; blinc).

²⁴⁷ <http://www.f-bb.de>. Online-Recherche [Datum des Zugriffs: 14.07.2006].

Es ist anzunehmen, dass der Nutzen von Blended Learning sich erst mittel- bis längerfristig zeigen wird, d.h. der Kostenaufwand wird sich erst im Verlauf von 3-5 Jahren amortisieren. Messwerte sind m.E. Lernerfolg und Leistungsergebnisse bei den Studierenden, die Voraussetzungen dafür sein können, dass die Studienabsolventen so befähigt sind, dass sie in ihrem künftigen Tätigkeitsbereich flexibel und ohne lange Einarbeitungszeiten eingesetzt werden können.

Didaktischer Mehrwert

Der Markt für E-Learning wächst stetig, immer mehr Unternehmen und Hochschulen setzen E-Learning mit der Intention ein, höhere Motivation, besseren Lernerfolg und flexibles Lernen unter möglichst günstigen Kostenaufwand zu erzielen. Dabei kommt es auf die Anforderungen an, die an die Lernenden gestellt werden, ob E-Learning oder eher Präsenzunterricht eingesetzt wird, wie es schon an anderer Stelle beschrieben ist, auch, dass Blended Learning das Potenzial besitzt, die bestmögliche Lösung für Lernerfolg und Wirtschaftlichkeit zu erzielen.

Worin besteht der didaktische Mehrwert durch Blended Learning? Zunächst sind es die Einflussfaktoren (technische Ausstattung, E-Kompetenzen, Supportdienste), die den didaktischen Nutzen gewissermaßen vorbestimmen; zum anderen sind es Faktoren wie Nutzung der aktiven Lernzeit, Spezifizierungsgrad der Aufgaben, adäquater Einsatz didaktischer Modelle (hier: GKDM²⁴⁸), Lernstile sowie Lernumgebung, die sich positiv auf Lernen und Lernerfolg auswirken können.

Somit ist festzuhalten, dass der didaktische Mehrwert auf die Ziele des gesamten Vorhabens einer E-Learning- bzw. Blended Learning-Maßnahme gerichtet ist, im Vorfeld bestimmt wird durch die Vorgaben der Entscheidungsträger zu Einführung und Implementierung sowie Bestand und Gewährleistung und so in der Evaluation ein Kriterium des Erfolgs darstellt.

In der Literatur wird häufig als weiterer Mehrwert angegeben, dass durch Blended Learning eine Steigerung der Qualität der Inhalte zu verzeichnen sei und Qualitätsentwicklung und -sicherung an oberster Stelle für Unternehmen rangiere (vgl. Reinmann-Rothmeier 2003; Koehne 2005).

M.E. resultieren die Qualität des Lernerfolgs und somit die Leistungsergebnisse in einer Bündelung von didaktischen Modellen und der Verdichtung der Elemente: Lerner – Lernumgebung – Aufgaben (vgl. Didaktische Dreieckspyramide), was Blended Learning als Prozessinnovation charakterisiert und somit Lehren und Lernen grundlegend verändern kann.

6.3 Zusammenfassung

In diesem Kapitel wird der Ansatz eines Arbeitsmodells für ein europäisches Pflegecurriculum vorgestellt sowie ein Beitrag zur Lernorganisation als didaktischer Ansatz für die Europäisierung der Pflegeausbildung geleistet. Auf Rechtsvorschriften bzw. Empfehlungen der Europäischen Kommission (z.B. E-Learning-Aktionsprogramm) wurde hingewiesen, ebenso auf die Bologna-

²⁴⁸ GKDM: Göttinger Katalog Didaktischer Modelle (Flehsig 1983; 1996)

Erklärung, die vorsieht, bis zum Jahre 2010 einen einheitlichen europäischen Hochschulraum zu schaffen, indem lernförderliche Lehr- und Lernarrangements, netzbasierte Lernpartnerschaften, vergleichbare Leistungssysteme (ECTS) etc. vorherrschen. So werden die didaktischen Modelle (GKDM)²⁴⁹ von Karl-Heinz Flechsig (1983; 1996) sowie die didaktische Vielfalt des E-Learnings dieser Modelle von Hans-Dieter Haller (2006) vorgestellt, wobei die Verknüpfung didaktischer Modelle und Theorien bzw. Ansätze wissenschaftlicher Bezugsdisziplinen herausgearbeitet wird. Des Weiteren ist Blended Learning als eine Form der Lernorganisation thematisiert, so dass auch der didaktische Nutzen von E-Learning und Blended Learning hinterfragt wird.

Es wird auf Lernervoraussetzungen (z.B. Lernstile) wie auch auf mediale Kompetenzen sowie institutionelle und personelle Rahmenbedingungen unter dem Aspekt des medialen Lernens Bezug genommen. Mit CEWID²⁵⁰ wird ein computer-gestütztes Programm angeboten, das den Lernenden in den Mittelpunkt des Lernprozesses stellt, ergänzt durch die Matrix²⁵¹ zu „Blended Learning“ als ein Instruktionsdesign für Designer, die Entscheidungen zu Planung und Verteilung von Blended Learning treffen.

An dem konkreten Beispiel des Moduls „Erste Hilfe“/ „Notfallmedizin“ wird Blended Learning als ein konzeptioneller Ansatz für die Planung und Organisation der Lernorganisation vorgestellt. Auf der Basis der ERC-Leitlinien²⁵² für Reanimation könnten hiermit günstige Voraussetzungen für internationale Lerngemeinschaften sowie Projekte sowohl für Krankenpflegestudenten als auch für Medizinstudenten gegeben sein.

²⁴⁹ GKDM: „Göttinger Katalog Didaktischer Modelle“ (Flechsig 1983; 1996).

²⁵⁰ CEWID: „Computer-ergänzt Wissens-Design“ ist eine Software zur Entwicklung tätigkeitsunterstützender wissensbasierter Systeme (Flechsig/ Haller).

²⁵¹ Matrix Blended Learning Design: www.blinc-eu.org.

²⁵² ERC-Leitlinien: European Resuscitation Council (2005).

7 Schlussbetrachtung und Ausblick

Ausgang der vorliegenden Arbeit waren die Befragungen und Dokumentenanalysen zur Pflegeausbildung in unterschiedlichen europäischen Ländern. Es zeichnet sich eine Modernisierung der Pflegeausbildung als Ergebnis der Reformbewegung in den EU-Ländern ab, die seit den 80er Jahren in Gang gekommen war und darauf zurückzuführen ist, dass sich der gesellschaftliche Anspruch an die Leistungen der Pflege verändert hat. Infolgedessen waren Tätigkeit und Kompetenzen der Pflegepersonen neu festzulegen und sowohl die wissenschaftliche Seite als auch die gesellschaftliche Rezeption entsprechend der weiteren Europäisierung zu berücksichtigen. Auf diesem Hintergrund wurden in der vorliegenden Arbeit alle Teilprozesse einer Curriculumentwicklung untersucht, denen Entscheidungsfragen implizit sind und durch die Standort und Bildungsniveau der Pflegeausbildung bestimmt werden. In der Vergangenheit hatte sich in Bezug auf die Vergleichbarkeit der Pflegeausbildung gezeigt, dass sie in den europäischen Ländern sehr differenziert und inhaltlich unterschiedlich akzentuiert ist, d.h. die Pflegeausbildung war sowohl im berufsbildenden Bereich als auch im tertiären Bildungsbereich angesiedelt. Die Problemlage hinsichtlich dieser Ungleichheit war Anlass dafür, nach geeigneten Anpassungsmöglichkeiten sowie Verbesserungspotenzialen für die Pflegeausbildung zu suchen.

Die vorliegende Untersuchung trägt exemplarischen Charakter, fokussiert ist die Erstausbildung der Pflege in den europäischen Ländern, weiterführende Studiengänge oder sonstige Weiterbildungsmaßnahmen sind ausgeblendet. Aus der Analyse der vorliegenden Untersuchung sind die wichtigsten Ergebnisse zusammengefasst, auf die im Vergleich zurückgegriffen wurde, um aus diesen Befunden die Hauptrichtung der Pflegeausbildung in europäischen Ländern ableiten zu können.

Die wichtigsten Ergebnisse der gesamten Untersuchung sind nachfolgend zusammengefasst.

Zu den Angaben der befragten Personen:

1. *Auf der Entscheidungsebene:* Die Krankenpflegeausbildung ist vorwiegend an der Universität bzw. Hochschule angesiedelt. Demzufolge entspricht das Qualifikationsniveau des Diploms bzw. Befähigungsnachweises auch dem Niveau der Universität bzw. Hochschule. Als Zulassungsvoraussetzung zur Krankenpflegeausbildung ist hauptsächlich die Hochschulreife vorzufinden. Die Dauer der Ausbildung beträgt am häufigsten 3 Jahre mit einem überwiegenden praktisch-klinischen Teil. Die Qualifikation von Leitungs- und Lehrpersonal ist hauptsächlich akademisch.
2. *In Bezug auf die Lernziele:* Es überwiegt geringfügig die Orientierung auf Kenntnisse neben Fähigkeiten, Fertigkeiten und Einstellungen. Unter Angabe von Kompetenzen orientiert man sich an den Empfehlungen der EU zur verlangten Fachkompetenz (Kenntnisse, Fähigkeiten, Einstellungen), an Schlüsselqualifikationen und klinischen Kompetenzen.
3. *In Bezug auf die Lernorganisation:* Es wurden am häufigsten Lehr- und Lernformen angegeben, die erfahrungsbezogenes Lernen ermöglichen, aber auch selbsttätigen Wissenserwerb dem Lernenden abverlangen.
4. *In Bezug auf die Evaluation:* Die Durchführung von Evaluationsmaßnahmen wurde vorwiegend mit "Ja" beantwortet. Der Auftrag zur Durchführung einer Evaluation wird am häufigsten von der Schulleitung erteilt, der auch die Ergebnisse vorgelegt werden. Die Evaluierung wird

vorwiegend prozessbegleitend und ergebnisorientiert durchgeführt. Beteiligte bzw. Betroffene sind in der Regel die Studierenden. Als Methode wird insbesondere die Befragung eingesetzt. Revidiert werden auf Grund der Ergebnisse insbesondere Inhalte und Strukturen.

Zu den wichtigsten Ergebnissen der Dokumentenanalyse:

1. Die *Zielsetzungen* in der Präambel orientieren vorwiegend auf den Erwerb der beruflichen Profession.
2. Die *Lernziele* sind ausgerichtet auf den Erwerb beruflicher Kompetenz, die die Verhaltenseigenschaften einschließen.
3. Die *Lerninhalte*, insbesondere in Bezug auf die Theorie-Fächer, sind sehr differenziert und unterschiedlich akzentuiert, ebenso die Stoffverteilung.
4. Die *Lernorganisation* ist hauptsächlich auf didaktisch-methodische Hinweise und Angaben zu Lernkontrollen bzw. zur Leistungsmessung begrenzt. Lernaufgabenbeschreibungen sind weniger vorzufinden.
5. Die *Evaluation* in Verbindung mit der Curriculumentwicklung liegt konzeptionell in 3 Curricula vor.

Im Vergleich dieser Ergebnisse und im Abgleich zu den Angaben der befragten Personen zeichnet sich folgendes Grundmuster ab, aus dem sich die Hauptrichtung in der Pflegeausbildung der europäischen Länder ableiten lässt:

Auf der Entscheidungsebene scheint diese Vergleichbarkeit am meisten gegeben zu sein, was sich abzeichnet in großer Übereinstimmung zur rechtlichen Regelung²⁵³ in Bezug auf

- Abschluss bzw. Anerkennung des Diploms auf dem Niveau der Universität bzw. Hochschule,
- Hochschulreife als Zulassungsvoraussetzungen,
- Dauer des Studiums von 3-4 Jahren bzw. über 4600 Stunden mit einem höheren theoretischen Anteil bzw. Leistungsberechnung nach ECTS,
- Zuständigkeit durch Bildungsministerien,
- Ansiedlung im tertiären Bildungsbereich sowie
- universitär qualifiziertes Lehrpersonal.

In Bezug auf den Erwerb von Kompetenzen zeichnen sich Gemeinsamkeiten ab wie

- berufliche Profession als Zielvorstellungen,
- Befähigung nach den EU-Kriterien²⁵⁴: Tätigkeitsfeld, Gesundheitsversorgung und Aufgabenstellung,
- Kompetenzbereiche "Sozialkompetenz" und "Handlungskompetenz", denen kommunikative Kompetenz implizit ist,
- Verhaltensmerkmale, die weniger affektive und psychomotorische und häufiger kognitive Schwerpunkte aufweisen,
- Lernziele, bezogen auf Kenntnisse, Fähigkeiten und Einstellungen,

²⁵³ vgl. Rechtsgrundlagen und Einflussfaktoren - Parameter auf der Entscheidungsebene (Tabelle 39, Anhang).

²⁵⁴ vgl. Bericht und Empfehlungen zur verlangten Fachkompetenz (1998) (vgl. Quellenbezug Nr. 3, Anhang).

- Operationalisierung der Lernziele durch Leit- und Grobziele, wobei die Entscheidungen über Lernziele nicht so transparent waren, so dass die Genese einer Entscheidung nachvollziehbar sein könnte.

Annähernd konvergent sind Struktur und Inhalte der Curricula in Bezug auf

- Lehrplantypen wie "offene" integrative Curricula,
- Stoffverteilung (Gliederung) in Wissensbereiche, wobei die Modularisierung im Trend liegt,
- Weitere Fächer: Forschungsmethodik und Statistik, Informatik, Projekte, Fremdsprachen,
- Fähigkeiten wie Pflorgetechniken, kommunikative Kompetenz und Management,
- Praktika, die die Befähigung nach den EU-Kriterien beinhalten (Personen in jedem Lebensalter, stationär, ambulant, rehabilitativ, palliativ, in Sozialeinrichtungen),
- Abfolge der Wissensbereiche, hauptsächlich nach lern- und entwicklungspsychologischen Grundlagen sowie die Abfolge zwischen theoretischen und klinisch-praktischen Teilen.

Eine Übereinstimmung in Bezug auf die Lernorganisation ist weniger ausgeprägt, eine Haupttrichtung zu einzelnen Kernpunkten zeichnet sich jedoch ab wie

- Lehr- und Lernformen, z.B. Simulation, Fallmethode, Lernwerkstatt, Vorlesung, Selbststudium, die eine günstige Basis für E-Learning bzw. Blended Learning schaffen,
- Lernkontrollen und Leistungsmessung,
- Lehr- und Lernmittel traditioneller Art, aber auch vereinzelt webbasiert,
- Gestaltung des Lernprozesses mit Praxisbezug, verbunden mit weitgehender Selbsttätigkeit der Lernenden und erfahrungsbezogenes Lernen.

In Bezug auf die Durchführung der Evaluation von Curricula ist eine Übereinstimmung zu den Kriterien festzustellen wie

- Auftrag und Ergebnistransparenz, wobei die Auftraggeber die Schulleitungen sind, denen auch die Ergebnisse vorgelegt werden,
- Gegenstand, evaluiert wird prozessbegleitend (Prozess-Evaluierung) und ergebnisorientiert (Produkt-Evaluierung) sowie die Wirksamkeit (Wirkungsevaluierung),
- Beteiligte bzw. Betroffene sind hauptsächlich Studierende,
- Methoden und Instrumente, bevorzugt wird die Befragung in schriftlicher und mündlicher Form,
- Revision betrifft hauptsächlich die Inhalte zur Anpassung an die zu erwerbenden Kompetenzen bzw. Lernziele.

Im Folgenden ist der Frage nachzugehen: Ist ein Zusammenwachsen der Pflegeausbildung in den europäischen Ländern zu erwarten oder zeichnet sich das Bild ab, das sie weiter auseinander driftet? Die Ergebnisse der Untersuchung zeigen, dass der Umbruch von der berufsbildenden Ebene zum tertiären Bildungsbereich in fast allen EU-Ländern, einschließlich der Schweiz, erfolgt ist. Durch die Ansiedlung der Ausbildung im Hochschulbereich ist zwar annähernd eine Homogenisierung erreicht, aber die Kluft zu den Ländern mit beruflicher Bildung im nicht tertiären Bildungsbereich vergrößert sich dadurch zunehmend, was sich durch die Richtlinie zur Anerkennung der Berufsqualifikationen vom 7.9.2005 noch weiter verstärken wird. Dieser eklatante Zustand wird sich erst dann ändern, wenn die Länder die Reformierung im Sinne einer Modernisierung der

Pflegeausbildung abgeschlossen haben, die auch einher geht mit der Veränderung des sozialen Status des Berufsstandes.

Gemeinsamkeiten in der Pflegeausbildung zeichnen sich darin ab, dass der überwiegende Teil der europäischen Länder sich an den Empfehlungen der Europäischen Kommission zur verlangten Fachkompetenz orientiert und entsprechend die Lerninhalte zuordnet, die weit über die Mindestanforderungen in der Richtlinie zur Anerkennung der Berufsqualifikationen hinausgehen. Entsprechend den nationalen Besonderheiten wird die Stoffverteilung der Fächer auch unterschiedlich sein, d.h. die Curricula können mehr an der medizinischen Fachdisziplin ausgerichtet sein oder der Schwerpunkt liegt eher im sozialwissenschaftlichen Bereich, wobei die Pflege als Fachdisziplin den überwiegenden Anteil stellen sollte. Als Gemeinsamkeit zeigt sich auch die zu geringe Ausprägung der Lernorganisation in den Curricula, was insbesondere auf Lernaufgabenbeschreibungen zutrifft, ebenso wenig enthalten Curricula Evaluationskonzepte in Verbindung mit der Curriculumentwicklung.

Unterschiede, die einer weiteren Europäisierung der Pflegeausbildung entgegenstehen, beziehen sich hauptsächlich auf das Ausbildungsniveau der Pflege und sind zahlenmäßig so gering, so dass sie keinen Einfluss auf eine weitere Angleichung der Pflegeausbildung in europäischen Ländern haben werden.

Perspektivisch ist die Pflegeausbildung auf Hauptaspekte gerichtet wie

- Ansiedlung und Ausbildung im tertiären Bildungsbereich, bevorzugt an Universität und Hochschule,
- Abschluss des Diploms bzw. Befähigungsnachweises, der dem ersten akademischen Grad entspricht wie Bachelor oder Diplom (diploma supplement),
- Hochschulreife als Zulassungsvoraussetzungen,
- Dauer der Ausbildung, mindestens 3 akademische Jahre bzw. mindestens 180 ECTS²⁵⁵,
- gestufte Studiengänge für Bachelor-Master-Doktor,
- Modularisierung der Wissensbereiche,
- Kompetenzerwerb, dem Kenntnisse, Fähigkeiten und Einstellungen implizit sind und der Handlungsnachweis voraussetzt,
- geeignete Lehr- und Lernstrategien, die den Studierenden in die Lage versetzen, das Wissen in der für ihn am besten geeigneten Lernform schnell und unkompliziert zu erwerben,
- Einsatz von computergestütztem Lernen wie E-Learning unter Berücksichtigung der Lernorganisation, z.B. Blended Learning in der Mischung von Präsenzunterricht – E-Learning – Praxisprojekte,
- erfahrungsbezogenes Lernen mit der Intention des kompetenzorientierten Ansatzes,
- Anwendung solcher Lehr- und Lernformen, die situations- und erfahrungsbezogenes Lernen ermöglichen und selbsttätigen Wissenserwerb des Lernenden einschließen sowie
- Pflege als Profession zu entwickeln, die eine Fremdbestimmung ausschließt.

²⁵⁵ ECTS: Europäisches Credit Transfer System zur Anrechnung, Übertragung und Akkumulierung von Studienleistungen (vgl. Kapitel 5.2.1.3).

Zusätzlich wurde in dieser Arbeit der Versuch unternommen, an die vielfältigen und ertragreichen Diskussionen zur Curriculumentwicklung und Lernorganisation in verschiedenen Bildungsbereichen, unter Besonderem im Hinblick auf die Pflegeausbildung, anzuknüpfen und neuere Entwicklungen und Perspektiven in der Lehr- und Lernforschung aufzugreifen, die für die Pflegeausbildung eine Rolle spielen könnten. Insbesondere handelt es sich um die Vertiefung des Einsatzes der didaktischen Modelle (GKDM²⁵⁶) und Fragen der Lernorganisation sowie mediale Unterstützung, insbesondere durch Ansätze von E-Learning und Blended Learning. Verschiedene Instrumente konnten hierzu aufgegriffen werden, die auch bereits in europäisch orientierten Projekten, an denen das Pädagogische Seminar beteiligt ist, entwickelt wurden. Hier sind einige für die Praxis verwendbare Ansätze aufgezeigt wie z.B. die "Blended Learning Design Matrix"²⁵⁷, die Idee vom Inventar zur Überprüfung von Lernwirkungen "Learning controls in Blended Learning environment"²⁵⁸, das Evaluationskonzept in der "Matrix for documentation, planning and evaluation of formal and informal learning for an active citizenship"²⁵⁹.

Schließlich wurde der Versuch unternommen, ein Arbeitsmodell als konzeptionellen Ansatz für die Entwicklung eines europäischen Curriculums vorzulegen. Grundmerkmale hierfür sind

- Die *Ansiedlung* an der Universität bzw. Hochschule, die als Zugangsbedingung die Hochschulreife einschließt.
- Die *Ausbildungszeit* muss ausreichend sein, um die benannten Kompetenzen zu erlangen, mindestens 3 akademische Jahre oder mindestens 180 ECTS.
- Der *Abschluss* sieht den Bachelor vor.
- *Zielvorstellungen*, die sich auf die zu erlangende Fachkompetenz im kulturfreien Kontext beziehen, differenziert in Leit- und Bildungsziele, die einen kompetenzorientierten bzw. handlungsorientierten Ansatz aufweisen.
- *Kompetenzen bzw. Lernziele*, die auf die verlangte Fachkompetenz nach den EU-Empfehlungen bezogen sind wie Tätigkeitsfeld, Gesundheitsversorgung und Aufgabenstellung sowie die Verhaltensdispositionen Kenntnisse, Fähigkeiten und Einstellungen.
- Die *Inhalte* sollten auf die Wissensbereiche nach den EU-Empfehlungen zur Ausbildung bezogen sein und klinische Praxis und Fertigkeiten einschließen.
- Bei der *Stoffverteilung* der Theorie-Fächer sollte die Pflege als Fachdisziplin gegenüber den Fachdisziplinen Medizin und Sozialwissenschaften höher gewichtet sein.
- *Abfolge und Prozess* sollten klar definiert und entsprechend strukturiert sein, d.h. Abfolge der Wissensbereiche nach Kompetenzstufen unter Beachtung der lern- und entwicklungspsychologischen Grundlagen.
- Zur *Lernorganisation* gehören: Lernaufgabenbeschreibungen, die zunehmend problemorientiert und realitätsbezogen formuliert sind; als Lehr- und Lernformen werden die didaktischen Modelle des GKDM, die Handlungs- und Entscheidungskompetenzen vermitteln, wie Fallmethode, Simulation u.a. empfohlen sowie Lernkontrollen und Leistungsbemessung nach ECTS.

²⁵⁶ GKDM: Göttinger Katalog Didaktischer Modelle (Flehsig 1983; 1996).

²⁵⁷ www.blinc-eu.org.

²⁵⁸ vgl. Tabelle 50 (Anhang)

²⁵⁹ vgl. Abbildung 7 (Anhang) www.gkdm.de

- Zur *Evaluation*, in der klar definiert sind: Auftraggeber und Ergebnistransparenz, Gegenstand, Beteiligte/ Betroffene, Methoden und Instrumente sowie Revision.

Wie könnte es außerdem weitergehen?

Um eine Europäisierung der Anforderungen und Praxis der Pflegeausbildung weiter zu fördern, sollten auch auf Planungs- und Entwicklungsebene Verfahren der internationalen Zusammenarbeit aufgegriffen und verbessert werden; es geht darum, mit Personen und Institutionen aus den verschiedenen Einzelländern ein Erfahrungspotenzial aufzugreifen und Abstimmungsprozesse einzuleiten. So wäre zu verhindern, dass Europäisierung „von oben nach unten“ betrieben wird. Das Beispiel der Versuche für eine EU-Verfassung macht dieses deutlich.

Für solche praxisorientierten Planungs- und Abstimmungsprozesse gibt es hilfreiche Beispiele, das bereits mehrfach zitierte ACT-Projekt gehört sicherlich dazu. Hier hat sich gezeigt, dass man international sehr gut an konkreten Aufgabenstellungen arbeiten kann, außerdem wurde deutlich, dass solche international zusammengesetzten Planungsgruppen u.a. entsprechende Arbeitsgrundlagen erfordern. Hierzu wiederum ein Beispiel war im ACT-Projekt die Durchführung von Online-Konferenzen, die eine häufigere Zusammenkunft im „virtuellen Raum“ ermöglicht, als dieses mit zeit- und reiseaufwändigen direkten Treffen geschehen könnte.

Für den Einsatz von E-Learning bzw. Blended Learning sind günstige Voraussetzungen in der Pflegeausbildung europäischer Länder vorzufinden, aber welche Rahmenbedingungen für europäische E-Learning-Lernpartnerschaften gegeben sein sollten, ist bisher offen geblieben, ebenso wie sich Inhalte vermitteln lassen, d.h. was, wie und wodurch gelernt werden soll.

Die Untersuchung hat gezeigt,

- dass eine europäische Perspektive für weitere Reformen der Pflegeausbildung notwendig ist,
- dass vielfältige Ansätze dazu bereits erkennbar sind und
- dass offensichtlich auch Bereitschaft dafür vorhanden ist.

Hier weiter zu arbeiten kann als eine große und interessante Herausforderung angesehen werden.

8 Anhang

8.1 Quellenverzeichnis

Ausbildungsdokumente

- The Nursing Education Curriculum and Examination – Study Programme. School of Nursing and Radiography Copenhagen. Dänemark. 1. September 2001.
- Referentenentwurf – Entwurf eines Gesetzes über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz – KrPflG) – Arbeitsentwurf vom 20. Februar 2002. Bundesministerium für Gesundheit.
- Gemeinsame Pflegeausbildung. Modellversuch mit Curriculum für die theoretische Ausbildung in der Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege. Caritasverband für das Bistum Essen e.V. – Förderin Stiftung Wohlfahrtspflege des Landes Nordrhein-Westfalen. August 2001 (Veröffentlicht: 1. Auflage 2002).
- Lehrpläne für die Berufsfachschule für Krankenpflege – Fachtheoretischer und fachpraktischer Unterricht 1.-3. Schuljahr. Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus, München. 2. August 2001.
- Health Care and Social Service. Degree Programme in Nursing 2001-2002. Fachhochschule in Finnland.
- Nursing and Health Care Degree Programme 2001-2005. Polytechnic, School of Health Care and Social Services, Nursing and Health Care. Finnland.
- An bord Altranais – Nursing a Career for you. Anforderungen und Standards für Krankenschwestern – Ausbildungsprogramme. Bildungsträger: Bord Altranais. Irland. 2001.
- Curriculum of 4-year education programm. Universität. Lettland. Keine Datenangabe (Posteingang: 15.01.2003).
- 2-year educational programm. Universität. Lettland. Keine Datenangabe (Posteingang: 15.01.2003).
- Enseignement secondaire technique – Régime technique – Division des professions de santé et de professions sociales – Cycle supérieur – Section de la formation de l’infirmier/ infirmière. Ministère de l’Éducation Nationale, de la Formation Professionnelle et des Sports. Internetangabe im Fragebogen vom 11.09. 2002. [www.men.lu>Horaires et Programmes>Enseignement Secondaire Technique>Programme uclucle par closse>Regime technique>Classe 12 SI – 13 SI – 14 SI](http://www.men.lu/Horaires_et_Programmes/Enseignement_Secondaire_Technique/Programme_uclucle_par_closse/Regime_technique/Classe_12_SI_13_SI_14_SI). [Datum des Zugriffs: 20.02.2003].
- ECTS European Credit Transfer System. Information Package 2001 – 2002. Faculty of Health and Social Studies Department of Nursing. Oktober 2001. Niederlande.
- Curriculum 2002. Department of Nursing Education, Summary. 1. März 2002. Niederlande.
- Offenes Curriculum. Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege Ausbildung – Erster Entwurf (Juni 1998). Zwischenberichte der Projektphasen II-IV (Juni 1999 bis Juli 2001). Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales. Österreich.
- Plano de Estudos do Curso de Licenciatura em Enfermagem. Escola Superior de Enfermagem/ Pflegeschule. April 1999. Portugal.
- Nursing Programme, 120 Credits. Syllabus: Nursing, 60 Credits. Social Science, 10 Credits. Public Health Science, 20 Credits. Medicine and Natural Science, 30 Credits. Schwedische Rote-Kreuz-Universität – Fachhochschule für Krankenpflege. Ausbildung und Forschung im Healthcare-Sektor. 26. Mai 1998. Schweden.
- Ausbildung in Gesundheits- und Krankenpflege Diplommiveau I und II. Berufsschule im Gesundheitswesen. Schule für Gesundheits- und Krankenpflege und Schule für Pflegeassistenz (GKP). 05/02. Schweiz.
- Bacc. Nursing Programme. Carls Universität. 1992, 1996. Tschechien.
- Diploma of Higher Education in Nursing. Degree of Bachelor of Nursing. Universität – School of Nursing and Midwifery. April 2001. UK/ Schottland.

Fragebogen-Rücklauf

- Belgien (B) 2: Beratender Ausschuss für die Ausbildung in der Krankenpflege der Europäischen Kommission. Fragebogen vom 23.11.2002 und vom 25.11.2002.
- Dänemark (DK) 2: Beratender Ausschuss für die Ausbildung in der Krankenpflege der Europäischen Kommission. Fragebogen vom 18.10.2002 und vom 18.11.2002.
- Deutschland (D) 3: Beratender Ausschuss für die Ausbildung in der Krankenpflege der Europäischen Kommission. Fragebogen vom 20.09.2002.
Projekt Modellversuch. Fragebogen vom 04.10.2002.
Freiburg. Fragebogen vom 04.10.2002.
- Finnland (FIN) 2: Beratender Ausschuss für die Ausbildung in der Krankenpflege der Europäischen Kommission. Fragebogen vom 11.07.2002 (Testverfahren) und vom 11.10.2002.

Irland (IRL) 2: Beratender Ausschuss für die Ausbildung in der Krankenpflege der Europäischen Kommission. Fragebogen vom 04.10.2002 und vom 06.12.2002.

Italien (I): Beratender Ausschuss für die Ausbildung in der Krankenpflege der Europäischen Kommission. Fragebogen vom 03.09.2002.

Lettland (LV): Florence Network. Fragebogen vom 15.01.2003.

Luxembourg (L): Beratender Ausschuss für die Ausbildung in der Krankenpflege der Europäischen Kommission. Fragebogen vom 11.09.2002.

Niederlande (NL) 2: Beratender Ausschuss für die Ausbildung in der Krankenpflege der Europäischen Kommission. Fragebogen vom 25.11.2002. Florence Network. Fragebogen vom 11.12.2002.

Österreich (A) 2: Beratender Ausschuss für die Ausbildung in der Krankenpflege der Europäischen Kommission. Fragebogen vom 19.09.2002 und vom 01.10.2002.

Portugal (P): Beratender Ausschuss für die Ausbildung in der Krankenpflege der Europäischen Kommission. Fragebogen vom 28.10.2002.

Schweden (SV): Florence Network. Fragebogen vom 30.09.2002.

Schweiz (CH) 2: Fragebogen vom 06.09.2002 und vom 26.11.2002.

Tschechien (CZ): Florence Network. Fragebogen vom 04.10.2002.

Vereinigtes Königreich (UK) 2: Beratender Ausschuss für die Ausbildung in der Krankenpflege der Europäischen Kommission. Fragebogen vom 04.09.2002 und vom 30.09.2002.

Richtlinien und Empfehlungen

Europäische Kommission Generaldirektion XV. Beratender Ausschuss für die Ausbildung in der Krankenpflege. Berichte und Empfehlungen des Ausschusses während der vierten und fünften Mandatsperiode vom 5.2.1990 bis 5.7.1998. Reglementierte Berufe bezüglich der Qualifikation. Dokument: XV/D/8506/98-DE. Brüssel, 18. November 1998.

Bericht und Empfehlungen zur Ausbildung der für die allgemeine Pflege verantwortlichen Krankenschwestern und Krankenpfleger der Europäischen Union. Beratender Ausschuss für die Ausbildung in der Krankenpflege, angenommen in der Sitzung vom 17. und 18. April 1997. Europäische Kommission Generaldirektion XV. Brüssel, den 17. Oktober 1997. XV/E/9432/7/96-DE. Orig. FR. CCFI.

Zusammenfassende Übersicht über den derzeitigen Stand der Ausbildung der für die allgemeine Pflege verantwortlichen Krankenschwestern und Krankenpfleger der Europäischen Union. Bestandsaufnahme zum 1. Januar 1995. In: Bericht und Empfehlungen zur Ausbildung der für die allgemeine Pflege verantwortlichen Krankenschwestern und Krankenpfleger der Europäischen Union. Dokument: XV/E/9432/7/96-DE. Orig. FR. CCFI.

Bericht und Empfehlungen zur verlangten Fachkompetenz der für die allgemeine Pflege verantwortlichen Krankenschwestern/ Krankenpfleger der Europäischen Union. Beratender Ausschuss für die Ausbildung in der Krankenpflege, angenommen in der Sitzung vom 13.01.1998. Europäische Kommission Generaldirektion XV. Brüssel, den 24. Juni 1998. XV/E/8481/4/97-DE. Orig. FR. CCFI.

Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung der Berufsqualifikationen.

E-Learning: Entscheidung Nr. 2318/2003/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 5. Dezember 2003 über ein Mehrjahresprogramm (2004-2006) für die wirksame Integration von Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) in die Systeme der allgemeinen und beruflichen Bildung in Europa (Programm „eLearning“). Amtsblatt der Europäischen Union L345/9 vom 31.12.2003_DE.

Empfehlung des Europäischen Parlaments und des Rates vom 18. Dezember 2006 zu Schlüssel-kompetenzen für lebensbegleitendes Lernen (2006/962/EG). Amtsblatt der Europäischen Union. L394.DE vom 30.12.2006. Verfügbar über: <http://europa.eu.int/com/> [Datum des Zugriffs: 23.03.2007].

Europäische Kommission. Europäisches System zur Anrechnung, Übertragung und Akkumulierung von Studienleistungen (ECTS)-Kernpunkte. Verfügbar über: <http://europa.eu.int/com/education/programmes/sokrates/ects-de.html>. [Datum des Zugriffs: 09.06.2005].

Bologna-Charta: Gemeinsame Erklärung der europäischen Bildungsminister. Der europäische Hochschulraum vom 19.06.1999. Bologna.

Europäische Kommission. Der Bologna-Prozess. Nächste Station: Bergen 2005. Verfügbar über: <http://europa.eu.int/com/education/policies/educ/bologna-de.html>. [Datum des Zugriffs: 13.12.2005].

- DINI (Deutsche Initiative für NetzwerkInformation e.V.): Technische und organisatorische Rahmenbedingungen für eine erfolgreiche Einführung und nachhaltige Nutzung von E-Learning an Hochschulen. Arbeitsgruppe „E-Learning-Infrastruktur. DINI Schriften 5-de [Version 1.0, Oktober 2005].
- DINI (Deutsche Initiative für NetzwerkInformation e.V.): DINI-Arbeitsgemeinschaft „E-Kompetenzen“ für Forschung und Lehre. Neue Qualifikationen für Hochschullehrende. Empfehlung vom Mai 2004. Online-Recherche. <http://www.dini.de/documents/e-kompetenzen.html> [Datum des Zugriffs: 12.01.2007].

Bibliographien

- Vortrag: Dr. R. Pochmarski, Administrator European Commission. „Anforderungen an die Fachkompetenz der Krankenschwestern und Krankenpfleger“. Fachtagung des Bundesausschusses der Lehrerinnen und Lehrer für Pflegeberufe e.V. (BA). Veröffentlicht in: Bildung und Pflege. Die Europäische Dimension. (Hrsg.): BA e.V. 2000, S. 44-51.
- Kollak, I./ Pillen, A. (Hrsg.): Pflege-Ausbildung im Gespräch. Ein internationaler Vergleich. Frankfurt am Main 1998.
- Landenberger, M./ Stöcker, G./ Filkins, J. u.a.: Ausbildung der Pflegeberufe in Europa. Vergleichende Analyse und Vorbilder für eine Weiterentwicklung in Deutschland. Hallesche Schriften. 2005.
- Rennen-Allhoff, B./ Bergmann-Tyacke, I.: Lehrerinnen und Lehrer für Pflegeberufe in Europa – Ausbildungsstandards in den EU-Mitgliedstaaten. Bern [u.a.] 2000.
- Wendt León, M.: Krankenpflegeausbildung in Europa. Stuttgart 1995.
- PABiS (Pflegeausbildungsstudie Deutschland). Bundesweite Befragung zur Lage und Situation des Ausbildungswesens in den Pflegeberufen in Deutschland. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (Köln) in Kooperation mit dem Deutschen Krankenhaus Institut (DKI). 2006. Online-Recherche. Verfügbar über: www.bosch-stiftung.de/pflegeausbildung. [Datum des Zugriffs: 15.04.2006].
- MMB-Institut für Medien- und Kompetenzforschung. „Learning-Delphi für Hochschulen 2006“. Online-Recherche. <http://www.mmb-institut.de/2004/pages/start/home.html> [Datum des Zugriffs: 14.07.2006].

8.2 Literaturverzeichnis

- Achtenhagen, F.: Die Bedeutung von Curriculumanalysen für die Curriculumreform. In: Frey, K./ Achtenhagen, F./ Haft, H./ Haller, H.-D. u.a. (Hrsg.): Curriculum-Handbuch. Band I (S. 176-185). München 1975.
- Achtenhagen, F./ Meyer, Hilbert L.: Curriculumforschung: Analyse und Konstruktion. In: Achtenhagen, F./ Meyer, H.L. (Hrsg.): Curriculumrevision – Möglichkeiten und Grenzen. München 1971, S. 11-21.
- Adl-Amini, B.: Ebenen didaktischer Theoriebildung. In: Haller, H.-D./ Meyer, H. (Hrsg.): Ziele und Inhalte der Erziehung des Unterrichts. Band 3. Enzyklopädie Erziehungswissenschaft hrsg. von D. Lenzen. Stuttgart 1986, S. 27-48.
- Aebli, H.: Wie Absichten Handlungen leiten. In: Grawe, K./ Hänni, R./ Semmer, N. u.a. (Hrsg.): Über die richtige Art, Psychologie zu betreiben. Göttingen [u.a.]. 1990, S. 215-225.
- Aebli, H.: Zwölf Grundformen des Lehrens und Lernens. Eine allgemeine Didaktik auf psychologischer Grundlage. Stuttgart 1987.
- Aebli, H.: Denken: Das Ordnen des Tuns. Band I: Kognitive Aspekte der handlungstheorie. Stuttgart 1981.
- Affemann, R.: Anforderungen der Arbeitswelt und Konsequenzen für Bildung und Erziehung. In: Seibert, N./ Serve, Helmut J. (Hrsg.): Bildung und Erziehung an der Schwelle zum dritten Jahrtausend. München 1994, S. 1193-1211.
- Aggleton, P./ Chalmers, H.: Pflegemodelle und Pflegeprozeß. In: Deutsche Krankenpflege-Zeitschrift, Beilage Dokumentation Aus- und Fortbildung, 42 (1989)5.
- Amtsblatt der Europäischen Union L 394/DE vom 30.12.2006.
- Antonovsky, A.: Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. dgvt-Verlag, Tübingen 1997.
- Anweiler, O./ Mitter, W./ Scholz, W. D.: "Weltpädagogik" heute. Utopie und Realität. Oldenburger Universitätsreden. Nr. 140, hrsg. von F. W. Busch/ H.-J. Wätjen. 2003.
- Arnold, R./ Gómez Tutor, C./ Kammerer, J.: Selbstlernkompetenzen. Arbeitspapier 1 des Forschungsprojektes "Selbstlernfähigkeit, pädagogische Professionalität und Lernkulturwandel" (Teilprojekt: Selbstlernkompetenz). Schriftenreihe: Pädagogische Materialien der TU Kaiserslautern 2001.
- Asselmeyer, H.: Selbsttätigkeit – Selbständigkeit. In: Haller, H.-D./ Meyer, H. (Hrsg.): Ziele und Inhalte der Erziehung des Unterrichts. Band 3. Enzyklopädie Erziehungswissenschaft hrsg. von D. Lenzen. Stuttgart 1986.
- Atteslander, P.: Methoden der empirischen Sozialforschung. 11., neu bearbeitete und erweiterte Auflage. Berlin 2006.
- Auernheim, G.: Interkulturelle Kompetenzen und pädagogische Professionalität. Opladen 2002.
- BA (Bundesausschuss der Länderarbeitsgemeinschaften der Lehrerinnen und Lehrer für Pflegeberufe): Bildung und Pflege. Stuttgart 1997.
- BA (Bundesausschuss der Lehrerinnen und Lehrer für Pflegeberufe e.V.): Bildung und Pflege – Gegenwart und Zukunft von Pflegeschulen und Weiterbildungsstätten. Wuppertal 1999.
- BA (Bundesausschuss der Lehrerinnen und Lehrer für Pflegeberufe e.V.): Bildung und Pflege – die europäische Dimension, Einflüsse auf die professionelle Pflege und pflegeberufliche Bildung in Deutschland. Wuppertal 2000.
- Bandura, A.: Lernen am Modell. Ansätze zu einer Sozial-kognitiven Lerntheorie. Stuttgart 1976.
- Baumert, J./ Klieme, E./ Neubrand, M. u. a. (Hrsg.): Deutsches PISA-Konsortium. PISA 2000. Basiskompetenzen von Schülerinnen und Schülern im internationalen Vergleich. Opladen 2001.
- BdWi (Bund demokratischer Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler): Hochschulreform und „Bologna-Prozess“. Politische Forderungen des Bundes ... anlässlich des europäischen BildungsministerInnen-Treffens in Berlin (18./19. September 2003).
- Beck, H.: Schlüsselqualifikationen. Darmstadt 1995.
- Becker, H./ Haller, H.-D. u.a.: Das Curriculum, Wissenschaft und Politik. München 1974.
- Becker, W.: Berufsausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege. Lernzielorientiertes Curridulum für die praktische und schulische Ausbildung. Hrsg.: Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB). Bielefeld 2004.
- Behrendt, H. (Projektleitung): Konzeption eines Mentoren-/ Praxisanleitersystems für die praktische Anleitung von Krankenpflege- und Kinderkrankenpflegeschüler/innen und Einarbeitung neuer Mitarbeiter/innen im Universitätsklinikum Göttingen. Pflegedirektion, Georg-August-Universität Göttingen. Unveröffentlichtes Paper. 1999a.

- Behrendt, H. (Leitung der Arbeitsgruppe "Lernerfolgskontrolle"): Lernerfolgskontrolle in den Einweisungsseminaren für Medizintechnikanwender im Universitätsklinikum Göttingen. Georg-August-Universität Göttingen. Unveröffentlichtes Paper. 1999b.
- Behrendt, H.: Ausgewählte Probleme der Rechtserziehung in der praktischen Ausbildung von Krankenschwestern und -pflegern, untersucht am Beispiel "Verabreichung von Arzneimitteln". Humboldt-Universität zu Berlin. Bereich Medizin (Charité) Fachrichtung Medizinpädagogik. Diplomarbeit 1985.
- Benner, P.: From Novice to Expert. (1984). Dt.: Stufen zur Pflegekompetenz. Bern [u.a.] 1994.
- Bernstein, B.: Über Klassifikation und Rahmung pädagogisch vermittelten Wissens. In Bernstein, Basil: Beiträge zu einer Theorie des pädagogischen Prozesses. Aus dem Englischen übersetzt und mit einem Vorwort versehen von Rolf Wiggershaus (1. Aufl.) (=Reihe Edition Suhrkamp, Nr. 850). Frankfurt a.M. 1977, S. 125-161.
- Beske, F.: Das Gesundheitswesen in Deutschland im internationalen Vergleich. Eine Antwort auf die Kritik. Fritz Beske Institut für Gesundheits-System-Forschung Kiel. WHO Collaborating Centre for Health Care Systems Research and Development. Kiel 2004.
- Beuschel, W./ Seehusen, S.: Lehr- und Lernformen für web-basierte Studiengänge – Erfahrungen aus E-Learning-Projekten. Online Recherche. Verfügbar über: web.www.rfh.fh-brandenburg.de [Datum des Zugriffs: 23.08.2006].
- BiBB (Bundesinstitut für Berufsbildung): Berufsausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege. Lernzielorientiertes Curriculum für praktische und schulische Ausbildung auf der Grundlage des Berufsgesetzes für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflG). Bielefeld 2004.
- Biehl, J./ Hopmann, S./ Künzli, R.: Zum Stand der empirischen Lehrplanforschung. Kapitel 2: Konzeption und Zugänge. „Lehrpläne: Wie sie entwickelt werden und was von ihnen erwartet wird“. Last update 1.8.1999 [Online] Verfügbar über: http://www.lehrplan.ch/d/lehrplanarbeit/forschungsstand/Kapitel_2.htm. [Datum des Zugriffs: 12.01.2005].
- Biehl, J./ Ohlhaver, F./ Riquarts, K. : Sekundäre Lehrplananbindungen: Vergleichende Untersuchungen zur Entstehung und Verwendung von Lehrplanentscheidungen. Kiel 1999.
- Bisler, W.: Europa und Globalisierung - was geht uns das an? Professionelle Pflegende im veränderten europäischen Umfeld. In: Bildung und Pflege. Die Europäische Dimension. 2000, S. 10-37.
- Blankertz, H.: Theorien und Modelle der Didaktik. 11. Auflage, unveränderter Nachdruck der neu bearbeiteten und erweiterten 9. Auflage 1975, 1. Auflage 1969. München 1980.
- blinc (blended learning institutions cooperative). Verfügbar über: <http://www.blinc-eu.org>. [Datum des Zugriffs: 19.04.2006; 13.06.2006; 03.04.2007; 15.05.2007].
- blinc (blended learning institutions cooperative): Evaluation Report. eL3 eLearning Project Cluster for Third System Organisation in Europe. Project funded by the European Commission in the framework of the eLearning Initiative. eLearning 2003-4712/001-001 EDU-ELEARN. 2007.
- Bloom, B. et al.: Taxonomie of Educational Objectives (Handbook 1: Cognitive Domain). Longmanns Green. New York (1956). Dt.: Taxonomie von Lernzielen im kognitiven Bereich 1972, 4. Auflage (12.-16. Tsd.). Weinheim [u. a.] 1974.
- Bock, I.: Interkulturelle Erziehung als Aufgabe von Gegenwart und Zukunft. In: Seibert, N./ Serve, Helmut J. (Hrsg.): Bildung und Erziehung an der Schwelle zum dritten Jahrtausend. München 1994, S. 569-589.
- Bologna-Charta: Gemeinsame Erklärung der europäischen Bildungsminister. Der europäische Hochschulraum vom 19.06.1999. Bologna.
- Bologna-Prozess. Verfügbar über: <http://de.wikipedia.org/wiki/Bologna-Prozess>. [Datum des Zugriffs: 02.06.2006].
- Bologna-Prozess & Blended Learning. Interview mit Prof. Dr. Michael Nagy. Verfügbar über: <http://www.checkpoint-elearning.de/print>. [Datum des Zugriffs: 14.07.2006].
- Bönsch, M.: Kommunikatives und offenes Lernen. Lernarrangements statt. Lehrgänge. In: PrInterNet 01(2005), S. 9-13.
- Bönsch, M.: Bildung in der Schule. In: Seibert, N./ Serve, Helmut J. (Hrsg.): Bildung und Erziehung an der Schwelle zum dritten Jahrtausend. München 1994, S. 21-45.
- Bossle, M./ Nowak, B.: „Eine Sache von uns allen!“ Eine Schülergruppe erarbeitet Erwartungen an professionellen Unterricht – ein Werkstattbericht. In: PrinterNet. PflegePädagogik 12(2005)7, S. 700-704.
- Botschafter, B./ Moers, M.: Pflegemodelle in der Praxis. 8. Folge: Dorothea Orem – Die Selbstfürsorge-Defizit-Konzeption der Pflege. In: Die Schwester/ Der Pfleger, 30 (1991)8, S. 701-707.
- Brendel, S./ Kaiser, K./ Macke, G. (Hrsg.): Hochschuldidaktische Qualifizierung. Strategien und Konzepte im internationalen Vergleich. AHD Arbeitsgemeinschaft für Hochschuldidaktik. Bielefeld 2005.

- Bridgman, P. (1927): [www.Bridgman operationale Definition. \(PDF\) Methoden zur Datengewinnung. Eine operationale Definition. \(Online-Recherche\). Institute.erz.univie.ac.at/home/files/Schwendenwein Datengewinnung.pdf](http://www.Bridgman.operationale.Definition.(PDF)Methoden.zur.Datengewinnung.Eine.operationale.Definition.(Online-Recherche).Institute.erz.univie.ac.at/home/files/Schwendenwein.Datengewinnung.pdf). [Datum des Zugriffs: 17.10.2006].
- Brosius; H.-B./ Koschel, F.: Methoden der empirischen Kommunikationsforschung. Eine Einführung. 1. Aufl. 2001. Wiesbaden 2001.
- Bruner, Jerome S.: Entwurf einer Unterrichtstheorie. Berlin 1974. Originaltitel: Toward a Theory of Instruction. Cambridge, Mass. USA 1965.
- Brüggelmann, H.: Kommentar zum Sussex-Schema. Pädagogisches Seminar der Universität Göttingen Arbeitsgruppe für Unterrichtsforschung 1975.
- Bryan, J.: Student-centred learning: facing the challenge. In: Curriculum Planning in Nursing Education: Practical Applications. Edited by Stella Pendleton and Alan Myles. First published in Great Britain 1991. London [u.a.] 1993, S. 124-143.
- Carlgren, I./ Englund, T.: Die erneute Diskussion der Unterrichtsinhalte in der schwedischen Bildungsforschung und im landesweiten Curriculum. In: Hopmann, S./ Riquarts, K. (Hrsg.): Didaktik und/ oder Curriculum. Grundprobleme einer international vergleichenden Didaktik. Weinheim 1995, S. 237-248.
- Casey, A.: Using a nursing model in curriculum planning. In: Curriculum Planning in Nursing Education: Practical Applications. Edited by Stella Pendleton and Alan Myles. First published in Great Britain 1991. London [u.a.]. 1993, S. 90-107.
- CEDEFOP (Europäisches Zentrum für die Förderung der Berufsbildung): Career Space. Future skills for tomorrow's world. Leitlinien für die Curriculumentwicklung. Neue IKT-Curricula für das 21. Jahrhundert: die Bildung von morgen gestalten. Luxemburg: Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften 2001.
- CEDID (Computerergänzt didaktisches Design) – Ein Software-System. Zentrum für didaktische Studien e.V., Göttingen 2003.
- Compendio Bildungsmedien AG. Zürich (2003): Was macht eine Blended Learning Veranstaltung erfolgreich? Online-Recherche. www.compendio.ch oder www.freyakademie.ch.pdf-Datei. [Datum des Zugriffs: 17.03.2007].
- Council of Europe. Nursing research. Strasbourg 1990.
- Council of Europe. The Role and Education of Nurses. Strasbourg 1995.
- Cranach, M. von/ Bangerter, A.: Wissen und Handeln in systemischer Perspektive: Ein komplexes Problem. In: Mandl, H./ Gerstenmaier, J. (Hrsg.): Die Kluft zwischen Wissen und Handeln. Göttingen [u.a.]. 2000, S. 221-252.
- Derner, N./ Specht, H./ Stuhler, E.A.: Hochschulforschung und -lehre. Theoriebezogenes komplexes Problemlösen. Festschrift für Prof. Dr. Rainer Fuchs. München [u.a.] 1995. Research on cases and theories.
- Descy, P./ Tessaring, M.: Kompetenz für die Zukunft – Ausbildung und Lernen in Europa. Zweiter Bericht zur Berufsbildungsforschung in Europa: Zusammenfassung. Cedefop Reference series. Luxemburg: Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaft 2001.
- DBfK (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V.): Mörgelin, K./ Schwochert, B.: Pflege in Europa von A bis Z. Eschborn 1996.
- DBR (Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe): Pflegebildung offensiv. Leseprobe. 2006.
- DBR (Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe): Vernetzung von theoretischer und praktischer Pflegeausbildung. Berlin 2004.
- DINI (Deutsche Initiative für NetzwerkInformation e.V.): Technische und organisatorische Rahmenbedingungen für eine erfolgreiche Einführung und nachhaltige Nutzung von E-Learning an Hochschulen. Arbeitsgruppe „E-Learning-Infrastruktur. DINI Schriften 5-de [Version 1.0, Oktober 2005].
- DINI (Deutsche Initiative für NetzwerkInformation e.V.): DINI-Arbeitsgemeinschaft „E-Kompetenzen“ für Forschung und Lehre. Neue Qualifikationen für Hochschullehrende. Empfehlung vom Mai 2004. Online-Recherche. <http://www.dini.de/documents/e-kompetenzen.html> [Datum des Zugriffs: 12.01.2007].
- Döbert, H. u.a. (Hrsg.): Die Schulsysteme Europas ... Schriftenreihe: Grundlagen der Schulpädagogik. Band 46. Hohengehren 2002.
- Dörig, R.: Handlungsorientierter Unterricht – Ansätze, Kritik und Neuorientierung aus bildungstheoretischer, curricularer und instruktionspsychologischer Perspektive. Habilitationsschrift. Stuttgart [u.a.] 2003.
- Dörner, D.: Die Logik des Misslingens. Strategisches Denken in komplexen Situationen. Reinbek bei Hamburg 1997.
- Ebner, Hermann G.: Facetten und Elemente didaktischer Handlungsorientierung. In: Pätzold, G. (Hrsg.): Handlungsorientierung in der beruflichen Bildung. 4. Auflage. Frankfurt am Main 1992, S. 33-53.

- Eckert, M.: Handlungsorientiertes Lernen in der beruflichen Bildung – Theoretische Bezüge und praktische Konsequenzen. In: Pätzold, G. (Hrsg.): Handlungsorientierung in der beruflichen Bildung. 4. Auflage. Frankfurt am Main 1992, S. 55-78.
- E-Learning: Entscheidung Nr. 2318/2003/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 5. Dezember 2003 über ein Mehrjahresprogramm (2004-2006) für die wirksame Integration von Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) in die Systeme der allgemeinen und beruflichen Bildung in Europa (Programm „eLearning“). Amtsblatt der Europäischen Union L345/9 vom 31.12.2003_DE.
- Empfehlung des Europäischen Parlaments und des Rates vom 18. Dezember 2006 zu Schlüsselkompetenzen für lebensbegleitendes Lernen (2006/962/EG). Amtsblatt der Europäischen Union L394_DE vom 30.12.2006. Verfügbar über: <http://europa.eu.int.com> [Datum des Zugriffs: 23.03.2007] oder <http://www.elearning.europa>. [Datum des Zugriffs: 10.04.2007].
- Englund, T.: Drei Curriculumkonzepte als Kategorien historisch-vergleichender Analyse. In: Hopmann, S. (Hrsg.): Lehrplangeschichte international. Köln 1990, S. 427-448.
- ERC European Resuscitation Council. The guidelines 2005 (Online-Journal). Verfügbar über: <http://www.erc.edu/> [Datum des Zugriffs: 21.02.2006].
- ERC European Resuscitation Council. Basic life support and automated external defibrillation (Online-Journal). Verfügbar über: <http://www.erc.edu/index.php> [Datum des Zugriffs: 21.02.2006].
- ERC European Resuscitation Council. Neue ERC-Leitlinien 2005 veröffentlicht (Online-Journal). Verfügbar über: http://www.luftrettung-hamburg.de/html/erc_leitlinien_2005.html. [Datum des Zugriffs: 23.02.2006].
- Europäische Kommission Generaldirektion XXII: Lehren und Lernen. Auf dem Weg zur kognitiven Gesellschaft. Weißbuch zur allgemeinen und beruflichen Bildung. Brüssel-Luxemburg 1995.
- Europäische Kommission. Generaldirektion Binnenmarkt. Studie über Pflegekräfte in Europa. MARKT/D/8031/2000. Brüssel, 01.08.2000. Originaltitel (engl.): Studie of Specialist Nurses in European. Online-Recherche. Verfügbar über: <http://ec.europa.eu/internal-market/qualifications/specific-sectors-de.htm>. [Datum des Zugriffs: 13.12.2005].
- Europäische Kommission. Europäisches System zur Anrechnung, Übertragung und Akkumulierung von Studienleistungen (ECTS)-Kernpunkte. Verfügbar über: <http://europa.eu.int/comm/education/programmes/sokrates/ects-de.html>. [Datum des Zugriffs: 09.06.2005].
- Europäische Kommission. Der Bologna-Prozess. Nächste Station: Bergen 2005. Verfügbar über: <http://europa.eu.int/comm/education/policies/educ/bologna-de.html>. [Datum des Zugriffs: 13.12.2005].
- Evers, G.C.M.: Die Selbstpflegedefizit – Theorie von Dorothea Orem. In: Osterbrink, J. (Hrsg.): Erster internationaler Pflgetheorienkongreß Nürnberg. Bern. 1998, S. 104-133.
- Fawcett-Hennessy, A.: Gesundheitsziele 2000 und Handlungsprofile der Pflegenden – Brauchen wir eine veränderte Ausbildung? In: Bildung und Pflege. Die Europäische Dimension. 2000, S. 37-40.
- Fawcett, J.: Spezifische Theorien der Pflege im Überblick. Bern 1999. Titel der Originalausgabe "Analysis and Evaluation of Nursing Theories". Philadelphia 1993.
- Fawcett, J.: Konzeptuelle Modelle der Pflege im Überblick. 2. überarbeitete Auflage. Bern 1998. Titel der Originalausgabe "Analysis and Evaluation of Conceptual Models of Nursing". Philadelphia 1995.
- f-bb (Forschungsinstitut Betriebliche Bildung): Studie zu den Potenzialen von eLearning-, Blended-Learning-Lösungen. Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH Sektorvorhaben „Crystal-IKT-gestützte berufliche Qualifizierung“ PN: 01.2450.3-001.01. Online-Recherche. <http://www.f-bb.de> [Datum des Zugriffs: 14.07.2006].
- Fietzek, L./ Kraushaar, D.: Pflege auf dem Weg zur Hochschule. Ein neuer Studiengang. Fachhochschulverlag. Frankfurt am Main 1993.
- Flechsig, K.-H.: Cultural Transmission, Teaching, and Organized Learning as Culture-embedded. Materialien zum interkulturellen Training. © Institut für Interkulturelle Didaktik e.V. 2006.
- Flechsig, K.-H.: Cultural Transmission, Teaching, and Organized Learning as Culture-Embedded Activities. In: Instructional Design: International Perspectives. Ed. By Robert D. Tennyson/ F. Schott/ N.M. Seel/ S. Dijkstra. Vol. 1: Theory, Research, and Models. Mahawa, NJ [u.a.]: Erlbaum 1997.
- Flechsig, K.-H.: Kleines Handbuch didaktischer Modelle. Eichenzell 1996.
- Flechsig, K.-H.: Historical and Philosophical Backgrounds of Instructional Design. A European Views. Internes Arbeitspapier 3/1994. Institut für Interkulturelle Didaktik der Georg-August-Universität Göttingen 1994.
- Flechsig, K.-H.: Anforderungsanalyse. Studienprogramm "Interkulturelle Didaktik für Wirtschaftspädagogen" (Kurs 15). Unveröffentlichtes Paper. Georg-August-Universität Göttingen 1993a.
- Flechsig, K.-H.: Programm-/ Lehrplananalyse. Studienprogramm "Interkulturelle Didaktik für Wirtschaftspädagogen" (Kurs 17). Unveröffentlichtes Paper. Georg-August-Universität Göttingen 1993b.

- Flechsig, K.-H.: Kompetenzen und Lernziele. Studienprogramm "Interkulturelle Didaktik für Wirtschaftspädagogen" (Kurs 22). Unveröffentlichtes Paper. Georg-August-Universität Göttingen 1993c.
- Flechsig, K.-H.: Programm-Evaluierung. Studienprogramm "Interkulturelle Didaktik für Wirtschaftspädagogen" (Kurs 20). Unveröffentlichtes Paper. Georg-August-Universität Göttingen 1993d.
- Flechsig, K.-H.: Einführung in CEDID. Ein tätigkeits-unterstützendes und wissens-basiertes System für computer-ergänzt didaktisches Design. Göttingen 1990.
- Flechsig, K.-H.: Didaktisches Design: Neue Methode oder neues Entwicklungsstadium der Didaktik? Institut für Interkulturelle Didaktik. Internes Arbeitspapier. Georg-August-Universität Göttingen 1987.
- Flechsig, K.-H.: Der Göttinger Katalog Didaktischer Modelle. Theoretische und methodologische Grundlagen. Göttinger Monographien zur Unterrichtsforschung. Georg-August-Universität Göttingen 1983.
- Flechsig, K.-H./ Haller, H.-D.: Einführung in didaktisches Handeln. Stuttgart 1975.
- Flechsig, K.-H.: Formulierung, Analyse und Kritik von Lernzielen. Interdisziplinäres Zentrum für Hochschuldidaktik der Universität Hamburg 1974.
- Flechsig, K.-H./ Haller, H.-D.: Entscheidungsprozesse in der Curriculumentwicklung. Deutscher Bildungsrat. Gutachten und Studien der Bildungskommission Bd. 24. 1. Auflage. Stuttgart 1973.
- Flechsig, K.-H./ Haller, H.-D. u.a.: Probleme der Entscheidung über Lernziele. Begründung und Aufriss des Forschungsplanes zum LOT - Projekt. In: Achtenhagen, F./ Meyer, H.L. (Hrsg.): Curriculumrevision - Möglichkeiten und Grenzen. München 1971, S. 243-282.
- Flechsig, K.-H./ Haller, H.-D.: Ein erfahrungswissenschaftlich-entscheidungstheoretischer Ansatz einer Theorie der Curriculumentwicklung. Monographie zur Unterrichtsforschung VI. Konstanz 1970.
- Forgas, J.R.: Soziale Interaktion und Kommunikation. Eine Einführung in die Sozialpsychologie. 3. Auflage. Weinheim 1995.
- Electronic Publishers 2000.
- Frey, K./ Isenegger, U.: Bildung curricularer Sequenzen und Strukturen. In: Frey, K./ Achtenhagen, F./ Haft, H./ Haller, H.-D. u. a. (Hrsg.): Curriculum-Handbuch. Band II. München 1975, S. 158-164.
- Frey, K.: Kriteriensysteme in der Curriculumkonstruktion: begriffliche Grundlagen. In: Frey, K. (Hrsg.): Kriterien in der Curriculumkonstruktion. 3. Auflage. Weinheim 1973, S. 13-23.
- Frey, K.: Die Taxonomie: Instrument oder Theorie der Curriculumkonstruktion? In: Achtenhagen, F./ Meyer, H.L. (Hrsg.): Curriculumrevision – Möglichkeiten und Grenzen. München 1971, S. 234-242.
- Friedrichs, J.: Methoden empirischer Sozialforschung. 14. Auflage. Opladen 1980. Nachdruck 2002, Opladen.
- Fuchs, H.-W./ Reuter, L.R. (Hrsg.): Internationalisierung der Hochschulsysteme. Der Bologna-Prozess und das Hochschulwesen der USA. Hamburger Beiträge zur Erziehungs- und Sozialwissenschaft. Heft 6. Hamburg 2003.
- Fuchs, R.: Psychologie als Handlungswissenschaft: Handlungsstruktur, Handlungskompetenz und Persönlichkeitsentwicklung. Eine Einführung. 1995.
- Fuhrmann, M.: Bildung. Europas kulturelle Identität. Stuttgart 2002.
- Gasser, P.: Neue Lernkultur. Eine integrative Didaktik. 2. Auflage. Pädagogik bei Sauerländer. Band 26. Aarau 2002.
- Gauss, U.: Die generalistische Pflegeausbildung – eine Bestimmung beruflicher Handlungskompetenz. In: Bundesausschuss der Länderarbeitsgemeinschaften der Lehrerinnen und Lehrer für Pflegeberufe (Hrsg.): Bildung und Pflege. Stuttgart 1997, S. 110-113.
- Gerstenmaier, J./ Mandl, H.: Wissensanwendung im Handlungskontext: Die Bedeutung intentionaler und funktionaler Perspektiven für den Zusammenhang von Wissen und Handeln. In: Mandl, H./ Gerstenmaier, J. (Hrsg.): Die Kluft zwischen Wissen und Handeln. Empirische und theoretische Lösungsansätze. Göttingen [u.a.] 2000, S. 289-321.
- Glötz, P.: Die Universität in der Informationsgesellschaft. Paderborn 2004.
- Gruber, H./ Mandl, H./ Renkl, A.: Was lernen wir in Schule und Hochschule: Träges Wissen? In: Mandl, H./ Gerstenmaier, J. (Hrsg.): Die Kluft zwischen Wissen und Handeln. Empirische und theoretische Lösungsansätze. Göttingen [u.a.] 2000, S. 139-156.
- Gudjons, H./ Winkel, R. (Hrsg.): Didaktische Theorien. 11. Auflage. Hamburg 2002.
- Gudjons, H.: Handlungsorientiert lehren und lernen. Schüleraktivierung – Selbsttätigkeit – Projektarbeit. 6. überarbeitete und erweiterte Auflage. Bad Heilbrunn/ OBB 2001.
- Gundem, B.B.: Historische Wurzeln und heutige Grundlagen. In: Hopmann, S./ Riquarts, K.: Didaktik und/ oder Curriculum. Grundprobleme einer international vergleichenden Didaktik. Weinheim 1995.
- Hacker, H.: Lehrplan. In: Haller, H.-D./ Meyer, H. (Hrsg.): Ziele und Inhalte der Erziehung des Unterrichts. Band 3. Enzyklopädie Erziehungswissenschaft hrsg. von D. Lenzen. Stuttgart 1986, S. 520-524.

- Haft, H./ Hameyer, U. (Hrsg.): Organisation der Vermittlung von Theorie und Praxis in Curriculum-reformen – Bedingungsanalyse und Handlungskonsequenzen. In: Frey, K./ Achtenhagen, F./ Haft, H. u.a. (Hrsg.): Curriculum-Handbuch. Band I. München 1975, 412-426.
- Haller, H.-D.: Evaluation von Bildungsprojekten: grundlegende Konzeptüberlegungen und Begründung für einen Ansatz kontinuierlicher Sammlungen von Inventaren. Evaluationsansatz eL3, Hintergrund/ Grundlagen. 2007. Verfügbar über: www.blinc-eu.org. [Datum des Zugriffs: 03.04.2007].
- Haller, H.-D.: Matrices for documentation, planning and evaluation of formal and informal learning for an active citizenship. (ACT!). 2006. Verfügbar über: www.act-eu.org; www.blinc-eu.org; www.gkdm.de; <http://www.ikud.de>. [Datum des Zugriffs: 17.12.2006].
- Haller, H.-D.: Texte zur Webdidaktik. Verfügbar über: <http://wwwuser.gwdg.de/~hhaller/WebMat.htm> [Datum des Zugriffs: 25.07.2006].
- Haller, H.-D.: Evaluation von Lehre – ein Weg zu einer effektiven Wissenschaft? In: Hoffmann, D./ Neumann, K. (Hrsg.): Ökonomisierung der Wissenschaft. Forschen, Lehren und Lernen nach den Regeln des Marktes. Weinheim [u.a.] 2003, S. 177-191.
- Haller, H.-D.: E-Learning und didaktische Vielfalt. In: Riekhof, H.-Ch. (Hrsg.): E-Learning in der Praxis: Strategien, Konzepte, Fallstudien. 1. Auflage. Wiesbaden. (Online-Journal), (2002). Verfügbar über: <http://www.gwdg.de/~hhaller/matPH.htm> [Datum des Zugriffs: 15.06.2005].
- Haller, H.-D.: Alternative Instructional Models and Knowledge – Organization and Design – Support With CEDID. In: Instructional Design: International Perspectives. Ed. By Robert D. Tennyson/ F. Schott/ N.M. Seel/ S. Dijkstra. Vol. 1: Theory, Research, and Models. Mahawa, NJ [u.a.]: Erlbaum 1997.
- Haller, H.-D.: Lernstile und Lernstrategien. Institut für Interkulturelle Didaktik der Georg-August-Universität Göttingen. Internes Arbeitspapier. 1987.
- Haller, H.-D./ Meyer, H. (Hrsg.): Ziele und Inhalte der Erziehung des Unterrichts. Band 3. Enzyklopädie Erziehungswissenschaft hrsg. von D. Lenzen. Stuttgart 1986.
- Haller, H.-D.: Implementation und Evaluation von Curriculumprozessen. In: Hameyer, U./ Frey, K./ Haft, H. (Hrsg.): Handbuch der Curriculumforschung. Erste Ausgabe. Weinheim [u.a.]. 1983, S. 521-529.
- Haller, H.-D./ Kayser, B.: Lehrer werde Lerner: Über die Qualifikation für didaktisches Handeln. Studienreihe Schulpädagogik. Hrsg. von K. Kunert. Bd. 14. München 1980.
- Haller, H.-D.: Die personelle Zusammensetzung von Curriculumprojektgruppen – Bericht über den gegenwärtigen Status und Empfehlungen. In: Frey, K./ Achtenhagen, F./ Haft, H. u.a. (Hrsg.): Curriculum-Handbuch. Band I. München 1975a, S. 521-530.
- Haller, H.-D.: Formen der Einführung in curriculares Arbeiten. In: Frey, K./ Achtenhagen, F./ Haft, H. u.a. (Hrsg.): Curriculum-Handbuch. Band III. München 1975d, S. 191-201.
- Haller, H.-D.: Prozess-Analyse der Lehrplanentwicklung in der Bundesrepublik Deutschland. Bericht über eine empirische Untersuchung der Lehrplankommission in der BRD, unter Berücksichtigung vergleichbarer angelsächsischer Analysen. Konstanz 1973.
- Hameyer, U.: Allgemeine Curriculumtheorien. In: Hameyer, U./ Frey, K./ Haft, H. (Hrsg.): Handbuch der Curriculumforschung. Erste Ausgabe. Weinheim [u.a.]. 1983, S. 29-51.
- Hameyer, U.: Systematisierung von Curriculumtheorien. In: Hameyer, U./ Frey, K./ Haft, H. (Hrsg.): Handbuch der Curriculumforschung. Erste Ausgabe. Weinheim [u.a.]. 1983, S. 53-100.
- Handl, G./ Schweiger, S.: Vom Mythos zum Pragmatismus – Lernplattform der Gesundheits- und Krankenpflegeschule Wilhelminenspital, Wien. In: PRINTERNET 03/06, S. 140-144.
- Hanisch, T./ Meyer, H.: Bildungsreform und schulischer Alltag: Was leisten lernzielorientierte Richtlinien für die Unterrichtsvorbereitung des Lehrers? In: Haller, H.-D./ Lenzen, D. (Hrsg.): Wissenschaft im Reformprozeß. Aufklärung oder Alibi? 1. Auflage. Jahrbuch für Erziehungswissenschaft 1977/78. Stuttgart 1977, S. 68-102.
- Häussler, P.: Analyse und Aufarbeitung von Curriculummaterialien. In: Frey, K./ Achtenhagen, F./ Haft, H. u.a. (Hrsg.): Curriculum-Handbuch. Band I. München 1975, S. 234-239.
- Heidbrink, L.: Kritik der Verantwortung. Zu den Grenzen verantwortlichen Handelns. 2004.
- Hellige, B.: Professionalisierung der Pflege – zum Verhältnis von Wissen und Macht in der Pflege. In: PrinterNet. PflegePädagogik 12(2005)7, S. 692-699.
- Heipcke, K.: Probleme der Evaluation in der praxisorientierten Curriculumentwicklung. In: Frey, K./ Achtenhagen, F./ Haft, H. (Hrsg.): Curriculum-Handbuch. Band II. München 1975, S. 600-614.
- Henderson, V.: Grundregeln der Krankenpflege. (Hrsg.): Weltbund der Krankenschwestern und Krankenpfleger Genf. Originalausgabe: Titel "Basis Principles of Nursing Care" 1969. Dt.: 3. Ausgabe 1977.
- Hentig, v. H.: Bildung. Ein Essay. 5. leicht überarbeitete Auflage. Weinheim [u.a.] 2004.

- Herz-Lungen-Wiederbelebung (Online-Journal). Verfügbar über: <http://de.wikipedia.org/wiki/kardiopulmonale-Reanimation>. [Datum des Zugriffs: 21.04.2006].
- Heursen, G.: Ungewöhnliche Didaktiken. Hamburg 1997.
- Heursen, G.: Allgemeine Didaktik. In: Haller, H.-D./ Meyer, H. (Hrsg.): Ziele und Inhalte der Erziehung des Unterrichts. Band 3. Enzyklopädie Erziehungswissenschaft hrsg. von D. Lenzen. Stuttgart 1986, S. 407-415.
- Heymann, Hans W.: Zusammenhänge zwischen Unterrichtsvariablen, insbesondere zwischen Lernmethoden und Lerninhalten. In: Frey, K./ Achtenhagen, F./ Haft, H. u.a. (Hrsg.): Curriculum-Handbuch. Band II. München 1975, S. 69-76.
- Hoffmann, D./ Neumann, K. (Hrsg.): Ökonomisierung der Wissenschaft. Forschen, Lehren und Lernen nach den Regeln des Marktes. Weinheim [u.a.] 2003.
- Hopmann, S. (Hrsg.): Zugänge zur Geschichte staatlicher Lehrplanarbeit. Institut für die Pädagogik der Naturwissenschaften an der Universität (IPN). Kiel 1988.
- Hopmann, S. (Hrsg.): Lehrplangeschichte international. Köln 1990.
- Hopmann, S./ Haft, H.: Lehrplangeschichte. Themen, Methoden und Probleme vergleichender Forschung. In: Hopmann, S. (Hrsg.): Lehrplangeschichte international. Köln. 1990, S. 361-378.
- Hopmann, S./ Riquarts, K.: Didaktik und/ oder Curriculum. Grundprobleme einer international vergleichenden Didaktik. Weinheim 1995.
- Huber, G.L.: Entscheidungsprozesse bei individuellem und kognitivem Lernen. In: Gruber, H./ Renkl, A. (Hrsg.): Wege zum Können – Determinanten des Kompetenzerwerbs. Bern. 1997, S. 59-72.
- Hufnagel, R.: "Pflegetypen" und andere Begriffe in der modernen Pflege. In: PflegePädagogik 3 (1997), S. 37-40.
- Huisken, F.: Zur Kritik des Ansatzes bürgerlicher Curriculumtheorie. In: Frey, K./ Achtenhagen, F./ Haft, H. u.a. (Hrsg.): Curriculum-Handbuch. Band I. München 1975, S. 126-139.
- Hülken-Giesler, M. et al.: E-Learning als Bestandteil eines berufspädagogischen Lehrverbundes Pflegewissenschaft. Teil III: Didaktische Anforderungen. In: PRINTERNET 03/06, S. 179-183.
- Hüther, G.: Die Macht der inneren Bilder. Wie Visionen das Gehirn, den Menschen und die Welt verändern. 3. durchgesehene Aufl. 2006, 2004 Göttingen.
- Hüther, G.: Biologie der Angst. Wie aus Stress Gefühle werden. Göttingen 1997.
- ICN (International Council of Nursing). ICN-Ethikkodex für Pflegenden. Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK). Berlin 2001.
- Igl, G.: Öffentlich-rechtliche Grundlagen für das Berufsfeld Pflege im Hinblick auf vorbehaltene Aufgabenbereiche. Kiel 1998.
- Jahn, H.: Deutsche Studiengangsentwicklung im Kontext des Bologna-Prozesses: Umsetzung in der Pflege. In: PrinterNet 01/05, S. 14-18.
- Jäger, P.: Der Erwerb von Kompetenzen als Konkretisierung der Schlüsselqualifikationen – Eine Herausforderung an Schule und Unterricht. Universität Passau. Dissertation 2001. (Online-Journal). Verfügbar über: <http://deposit.ddb.de/cgi-bin/dokserv?idn=963958623>. [Datum des Zugriffs: 04.04.2005].
- Jank, W./ Meyer, H.: Didaktische Modelle. 3. Auflage. Frankfurt am Main 1994.
- Jennings, A.: Didaktik, Curriculum und der Lehrplan - eine englische Sicht. In: Hopmann, S./ Riquarts, K. (Hrsg.): Didaktik und/oder Curriculum. Grundprobleme einer international vergleichenden Didaktik. Weinheim 1995, S. 261-272.
- Juchli, L.: Pflege – Praxis und Theorie der Gesundheits- und Krankenpflege. 7. neu bearbeitete Auflage. Stuttgart 1994.
- Kaiser, A.: Legitimationsmodelle in der Curriculumentwicklung. In: Hameyer, U./ Frey, K./ Haft, H. (Hrsg.): Handbuch der Curriculumforschung. Erste Ausgabe. Weinheim [u.a.]. 1983, S. 597-606.
- Kaiser, A.: Hermeneutische und ideologiekritische Verfahren der Curriculumanalyse. In: Frey, K./ Achtenhagen, F./ Haft, H./ Haller, H.-D./ Hameyer, U./ Hesse, H.A./ Hiller, G.G./ Klafki, W./ Teschner, W.-P./ van Trotzenburg, E.A./ Wulf, Ch. (Hrsg.): Curriculum-Handbuch. Band I. München. 1975, S. 186-197.
- Kansanen, P./ Uljens, M.: Eine systemische Übersicht über die finnische Didaktik. In: Hopmann, S./ Riquarts, K. (Hrsg.): Didaktik und/oder Curriculum. Grundprobleme einer international vergleichenden Didaktik. Weinheim. 1995, S. 299-308.
- Kampen, N. van: Pflege als Wissenschaft benötigt eine Theorie. Aber welche? In: Osterbrink, J. (Hrsg.): Erster internationaler Pflegetheorienkongress Nürnberg. Bern 1998, S. 348-354.
- Kayser, B.: „Handelnder Umgang“ als didaktisches Prinzip im naturwissenschaftlich orientierten Unterricht in der Primarstufe. In: AFU-Nachrichten. Arbeitsgruppe für Unterrichtsforschung am Pädagogischen Seminar der Universität Göttingen. Juni 1978, S. 12-30.

- Kellnhauser, E. u.a.: Berufskompetenzen professionell Pfleger (Hrsg.): Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe (DBR). Berlin 2003.
- Kerlinger, Fred N.: Grundlagen der Sozialwissenschaften. Band 2. Aus dem Amerikanischen übertragen, bearbeitet und herausgegeben von W. Conrad und P. Strittmatter. Weinheim und Basel 1979.
- Klafki, W.: Kategoriale Bildung. Zur bildungstheoretischen Deutung der modernen Didaktik. In: Klafki, W. 1963, S. 25-45.
- Klafki, W. : Stichwort: Das Elementare, Fundamentale, Exemplarische. In: Groothoff, H.-H./ Stellmann, M. (Hrsg.): Pädagogisches Lexikon. Stuttgart [u.a.] 1961, 2. Aufl. 1964, S. 189-194.
- Klafki, W.: Neue Studien zur Bildungstheorie und Didaktik. Beiträge zur kritisch-konstruktiven Didaktik. Weinheim [u. a.] 1985.
- Klafki, W.: Zum Problem der Inhalte des Lehrens und Lernens in der Schule aus der Sicht kritisch-konstruktiver Didaktik. In: Hopmann, S./ Riquarts, K. (Hrsg.): Didaktik und/ oder Curriculum. Grundprobleme einer international vergleichenden Didaktik. Weinheim. 1995, S. 91-102.
- Klafki, W.: Die bildungstheoretische Didaktik im Rahmen kritisch-konstruktiver Erziehungswissenschaft. Oder: Zur Neufassung der Didaktischen Analyse. In: Gudjons, H./ Winkel, R. (Hrsg.): Didaktische Theorien. Neubearbeitete 9. Auflage 1997. 11. Auflage. Hamburg 2002, S. 13-34.
- Klimecki, Rüdiger, G./ Probst, G.: Interkulturelles Lernen. Nr. 4 (1992). Studienmaterial. Erschienen in: Haller, M./ Bleicher, K./ Brauchlin, E. u.a. (Hrsg.): Globalisierung der Wirtschafts-Einwirkungen auf die Betriebswirtschaftslehre. 54. Wissenschaftliche Jahrestagung des Verbandes der Hochschullehrer für Betriebswirtschaftslehre. St. Gallen, S. 243-272. Bern 1993.
- Klüver, J.: Probleme der Curriculumentwicklung im Tertiärbereich (Universitäten, Hochschulen). In: Frey, K./ Achtenhagen, F./ Haft, H. u.a. (Hrsg.): Curriculum-Handbuch. Band III. München 1975, S. 326-335.
- KMK (Kultusministerkonferenz der Länder). Handreichungen für die Erarbeitung von Rahmenlehrplänen für den berufsbezogenen Unterricht. Bonn 2000.
- KMK (Kultusministerkonferenz der Länder). Vereinbarung über den Erwerb der Fachhochschulreife in beruflichen Bildungsgängen. Bonn 2001.
- Knigge-Demal, B.: Grundsätzliche Fragen an eine fächerübergreifende Didaktik der Pflegeberufe. In: Koch, V. (Hrsg.): Bildung und Pflege. 2. Europäisches Osnabrücker Kolloquium. 1. Auflage. Bern [u.a.] 1999, S. 31-44.
- Köberich, S.: Beratung im Gesundheitswesen – Chance für die Pflege? In: PRINTERNET 03/06, S. 133-136.
- Koch, V. (Hrsg.): Bildung und Pflege. 2. Europäisches Osnabrücker Kolloquium. 1. Auflage. Bern [u.a.] 1999.
- Köhne, S.: Didaktischer Ansatz für das Blended Learning: Konzeption und Anwendung von Educational Patterns. Dissertation 2005. Universität Hohenheim Fachgebiet: Wirtschaftsinformatik.
- König, E.: Theorien der Curriculumlegitimation. In: Hameyer, U./ Frey, K./ Haft, H. (Hrsg.): Handbuch der Curriculumforschung. Erste Ausgabe. Weinheim [u.a.] 1983, S. 587-596.
- Köster, J.: „Was DeutschdidaktikerInnen wissen und können müssen“. PDF-Datei. Verfügbar über: www.didaktikdeutsch.de/vortraege/. [Datum des Zugriffs: 17.03.2006].
- Kramp, W.: Stichwort: Unterrichtsvorbereitung und Nachbesinnung. In: Groothoff, H.-H./ Stellmann, M. (Hrsg.): Pädagogisches Lexikon. Stuttgart [u.a.] 1961, 2. Aufl. 1964, S. 986-988.
- Krathwohl, D.R.: Der Gebrauch der Taxonomie von Lernzielen in der Curriculumtheorie. In: Achtenhagen, F./ Meyer, H.L. (Hrsg.): Curriculumrevision – Möglichkeiten und Grenzen. München 1971, S. 75-97.
- Krause, C./ Fittkau, B./ Fuhr, R./ Thiel, U.: Pädagogische Beratung. Grundlagen und Praxisanwendung. Paderborn: Schöningh UTB. 2003.
- Krause, C.: Ich bin Ich. Gesundheitsförderung durch Selbstwertstärkung. Bericht über ein Projekt zur Gesundheitsförderung in Grundschulen. Göttinger Beiträge zur erziehungswissenschaftlichen Forschung Nr. 15. Pädagogisches Seminar der Georg-August-Universität Göttingen 1998.
- Kristel, K.-H.: Aufbruch zur professionellen Emanzipation? – Modelle des Menschen beeinflussen die Pflege: 2. Folge. In: Die Schwester/ Der Pfleger 36. Jahrg. 12/1997, S. 105-110.
- Kuffer, C.: Positionen zur Pflegeausbildung aus der Sicht des Europarates und der Europäischen Union. In: Tagungsband. 6. Bundestagung 22.-24. Mai 1996. BA der Länderarbeitsgemeinschaften der Lehrerinnen und Lehrer für Pflegeberufe.
- Lange, C.: Interkulturelle Orientierung am Beispiel der Trainingsmethode "Cultural Assimilator". Beiträge zur interkulturellen Didaktik. Band 3. Zentrum für didaktische Studie e.V. Göttingen 1994.
- Langewand, A.: Handeln. In: Theorie und Grundbegriffe der Erziehung und Bildung. Hrsg. von: D. Lenzen, K. Mollenhauer. Enzyklopädie Erziehungswissenschaft. Band 1 1983, S. 427-431.

- Lattimer, V.: Evaluating teaching effectiveness. In: Curriculum Planning in Nursing Education: Practical Applications. Edited by Stella Pendleton and Alan Myles. First published in Great Britain 1991. London [u.a.] 1993, S. 185-202.
- Law, Lai-Chong: Die Überwindung der Kluft zwischen Wissen und Handeln aus situativer Sicht. In: Mandl, H./ Gerstenmaier, J. (Hrsg.): Die Kluft zwischen Wissen und Handeln. Empirische und theoretische Lösungsansätze. Göttingen [u.a.] 2000, S. 253-287.
- Lehmensick, E.: Die Theorie der formalen Bildung. Göttingen 1926.
- Leiniger, M.: Die Theorie der kulturspezifischen Fürsorge zur Weiterentwicklung von Wissen und Praxis der professionellen transkulturellen Pflege. In: Osterbrink, J. (Hrsg.): Erster internationaler Pflege-theorien-kongreß Nürnberg. Bern 1998, S. 73-90.
- Lemke, D.: Lernziel. In: Haller, H.-D./ Meyer, H. (Hrsg.): Ziele und Inhalte der Erziehung des Unterrichts. Band 3. Enzyklopädie Erziehungswissenschaft hrsg. von D. Lenzen. Stuttgart 1986, S. 537-552.
- Lenzen, D./ Mollenhauer, K. (Hrsg.): Theorien und Grundbegriffe der Erziehung und Bildung. Band 1. Enzyklopädie Erziehungswissenschaft hrsg. von D. Lenzen. Stuttgart 1983.
- Leont'jev, A.N.: Tätigkeit, Bewußtsein, Persönlichkeit. 1. Auflage. Stuttgart 1977.
- Losser, F.: Konzipierung von Lernsituationen im Curriculum. In: Hameyer, U./ Frey, K./ Haft, H. (Hrsg.): Handbuch der Curriculumforschung. Erste Ausgabe. Weinheim [u.a.] 1983, S. 441-455.
- Maanen van, H.: Umbruch im Gesundheits- und Sozialwesen im internationalen und nationalen Kontext - Herausforderungen für die Lehrenden in der Pflege. In: Bildung und Pflege. Die Europäische Dimension. 2000, S. 62-75.
- Mager, R.F.: Lernziele und Unterricht. Originaltitel: Preparing Instructional Objectives. 1965, dt.: 1977/1994. Weinheim [u.a.]
- Mager, R.F.: Lernziele und Programmierter Unterricht. Engl. Titel: Preparing objectives for programmed instruction. 1961; 1963; dt.: 1965, 2. Auflage 1972. Weinheim.
- Mandl, H./ Gerstenmaier, J.: Einleitung: Die Kluft zwischen Wissen und Handeln. In: Mandl, H./ Gerstenmaier, J. (Hrsg.): Die Kluft zwischen Wissen und Handeln. Empirische und theoretische Lösungsansätze. Göttingen [u.a.] 2000, S. 11-23.
- Mandl, H./ Gruber, H./ Renkl, A.: Perspektiven der Hochschullehre. In: Seibert, N./ Serve, Helmut J. (Hrsg.): Bildung und Erziehung an der Schwelle zum dritten Jahrtausend. München 1994, S. 1271-1283.
- Maturana, H.R./ Varela, F.J.: Der Baum der Erkenntnis. Die biologischen Wurzeln des menschlichen Erkennens. Titel des Originals: „El árbol del concocimiento“. 1984, dt. Bern [u.a.] 1987.
- Mayring, P.: Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 9. Aufl. Weinheim und Basel 2007.
- Merkens, P./ Strittmatter, P.: Empirische Verfahren der Curriculumanalyse. In: Frey, K./ Achtenhagen, F./ Haft, H. u.a. (Hrsg.): Curriculum-Handbuch. Band I. München 1975, S. 197-210.
- Merton, Robert K.: Soziologische Theorie und soziale Struktur. Hrsg. und eingeleitet von V. Meja und N. Stehr. Berlin [u.a.] 1995.
- Meyer, H.L.: Skizze des Legitimationsproblems von Lernzielen und Lerninhalten. In: Frey, K./ Achtenhagen, F./ Haft, H. u.a. (Hrsg.): Curriculum-Handbuch. Band II. München 1975, S. 426-438.
- Meyer, Meinert A.: Handlungskompetenz. In: Haller, H.-D./ Meyer, H. (Hrsg.): Ziele und Inhalte der Erziehung des Unterrichts. Band 3. Enzyklopädie Erziehungswissenschaft hrsg. von D. Lenzen. Stuttgart 1986, S. 452-459.
- Mischo-Kelling, M./ Wittneben, K. (Hrsg.): Pflegebildung und Pflege-theorien. München 1995.
- Mischo-Kelling, M./ Wittneben, K.: Zur Situation der Aus- und Weiterbildung in der Krankenpflege in Deutschland. In: Mischo-Kelling, M./ Wittneben, K. (Hrsg.): Pflegebildung und Pflege-theorien. München 1995, S. 205-291.
- MMB-Institut für Medien- und Kompetenzforschung. „Learning-Delphi für Hochschulen 2006“. Online-Recherche. <http://www.mmb-institut.de/2004/pages/start/home.html> [Datum des Zugriffs: 14.07.2006].
- Möller, C.: Technik der Lernplanung. Methoden und Probleme der Lernzielerstellung. Weinheim [u.a.] 1969.
- Möller, C.: Techniken der Klassifizierung und Hierarchisierung von Lernzielen. In: Frey, K./ Achtenhagen, F./ Haft, H. u.a. (Hrsg.): Curriculum-Handbuch. Band III. München 1975, S. 411-420.
- Möller, C.: Die curriculare Didaktik. Oder: Der lernzielorientierte Ansatz. In: Gudjons, H./ Winkel, R. (Hrsg.): Didaktische Theorien. Neubearbeitete 9. Auflage 1997. 11. Auflage. Hamburg 2002, S. 75-92.
- Müller, K.: Lernaufgaben – Wissenstransfer & Reflexion in realen Berufssituationen. In: PrinterNet. PflegePädagogik 12(2005)7, S. 685-691.
- Müller-Lissner, A.: Gesetze regeln nur den Rahmen, Qualität hängt von Personen ab. In: Heilberufe 8 (1997), S. 38-40.

- Myles, A.: Independent studies and the curriculum in nursing education. In: Curriculum Planning in Nursing Education: Practical Applications. Edited by Stella Pendleton and Alan Myles. First published in Great Britain 1991. London [u.a.] 1993, S. 166-184.
- Nolting, H.-P./ Paulus, P.: Psychologie lernen. Eine Einführung und Anleitung. 6. Auflage. Weinheim 1996.
- Nordenbo, S.E./ Reisby, K./ Schnack, K.: Didaktik in Dänemark. In: Hopmann, S./ Riquarts, K. (Hrsg.): Didaktik und/oder Curriculum. Grundprobleme einer international vergleichenden Didaktik. Weinheim 1995, S. 285-298.
- Oelke, U./ Maier, K.: Pflegeausbildung & Pflegestudium kombinieren. Ein dualer Studiengang mit dem Abschluss „Bachelor of Art's (Nursing)“. In: PrinterNet. PflegePädagogik 1(2005)7, S. 19-24.
- Oelke, U.: Kriterien zur Beurteilung und Konstruktion von Curricula. In: Koch, V. (Hrsg.): Bildung und Pflege. 2. Europäisches Osnabrücker Kolloquium. 1. Auflage. Bern [u.a.] 1999, S. 15-30.
- Oelke, U.: Schlüsselqualifikationen in der Pflege. In: Pflegepädagogik 2(1998), S. 42-46.
- Oelkers, J./ Osterwalder, F.(hrsg.): Pestalozzi, Umfeld und Rezeption. Studien zur Historisierung einer Legende. Weinheim [u.a.] 1995.
- Oelkers, J. Kodifizierte Bestimmungsfaktoren curricularer Bildungskonzepte. In: Hameyer/ Frey/ Haft (Hrsg.): Handbuch der Curriculumforschung. Erste Ausgabe. Weinheim [u.a.] 1983. S. 361.
- Osterbrink, J. (Hrsg.): Erster Internationaler Pflgetheorienkongreß Nürnberg. Bern [u.a.] 1998.
- Otto, G./ Schulz, W. (Hrsg.): Methoden und Medien der Erziehung und des Unterrichts. Band 4. Enzyklopädie Erziehungswissenschaft, hrsg. Von D. Lenzen. Stuttgart 1985.
- Otto, H.-U./ Rauschenbach, T. (Hrsg.): Die andere Seite der Bildung. Zum Verhältnis von formellen und informellen Bildungsprozessen. VS Verlag für Sozialwissenschaften. September 2004.
- PABiS (Pflegeausbildungsstudie Deutschland). Bundesweite Befragung zur Lage und Situation des Ausbildungswesens in den Pflegeberufen in Deutschland. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. dip (Köln) in Kooperation mit dem Deutschen Krankenhaus Institut (DKI). 2006. Online-Recherche. Verfügbar über: www.bosch-stiftung.de/pflegeausbildung. [Datum des Zugriffs: 15.04.2006].
- Pendleton, S.: Improving curriculum decision-making. In: Curriculum Planning in Nursing Education: Practical Applications. Edited by Stella Pendleton and Alan Myles. First published in Great Britain 1991. London [u.a.] 1993, S. 220-226.
- Pestalozzi, H.: Wie Gertrud ihre Kinder lehrt (1801). In: Pestalozzi Sämtliche Werke (PSW). 13. Band. Schriften aus der Zeit von 1799-1801. Hrsg. von: A. Buchenau/ E. Spranger/ H. Stettbacher. Berlin [u.a.] 1932.
- Piaget, J.: Nachahmung, Spiel und Traum: die Entwicklung der Symbolfunktion beim Kinde. La formation du symbole chez l'enfant [frz.]. Stuttgart 1975.
- Pochmarski, R.: Anforderungen an die Fachkompetenz der Krankenschwestern und Krankenpfleger. In: Bildung und Pflege. Die Europäische Dimension. (Hrsg.): BA e.V. 2000, S. 44-51.
- Prenzel, M.: Mit Interesse in das dritte Jahrtausend! Pädagogische Überlegungen. In: Seibert, N./ Serve, Helmut J. (Hrsg.): Bildung und Erziehung an der Schwelle zum dritten Jahrtausend. München 1994, S. 1314-1339.
- Prenzel, M.: Sechs Möglichkeiten, Lernende zu demotivieren. In: Gruber, H./ Renkl, A. (Hrsg.): Wege zum Können. Determinanten des Kompetenzerwerbs. Bern 1997.
- Raschert, J.: Probleme der Legitimation von Lehrplänen und Richtlinien. In: Haller, H.-D./ Lenzen, D. (Hrsg.): Wissenschaft im Reformprozeß. Aufklärung oder Alibi? 1. Auflage. Jahrbuch für Erziehungswissenschaft 1977/78. Stuttgart 1977, S. 21-37.
- Ravens, U.: Handlungskompetenz in der Pflege und ihre Bedeutung für die Professionalisierung des Berufsfeldes. In: Pflege 8 (1995)4, S. 347-354.
- Reetz, L./ Seyd, W.: Curriculumtheorien im Bereich Berufsbildung. In: Hameyer, U./ Frey, K./ Haft, H. (Hrsg.): Handbuch der Curriculumforschung. Erste Ausgabe. Weinheim [u.a.] 1983, S. 171-201.
- Reiber, K.: Lehrer-Bildung als hochschuldidaktische Herausforderung – Neue Studienkonzepte und ihre Reformpotenziale. In: ZFHD 12(2004) 02, S. 1-10.
- Reinhart, M./ Kistler, A.: Konzept zur Durchführung eines Modellstudienganges Bachelor of Nursing an der Evangelischen Fachhochschule Berlin. In: PR-Internet, 4(2002) 3, S. 63-74.
- Reinmann-Rothmeier, G.: Didaktische Innovation durch Blended Learning. Leitlinien anhand eines Beispiels aus der Hochschule. Bern 2003.
- Risse, W.: Verschiedene Begriffsbestimmungen von "Curriculum": Überblick und Ansätze zur Präzisierung. In: Frey, K./ Achtenhagen, F./ Haft, H. u.a. (Hrsg.): Curriculum-Handbuch. Band I. München 1975, S. 46-59.

- Remmers, H.: Handlungstheoretische Begründungsprobleme amerikanischer Pflege-theorien. In: Osterbrink, J. (Hrsg.): Erster internationaler Pflege-theorienkongreß Nürnberg. Bern 1998, S. 225-230.
- Robert-Bosch-Stiftung: Pflege neu denken – Zur Zukunft der Pflegeausbildung. Stuttgart 2000.
- Robinson, S. B.: Ein Strukturkonzept für Curriculum – Entwicklung. In: Achtenhagen, F./ Meyer, H.L. (Hrsg.): Curriculumrevision – Möglichkeiten und Grenzen. München 1971, S. 57-74.
- Roper, N./ Logan, W.W./ Tierney, A.J.: Das Roper-Logan-Tierney-Modell. Titel der Originalausgabe "The Roper Logan Tierney Models of Nursing" 2000, dt.: Bern 2002.
- Roth, L.: Die zunehmende Pädagogisierung des Lebens – oder: Wir lernen uns zu Tode. In: Seibert, N./ Serve, Helmut J. (Hrsg.): Bildung und Erziehung an der Schwelle zum dritten Jahrtausend. München 1994, S. 300-335.
- Sairanen, R.: Gemeinsame Grundlagen einer Multikulturalität unter ethischen Aspekten. In: Wiesemann, C./ Erichsen, N./ Behrendt, H. (Hrsg.): Pflege und Ethik. Ein Leitfaden für Wissenschaft und Praxis. Stuttgart 2003, S. 201-213.
- Santini, B.: Taxonomien. In: Hameyer, U./ Frey, K./ Haft, H. (Hrsg.): Handbuch der Curriculumforschung. Erste Ausgabe. Weinheim [u.a.] 1983, S. 617-641.
- SCADPlus: Anerkennung der Diplome, Prüfungszeugnisse und Befähigungen zur Bescheinigung im Kurzschulstudium absolvierten Ausbildungsgänge. Online-Recherche. Verfügbar über: <http://europa.eu.int/scadplus/leg/de/cha/c11022c.htm> [Datum des Zugriffs: 16.06.2003].
- Scicluna, H.: Die neue Rolle der Pflege im Kontext von Europa. In: Bildung und Pflege. Eine Europäische Dimension. (Hrsg.): BA e.V. 2000, S. 40-44.
- Schäfer, W.: Evaluation eines curricularen Problemlösemodells zur Steuerung und Analyse curriculärer Entscheidungsprozesse. Verwaltungswissenschaftliche Curriculumentwicklung unter den Bedingungen des Transformationsprozesses in der Ukraine. Dissertation der Philosophischen Fakultäten der Universität des Saarlandes. Saarbrücken 2002.
- Schmidt, W.: Moderne Medizin und Menschenbild. Vom Objekt zum Individuum 2007. <http://www.gesunder-mausklick.de/medizin.pdf> [Datum des Zugriffs: 11.04.2007].
- Schmitt, R.: Lernzielformulierung. In: Hameyer, U./ Frey, K./ Haft, H. (Hrsg.): Handbuch der Curriculumforschung. Erste Ausgabe. Weinheim [u.a.] 1983, S. 607-616.
- Schnepf, W.: Perspektiven der Pflegewissenschaft. Theoriebildung in einer Praxisdisziplin. In: Pflege 10 (1997), S. 96-101.
- Schröck, R.: Des Kaisers neue Kleider? Bedeutung der Pflege-theorien für die Entwicklung der Pflegewissenschaft in Deutschland. In: Osterbrink, J. (Hrsg.): Erster internationaler Pflege-theorienkongreß Nürnberg. Bern 1998, S. 22-35.
- Schulz-Wendler, B.: Lernstile und Fremdsprachenlernen: empirische Studien zum computer-gestützten Grammatiklernen. Reihe. Fremdsprachen in Lehre und Forschung (FLF). Band 28. Zugel.: Kassel, Gesamthochschule Dissertation 2001. ASK-Verlag Bochum. Hrsg. von K. Vogel/ B. Voss. 2001.
- Schusser, G. u.a. (Hrsg.): Pflegecurricula entwickeln. Das APOC-Curriculum (Arbeitskreis Pflege Osnabrücker Curricula). Wiesbaden 1999.
- Schwarz-Govaers, R.: Praxiswissen der Pflege und Fachdidaktik. Wie kann das Praxiswissen der Pflege für eine Pflegedidaktik nutzbar gemacht werden? In: Koch, V. (Hrsg.): Bildung und Pflege. 2. Europäisches Osnabrücker Kolloquium. 1. Auflage. Bern [u.a.] 1999, S. 45-68.
- Schweizerisches Rotes Kreuz: Bestimmungen für die Diplomausbildungen in Gesundheits- und Krankenpflege vom 1.1.1992. Bern 1992.
- Seel, H./ Friehs, B.: LV für Wirtschaftspädagogen Sommersemester 2001: Allgemeine Didaktik. (Online-Journal), 2001. Verfügbar über: <http://www.kfunzigraz.ac.at/didaktik/Landkarte/Lehrplan-Curr-/hauptteil-lehrpl>. [Datum des Zugriffs: 07.08.2003].
- Seibert, N./ Serve, Helmut J. (Hrsg.): Bildung und Erziehung an der Schwelle zum dritten Jahrtausend. Multidisziplinäre Aspekte, Analysen, Positionen, Perspektiven. 1. Auflage. München 1994.
- Seyd, W.: Auf dem Prüfstand: Handlungsorientierung in der Ausbildung. In: PflegePädagogik 6(1995), S. 4-10.
- Siebert, H.: Bildung und Mündigkeit – Perspektiven einer konstruktivistischen Pädagogik. In: PrinterNet. PflegePädagogik 1(2005)7, S. 5-8.
- Siebert, H.: Der Konstruktivismus als pädagogische Weltanschauung. Entwurf einer konstruktivistischen Didaktik. Reihe: Wissenschaft in gesellschaftlicher Verantwortung. Band 44. VAS Verlag für Akademische Schriften. Frankfurt am Main 2002.
- Siebert, H.: Curriculumtheoretische Ansätze in der Erwachsenenbildung. In: Hameyer, U./ Frey, K./ Haft, H. (Hrsg.): Handbuch der Curriculumforschung. Erste Ausgabe. Weinheim [u.a.] 1983, S. 193-201.

- Sieger, M.: Gestufte Studiengänge – eine neue Qualität der Bildung der Pflege. Bochum. (Online-Journal), 2001. Verfügbar über: <http://www.pflegestudium.de/sieger.htm>. [Datum des Zugriffs: 21.06.2005].
- Smith, L.: Experiential learning. In: Curriculum Planning in Nursing Education: Practical Applications. Edited by Stella Pendleton and Alan Myles. First published in Great Britain 1991. London [u.a.] 1993. S. 44-165.
- Spires, K.: Information technology: innovation in the curriculum. In: Curriculum Planning in Nursing Education: Practical Applications. Edited by Stella Pendleton and Alan Myles. First published in Great Britain 1991. London [u.a.] 1993, 203-219.
- Spirig, R./ Bischoff Wilhelm, A.: Bibliographien zur Pflegelehre von Dorothea Orem. In: Pflege 8 (1995)3, S. 213-220.
- Statistisches Bundesamt. Europäische Unison 2003. Online-Recherche. [Datum des Zugriffs: 07.08.2006].
- Steppe, H.: Umsetzung von Pflegelehren in die deutsche Pflegepraxis. In: Osterbrink, J. (Hrsg.): Erster internationaler Pflegelehrenkongress Nürnberg. Bern 1998, S. 171-181.
- Stöcker, G.: EU-Berufe-Richtlinien. Pflegeausbildung in Europa. In: Die Schwester/ Der Pfleger 42(2003)1, S. 46-51.
- Stöcker, G.: Es gibt noch viel zu tun – Ausbildungen in den Pflegeberufen: Was trennt, was verbindet Europa? In: Heilberufe 5(2004), S. 14-15.
- Stöcker, G.: Europäisierung der Gesundheits- und Pflegeausbildung. In: Landenberger, M./ Stöcker, G./ Filkins, A. u.a. (Hrsg.): Ausbildung der Pflegeberufe in Europa. Hannover 2005, S. 17-23.
- Strittmatter, P.: Beteiligungs- und Entscheidungsformen in Curriculumprozessen. In: Hameyer, U./ Frey, K./ Haft, H. (Hrsg.): Handbuch der Curriculumforschung. Erste Ausgabe. Weinheim [u.a.] 1983, S. 239-247.
- Strunk, H./ Osterbrink, J.: Pflegelehre nach Dorothea Orem. Von der Pflegephilosophie zur Aufgabenbeschreibung. In: Die Schwester/ Der Pfleger 34 (1995)12, S. 1057f.
- Teschner, W.-P.: Curriculumanalyse und Curriculumreform. In: Frey, K./ Achtenhagen, F./ Haft, H. u.a. (Hrsg.): Curriculum-Handbuch. Band I. München 1975, S. 261-270.
- Thanhoffer, M./ Reichel, R./ Rabenstein, R.: Kreativ unterrichten. Möglichkeiten ganzheitlichen Lernens. Ein Handbuch mit Gedanken und Methoden. 3. Auflage. Münster 1997.
- Them, Chr./ Fritz, E./ Schulc, E.: Professionalisierung und Wissenschaftsentwicklung. In: PrinterNet. PflegePädagogik 12(2005)7, S. 664-670.
- Thome, M.: Die Entwicklung mittelrangiger Pflegelehren als Bindeglied zwischen Pflegepraxis und Pflegeforschung. In: Osterbrink, J. (Hrsg.): Erster internationaler Pflegelehrenkongress Nürnberg. Bern 1998, S. 270-276.
- Treml, A.K.: Zielbestimmung und Zielanalyse. In: Hameyer, U./ Frey, K./ Haft, H. (Hrsg.): Handbuch der Curriculumforschung. Erste Ausgabe. Weinheim [u.a.] 1983, S. 427-440.
- Universitätsklinikum Göttingen: Klinik für Allgemeinchirurgie. Lernstudio Chirurgie. Verfügbar über: <http://www.user.gwdg.de/~chirurg/lernstudio/> [Datum des Zugriffs: 22.06.2006].
- Universitätsklinikum Göttingen: Ressort Forschung und Lehre. Lernzentrum Herz-Kreislauf-Gefäße. Verfügbar über: <http://www.user.gwdg.de/~lernztr/> [Datum des Zugriffs: 29.06.2006].
- Universitätsklinikum Göttingen: Zentrum Anaesthesiologie, Rettungs- und Intensivmedizin. Simulationszentrum Notfallmedizin. Verfügbar über: <http://www.zari.de/html/modul...> [Datum des Zugriffs: 10.08.2006].
- Wahrig, G.: Deutsches Wörterbuch. Neu hrsg. von Dr. Renate Wahrig-Burfeind. Mit einem „Lexikon der deutschen Sprachlehre“. Gütersloh/ München 2000.
- Watzlawick, P.: Die erfundene Wirklichkeit. Wie wissen wir was wir zu wissen glauben? Beiträge zum Konstruktivismus. Hrsg. und kommentiert von P. Watzlawick. 1. Aufl. 1985. 18. Aufl. Febr. 2006. München.
- Weinert, F.E.: Psychologie des Lernens und der Instruktion. Enzyklopädie der Psychologie. Band 2. 1996.
- Westbury, I.: Didaktik und Curriculumtheorie. Zwei Seiten einer Medaille? In: Hopmann, S./ Riquarts, K. (Hrsg.): Didaktik und/ oder Curriculum. Weinheim 1995, S. 211-236.
- WHO (Weltgesundheitsorganisation) Regionalbüro für Europa Kopenhagen (DLVR020106/8): "Pflegerische und Hebammen für Gesundheit". Eine WHO-Strategie für die Ausbildung in der Pflege und im Hebammenwesen in Europa. DLVR020301-EDUCATION STRATEGY-14 MAY1999. Dt.: DBfK e.V. (Hrsg.). Eschborn, August 1999.
- WHO (Weltgesundheitsorganisation) Regionalbüro Europa: Gesundheit 21 – Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert. Kopenhagen 1998.
- Wiechmann, J. u.a.: Innovationen im Bereich schulischer Lehr- und Lernformen – Vermutungen zum Repertoire der Unterrichtsmethoden (2005). Online Recherche. Verfügbar über: <http://www.inga.zepf.uni-landau.de/aktuell/Materialien/lehr-Lernformen.pdf> [Datum des Zugriffs: 23.08.2006].
- Wiemann, G.: Berufliche Handlungskompetenz und Lernplanung. In: Pätzold, G. (Hrsg.): Handlungsorientierung in der beruflichen Bildung. 4. Auflage. Frankfurt am Main 1992, S. 207-238.

- Wiesemann, C./ Erichsen, N./ Behrendt, H. u.a. (Hrsg.): Pflege und Ethik. Leitfaden für Wissenschaft und Praxis. Stuttgart 2003.
- Wikipedia, der freien Enzyklopädie. <http://de.wikipedia.org/wiki>.
- Wittneben, K.: Pflegeausbildung im Spannungsfeld von Pflegepraxis, Pflegewissenschaft und Didaktik. In: Koch, V. (Hrsg.): Bildung und Pflege. 2. Europäisches Osnabrücker Kolloquium. 1. Auflage. Bern [u.a.] 1999, S. 1-13.
- Wittwer, W.: Situations- und handlungsorientierte Konzepte in der Aus- und Weiterbildung von Lehr- und Ausbildungspersonal. In: Pätzold, G. (Hrsg.): Handlungsorientierung in der beruflichen Bildung. 4. Auflage. Frankfurt am Main 1992, S. 181-206.
- Wulf, Ch.: Funktionen und Paradigmen der Evaluation. In: Frey, K./ Achtenhagen, F./ Haft, H. u.a. (Hrsg.): Curriculum-Handbuch. Band III. München 1975, S. 580-600.
- Ziechmann, J.: Systematische Kriterien und Regelsätze in Curriculumprozessen. In: Hameyer, U./ Frey, K./ Haft, H. (Hrsg.): Handbuch der Curriculumforschung. Erste Ausgabe. Weinheim [u.a.] 1983, S. 205-219.

8.3 Quellenbezug: Auszüge aus Richtlinien und Empfehlungen

- Nr. 1: Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2007. Über die Anerkennung von Berufsqualifikationen: Ausbildungsprogramm für Krankenschwestern und Krankenpfleger.
- Nr. 2: Inhalt der theoretischen und klinischen Ausbildung für Krankenschwestern und Krankenpfleger in der EU. Aus: Bericht und Empfehlungen zur Ausbildung der für die allgemeine Pflege verantwortlichen Krankenschwestern und Krankenpfleger in der Europäischen Union vom 17./18. April 1997.
- Nr. 3: Kompetenzen und Kriterien für Krankenschwestern und Krankenpfleger in der EU. Aus: Bericht und Empfehlung zur verlangten Fachkompetenz der für die allgemeine Pflege verantwortlichen Krankenschwestern und Krankenpfleger in der Europäischen Union vom 13. Januar 1998.
- Nr. 4: Definition des Krankenpflegeberufes – Rolle, Funktion und Verantwortung. Vom Europarat angenommener Bericht der Arbeitsgruppe über die Rolle und die Ausbildung des Krankenpflegepersonals (CDSP(94)35).

Nr. 1: RICHTLINIE 2005/36/EG DES EUROPÄISCHEN PARLAMENTS UND DES RATES
Vom 7. September 2005
Über die Anerkennung von Berufsqualifikationen

— Auszug —

30.9.2005

DE

Amtsblatt der Europäischen Union

L 255/111

V.2. KRANKENSCHWESTER UND KRANKENPFLEGER, DIE FÜR DIE ALLGEMEINE PFLEGE
VERANTWORTLICH SIND

5.2.1. *Ausbildungsprogramm für Krankenschwestern und Krankenpfleger, die für die allgemeine Pflege verantwortlich sind*

Das Programm der Ausbildung, die zum Ausbildungsnachweis für Krankenschwestern und Krankenpfleger führt, die für die allgemeine Pflege verantwortlich sind, umfasst die folgenden beiden Abschnitte und mindestens die dort aufgeführten Fachgebiete

A. Theoretischer Unterricht

- | | | |
|--|--|---------------------------------------|
| a. Krankenpflege: | b. Grundwissen: | c. Sozialwissenschaften: |
| - Berufskunde und Ethik in der Krankenpflege | - Anatomie und Physiologie | - Soziologie |
| - Allgemeine Grundsätze der Gesundheitslehre und Krankenpflege | - Krankheitslehre | - Psychologie |
| - Grundsätze der Krankenpflege in Bezug auf | - Bakteriologie, Virologie und Parasitologie | - Grundbegriffe der Verwaltung |
| - allgemeine Medizin und medizinische Fachgebiete | - Biophysik, Biochemie und Radiologie | - Grundbegriffe der Pädagogik |
| - allgemeine Chirurgie und chirurgische Fachgebiete | - Ernährungslehre | - Sozial- und Gesundheitsgesetzgebung |
| - Kinderkrankenpflege und Kinderheilkunde | - Hygiene | - Berufsrecht |
| - Wochen- und Säuglingspflege | - Gesundheitsvorsorge | |
| - Geisteskrankenpflege und Psychiatrie | - Gesundheitserziehung | |
| - Altenpflege und Alterskrankheiten | - Pharmakologie | |

B. Klinisch-praktische Ausbildung

- Krankenpflege auf folgenden Gebieten:
 - allgemeine Medizin und medizinische Fachgebiete
 - allgemeine Chirurgie und chirurgische Fachgebiete
 - Kinderpflege und Kinderheilkunde
 - Wochen- und Säuglingspflege
 - Geisteskrankenpflege und Psychiatrie
 - Altenpflege und Alterskrankheiten
 - Hauskrankenpflege

Der Unterricht in einem oder mehrerer dieser Fächer kann im Rahmen anderer Fächer oder in Verbindung mit ihnen erteilt werden.

Der theoretische Unterricht muss mit der klinisch-praktischen Ausbildung so abgewogen und abgestimmt werden, dass die in diesem Anhang genannten Kenntnisse und Fähigkeiten in angemessener Weise erworben werden können.

Nr. 2: Inhalt der theoretischen und klinischen Ausbildung (Abschrift)

1. *Theorie und Praxis der Krankenpflege*

Die Kenntnisse im Bereich Krankenpflege und ihre praktische Ausbildung bilden die Grundlage des Lehrplans und beinhalten:

- Definition und Merkmale der Krankenpflege,
- Entwicklung der Kenntnisse, Werte, Einstellungen, Konzepte und Ideologien in diesem Bereich,
- Begriff der Krankenpflege,
- Prozeß der Pflegeübernahme,
- Pflegeleistungsmodelle,
- Einflussfaktoren bei der Entwicklung der Pflegepraxis,
- Forschungsmethoden,
- Bewertung und Anwendung der Forschungsergebnisse,
- Anwendung der Grundsätze des Pflegeberufs je nach Patientengruppen und Ort der Ausübung,
- Diagnoseuntersuchungen und die dabei vom Pflegepersonal auszuübenden Tätigkeiten,
- Behandlungsmethoden und Ergebnisse unter dem Blickwinkel der Verantwortlichkeiten und der Tätigkeit des Pflegepersonals innerhalb seines normalen Arbeitsrahmens,
- Zuständigkeiten und Tätigkeiten in den Bereichen Rehabilitation, Pharmakologie, Notfälle und Krankenpflege,
- weitere Pflegemethoden,
- Pflege von Akut- und Chronischkranken.

2. *Entwicklung des Menschen und soziales Umfeld*

Der Auszubildende lernt die normale Entwicklung des Menschen (von der Empfängnis bis zum Tod) und seine typischen Aktivitäten kennen:

- normales Wachstum, Entwicklung, Aufbau, Funktionen und Degeneration des Organismus,
- Strukturen und Familiendynamik,
- Kultur, Gewohnheiten und Traditionen sowie ihr Einfluß auf die Gesundheit,
- soziale Beziehungen,
- Art, Struktur und Ursachen von Störungen und Behinderungen,
- Bewertung von Gesundheit und Ernährung,
- Bewertung des Milieus,
- die Krankheitsprozesse in Verbindung mit normalen Funktionen und Strukturen, Ätiologie, Pathologie,
- klinische Aspekte und normaler Krankheitsverlauf,
- Feststellung üblicher Erkrankungen körperlicher und geistiger Funktionen (während des gesamten Lebens).

3. *Prophylaxe und Gesundheitserziehung*

Zu den Stoffgebieten Prophylaxe sowie Pflege und Wiederherstellung der Gesundheit gehören:

- Bedeutung der Grundversorgung beim Streben nach Gesundheit für alle,
- Regionalziele der WHO unter dem Aspekte der Gesundheit für alle,
- Konzepte für Gesundheitserziehung und Prophylaxe (auf primärer, sekundärer und tertiärer Ebene),
- wesentliche gesundheitliche Voraussetzungen im täglichen Leben,
- Familienplanung,
- Beeinflussung der Gesundheit durch soziale, ökologische, politische, kulturelle und wirtschaftliche Faktoren,
- Vorsorgeuntersuchungen,
- Bewertung von Einzelperson, Familie und Gemeinschaft,
- größtmögliche Nutzung des Gesundheitspotentials,
- Förderung von Autonomie, Eigenversorgung und Selbsthilfe,
- Förderung und Unterstützung von Einzelpersonen, Familien und Gemeinschaften,
- Nutzung von Gesundheitsdaten zur Ermittlung von Ziel- oder Problempersonen und -gruppen,
- Methoden und Techniken für Prophylaxe und Gesundheitserziehung,
- Erarbeitung und Bewertung von Programmen zur Gesundheitserziehung in folgenden Bereichen: Präkonzeption, Schwangerschaft, Vorschul- und Schulkinder, Jugendliche, junge Erwachsene, Erwachsene und ältere Menschen,
- Verwaltungsstrukturen zur Gesundheitserziehung auf lokaler, regionaler und einzelstaatlicher Ebene,
- Methoden zur Unterstützung von Veränderungen, zur Realisierung sachgerechter Entscheidungen sowie zur Überzeugungsarbeit,
- Umwelthygiene,
- Arbeitsmedizin.

4. *Sozial- und Verhaltenswissenschaften*

Das Studium des Menschen in seinem Umfeld muß Bestandteil des Lehrplans sein:

- wirtschaftliches und soziales Milieu,
- normale psychologische Entwicklung,
- Familien, Gruppen und Gemeinschaften und ihre gegenseitig Abhängigkeit,
- Gruppendynamik,
- Soziologie, einschließlich Grundbegriffe der Gesellschaftsstruktur und der sozialen Kontrolle,
- ethnische und kulturelle Unterschiede, einschließlich der Einstellungen und Gebräuche von Minderheiten,
- Einfluß der Sozialpolitik auf die Gesundheit und die Leistungen der Gesundheitsdienste,
- Untersuchung sozialer Einrichtungen und Organisationen, gemeinnütziger Verbände sowie nationaler und internationaler Organisationen aus dem Bereich Gesundheitswesen und ihrer Verantwortung,
- Untersuchung der Bedürfnisse des Menschen während des gesamten Lebens,
- Wechselbeziehungen zwischen psychologischen Prozessen und Körperfunktionen,
- soziologische Perspektiven im Hinblick auf Gesundheit und Krankheit.

5. *Kommunikationsfähigkeiten*

Die Stoffgebiete sollten umfassen:

- Selbstfindung,
- Aufgeschlossenheit gegenüber anderen,
- verbale und nonverbale Kommunikation,
- Entwicklung der Kommunikationsfähigkeiten,
- Kommunikation mit unterschiedlichen ethnischen und kulturellen Gruppen,
- mit Behinderten,
- mit Kollegen (als Einzelperson und als Gruppenmitglied),
- Kenntnisse und Techniken im Bereich Beratung und Unterweisung,
- Informationsmanagement,
- Verhalten gegenüber den Medien,
- Kommunikationstechniken für therapeutische Zwecke,
- Nutzung der Informationstechnologie.

6. *Organisationsstrukturen und -prozesse*

Untersuchung der Einflussfaktoren der Pflegepraxis durch die Auszubildenden, darunter insbesondere:

- Sozialschutzsysteme und Leistungen von Sozial- und Gesundheitsdiensten,
- Rechtsrahmen,
- gesundheitspolitische Maßnahmen,
- Organisationsstrukturen, insbesondere multidisziplinäre Teamarbeit,
- Theorien und Tendenzen im Managementbereich und deren Anwendung im Pflegebereich,
- Informationssysteme,
- Gesundheits- und Sozialpolitik auf nationaler und regionaler Ebene.

7. *Mit der Berufsausübung verbundene Aspekte*

Zu diesen Aspekten gehören:

- Geschichte und Entwicklung des Berufs,
- Autonomie, Pflichten und Verantwortung,
- Leitungsfähigkeit,
- Entscheidungsfähigkeit,
- Beziehungen zu anderen Berufsgruppen,
- Konzepte, Grundsätze und Traditionen der Berufsethik,
- Ethische Regeln und moralische Probleme bei der Berufsausübung,
- Disziplin und Disziplinarverfahren,
- Beziehungen Arbeitgeber-Arbeitnehmer,
- Rechte von Einzelpersonen, Familien und Gemeinschaften,
- Eigenständigkeit des Patienten und der Familie,
- Vertraulichkeit, rechtliche Verteidigung und Haftung,
- Rolle der offiziellen Berufsorganisationen oder der Zulassungsgremien,
- wichtigste internationale Bestimmungen im Bereich der Krankenpflege.

8. *Evaluierung und Audit*

- Evaluierungstheorien und ihre Anwendung auf die Krankenpflege,
- Evaluierungsmodelle und -methoden,
- Klassifizierungssysteme der Krankenpflege,
- Qualitätssicherung in der Krankenpflege,
- Gesundheitsökonomie und ihre Anwendung auf die Krankenpflege,

- Anwendung der Evaluierungsergebnisse als Grundlage von Innovation und Wandel.

9. *Ethnische und kulturelle Werte*

- Definition von Kultur und Ethnizität,
- Ähnlichkeiten und Unterschiede zwischen den einzelnen ethnischen Gruppen des Landes,
- der Begriff unterabänderliche Dominanzkultur,
- Kultur und Ethnizität: unterschiedliche Rollen und Auffassungen hinsichtlich Geburt, Wachstum und Entwicklung der Familie,
- Menschen, Gesundheit, Krankheit und Tod - ethnische Dimension,
- Rolle der Krankenschwester und des Krankenpflegers, der Krankenpflege und der Leistungen der Gesundheitsversorgung - ethnische Dimension,
- multikulturelle Gesellschaft - Folgen für Organisation, Verwaltung und Erbringung von Gesundheitsleistungen,
- interkulturelle Auffassung vom Beruf der Krankenschwester und des Krankenpflegers - ein Grundsatz der Gesundheitsversorgung,
- Ethnozentrismus und seine Auswirkungen auf Leistungen, Angebot und Verwaltung der Gesundheitsversorgung,
- Probleme physisch und psychisch Behinderter - ethnische Dimension,
- interkulturelle Kommunikations- und Verständigungsschwierigkeiten - verbaler und nonverbaler Austausch,
- Mittel und Techniken zur Erleichterung der interkulturellen bidirektionalen Kommunikation,
- Migrationstendenzen - Folgen für die Ressourcen im Bereich Gesundheitsversorgung, Methoden und Leistungen der Dienste.

10. *Ethische und moralische Aspekte*

- Ethik und Werte - Definition,
- ethische Regeln und soziale Normen,
- ethische und moralische Aspekte in verschiedenen Kulturen,
- Auffassungen vom Menschen, vom Leben und vom Universum,
- ethische Regeln und moralische Probleme bei der Ausübung des Krankenpflegeberufs,
- Gleichheit, Gerechtigkeit und Recht auf eine menschenwürdige Existenz sowie auf Gesundheit für alle, ein Leben für alle,
- Rechtsanspruch des Einzelnen und der Gruppen auf Selbstbestimmung,
- Geburt, Leben, Gesundheit, Krankheit und Tod unter ethischem und moralischem Gesichtspunkt,
- Gesundheit als Wert in der Krankenpflege,
- ethische Ziele und Beweggründe der Krankenpflege und ethische Verantwortung des Pflegepersonals bei seiner Arbeit innerhalb des Gemeinwesens,
- ethische und moralische Aspekte der Krankenpflege in Verbindung mit der Arbeit des Pflegepersonals im Gemeinwesen und in Krankenhäusern,
- soziale Verantwortung und Zivilcourage im Krankenpflegeberuf,
- Wertekonflikte bei der Ausübung des Berufs und in der Gesellschaft.

11. *Klinische Praxis und Fertigkeiten*

Neue Techniken und Technologien in der Krankenpflege, in der medizinischen Versorgung und ganz allgemein in der Gesundheitsversorgung.

Quelle: Bericht und Empfehlungen zur Ausbildung der für die allgemeine Pflege verantwortlichen Krankenschwestern und Krankenpfleger in der Europäischen Union vom 17./18. April 1997. Dokument: XV/D/8506/98_DE. Brüssel, 18. November 1998.

Nr. 3: Kompetenzen und Kriterien für Krankenschwestern und Krankenpfleger in der EU (Abschrift)

Mit diesem Bericht soll die Einbeziehung einer Liste von unter die Richtlinie 77/452/EWG fallenden Fachkompetenzen in die Richtlinie 77/453/EWG vorgeschlagen werden, über die alle für die allgemeine Krankenpflege verantwortlichen Krankenschwestern/ Krankenpfleger nach Abschluss der Ausbildung verfügen müssen, um den Gesundheitsbedürfnissen der Bevölkerung entsprechen zu können.

Der Bericht und die Empfehlung betreffend die Kompetenzen des Pflegepersonals werden von der Kommission, den Mitgliedstaaten und Vertretern der beteiligten Berufe nach noch festzulegenden Modalitäten geprüft, um sich zu vergewissern, ob dieser kompetenzorientierte Ansatz auch auf andere durch Einzelrichtlinien abgedeckte Berufe ausgedehnt werden kann.

II. Kompetenzen: Definition

1. Der Begriff Kompetenz hat mehrere Bedeutungen und wird in der Arbeitswelt, der Wirtschaft, dem Rechts- und Bildungswesen unterschiedlich verwendet. Im Bereich der Krankenpflege ist darunter die für die Ausübung des Berufs erforderliche Qualifikation zu verstehen.
2. In diesem Bereich sind Kompetenzen als einzelne Merkmale (Kenntnisse, Fähigkeiten und Einstellungen) definiert, die es der betreffenden Person ermöglichen, ihre Tätigkeit eigenständig auszuüben, sich ständig beruflich weiterzubilden und sich einem sich rasch verändernden Umfeld anzupassen.
3. Der Erwerb der erforderlichen Kenntnisse, Fähigkeiten und Einstellungen erfolgt im Rahmen einer Ausbildung, die sich auf eine bestimmte Mindestdauer erstreckt und deren Inhalt berufsspezifisch ist.
4. Die zum Abschluss der Ausbildung erlangte Fachkompetenz ist nicht starr festgelegt. Die Ausübung des Berufs erfordert von den Krankenschwestern/ Krankenpflegern eine ständige Weiterentwicklung, sie müssen sich auf dem neuesten Stand halten und in der Lage sein, Entscheidungen zu treffen und sogar im beruflichen Rahmen Veränderungen einzuleiten.
5. Die Frage der Fachkompetenz wirft verschiedene Probleme auf, die auf Ebene der Entscheidungsgremien zu behandeln sind. Anschließend muß das Ausbildungsprogramm unter Berücksichtigung der getroffenen Entscheidungen konzipiert werden. Wichtig ist insbesondere die Einstellung von Bewerbern, die über die erforderlichen Fähigkeiten und die notwendige Vorbildung verfügen, um dieses Ausbildungsprogramm absolvieren zu können. Das Zugangs- und Bildungsniveau sind die beiden wichtigsten Faktoren, um die berufliche Kompetenz der Absolventen des entsprechenden Ausbildungsgangs und langfristig die Fachkompetenz qualifizierter Berufsangehöriger zu gewährleisten.
6. Die Definition der Kompetenzen auf EU-Ebene muss extensiv sein und die wichtigsten gemeinsamen Kompetenzen abdecken, die für die Ausübung des Berufs in jedem beliebigen Mitgliedstaat verlangt werden, gleichzeitig aber die nötigen Garantien für Sicherheit und Professionalität bieten. Dabei handelt es sich um Kompetenzen, deren Erwerb zum Abschluss der Ausbildung erwartet werden kann. Die Ausbildungskriterien müssen daher den Mindestvoraussetzungen für die automatische Anerkennung der Befähigungsnachweise in der allgemeinen Krankenpflege entsprechen. Jedem Mitgliedstaat muss jedoch zugestanden werden, dass er über diese Mindestanforderungen hinausgehen und zusätzliche Kompetenzen festlegen kann, um den in seinem Gebiet auftretenden Bedürfnissen zu entsprechen. Der Erwerb dieser Kompetenzen hängt größtenteils davon ab, dass die zur Ausbildung zugelassenen Bewerber die erforderliche Qualifikation besitzen. Generell muss deshalb das verlangte Zulassungsniveau dem gleichwertig sein, das für die Aufnahme einer Ausbildung auf Hochschul- bzw. Universitätsniveau gefordert wird.
7. Die Festlegung der Kompetenzen ist nur ein erster Schritt bei der Erstellung eines Ausbildungsprogramms. Als weitere Schritte müssen:
 - der Inhalt der theoretischen und klinischen Ausbildung festgelegt werden, die zur Erlangung des Endergebnisses bzw. der Fachkompetenz erforderlich ist;
 - die Mindestdauer der Ausbildung festgelegt werden, die für den Erwerb der diesen Kompetenzen zugrunde liegenden Kenntnissen, Fähigkeiten und Einstellungen erforderlich ist;
 - geeignete Ausbildungs- und Lernstrategien erarbeitet und umgesetzt werden;
 - Bewertungsmethoden entwickelt werden, um nachprüfen zu können, ob die vorgegebenen Kompetenzen erworben wurden.

III. Kompetenzen der für die allgemeine Pflege verantwortlichen Krankenschwestern/ Krankenpfleger

Die Tätigkeit der für die allgemeine Pflege verantwortlichen Krankenschwestern/ Krankenpfleger umfasst die Pflege von Kindern, Jugendlichen, Erwachsenen und älteren Menschen bei akuten oder chronischen Gesundheitsproblemen sowie somatischen oder psychischen Beschwerden, und die in oder außerhalb von Krankenhäusern behandelt werden.

Die/ Der für die allgemeine Pflege verantwortliche Krankenschwester/ Krankenpfleger muss in der Lage sein, die Gesundheit von Personen/ Gruppen und die Autonomie ihrer physischen und psychischen Vitalfunktionen zu schützen,

zu erhalten, wiederherzustellen und zu fördern, wobei die psychologischen, sozialen, wirtschaftlichen und kulturellen Persönlichkeitsaspekte der Betroffenen zu berücksichtigen sind.

Des Weiteren muss sie/ er fähig sein:

1. Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheit und zur Verhütung von Krankheiten für Einzelpersonen, Familien und Gruppen einzuleiten und durchzuführen;
2. die Verantwortung für ihre individuelle Krankenpflegetätigkeit zu übernehmen;
3. an Untersuchungen und Behandlungen mitzuwirken und diese in einigen Fällen durchzuführen;
4. Patienten sowie Krankenpflegeschüler/innen und Kolleg/innen zu informieren und anzuleiten;
5. Forschungs- und Entwicklungsarbeiten zu verfolgen, daran mitzuwirken und diese auszuwerten sowie die Qualität der Krankenpflege zu gewährleisten;
6. ihre/ seine Arbeit und die Gruppenarbeit zu planen, Arbeitsteams zu überwachen und mit anderen Fachkräften zusammenzuarbeiten und ausgehend von ihrer/ seiner Berufspraxis einen multidisziplinären und berufsübergreifenden Ansatz zur Lösung von Gesundheitsproblemen zu erwerben.

Quelle: Bericht und Empfehlung zur verlangten Fachkompetenz der für die allgemeine Pflege verantwortlichen Krankenschwestern/ Krankenpfleger in der EU vom 13.01.1998, S. 4-6.

VII. Empfehlungsvorschläge

Der Ausschuss nimmt folgende Empfehlungen an, die der Kommission und den Mitgliedstaaten zu übermitteln sind:

Der Ausschuss:

1. fordert die Kommission und die Mitgliedstaaten auf, eine Änderung der Richtlinien 77/452/EWG und 77/453/EWG zwecks Aktualisierung der Liste der Berufsbezeichnungen und der Liste der Diplome, Prüfungszeugnisse und sonstigen Befähigungsnachweise von in der allgemeinen Pflege tätigen Krankenschwestern und -pflegern vorzuschlagen;
2. fordert die Kommission und die Mitgliedstaaten auf, Vorschläge zur Vereinfachung der Aktualisierungsverfahren der Liste der Berufsbezeichnungen und der Liste der Diplome, Prüfungszeugnisse und sonstigen Befähigungsnachweise von in der allgemeinen Pflege tätigen Krankenschwestern und -pflegern im Rahmen des automatischen Anerkennungsverfahrens vorzulegen;
3. fordert die Kommission und die Mitgliedstaaten auf, die Richtlinie 77/453/EWG zu ändern, um die Zugangsbedingungen zur Ausbildung als Krankenschwester und Krankenpfleger für allgemeine Pflege auf ein Niveau anzuheben, das den Zulassungsvoraussetzungen für ein Hochschul- oder Universitätsstudium entspricht;
4. fordert die Kommission und die Mitgliedstaaten auf, die Richtlinie 77/453/EWG dahingehend zu ändern, dass die Dauer der theoretischen und klinischen Ausbildung zusammen mindestens 4.600 Stunden beträgt;
5. erinnert die Mitgliedstaaten daran, dass nach Maßgabe der Richtlinie 89/595/EWG ein ausgewogenes Verhältnis zwischen dem theoretischen Unterricht und der klinisch-praktischen Unterweisung bestehen muss. Die Dauer des theoretischen Unterrichts muss auf mindestens ein Drittel und die Dauer der klinischen Unterweisung auf mindestens die Hälfte der vorgeschriebenen Mindestausbildungsdauer festgelegt werden;
6. fordert die Kommission und die Mitgliedstaaten auf, in die Richtlinie 77/453/EWG eine Bestimmung aufzunehmen, wonach die Verantwortung für ein Ausbildungsprogramm, das zu einem in der Richtlinie 77/452/EWG genannten Diplom, Prüfungszeugnis oder sonstigen Befähigungsnachweis führt, nur von einer Person übernommen werden kann, die eine Krankenpflegequalifikation im Sinne dieser Richtlinie und eine Lehrbefähigung besitzt;
7. fordert die Kommission und die Mitgliedstaaten auf, die Liste der im Anhang der Richtlinie 77/453/EWG festgelegten Fächer durch die beigefügte Inhaltsangabe der theoretischen und klinischen Ausbildung, die in dem vom Europarat angenommenen Bericht der Arbeitsgruppe über die Rolle und die Ausbildung des Krankenpflegepersonals [CDSP (94)35] enthalten ist, zu ersetzen;
8. fordert die Kommission und die Mitgliedstaaten auf, in die Richtlinie eine Bestimmung aufzunehmen, der zufolge die Mitgliedstaaten für die Sicherung der Qualität der Ausbildung von der in der allgemeinen Pflege tätigen Krankenschwestern und -pflegern zu sorgen haben.

Parallel hierzu und in Übereinstimmung mit den Schlussfolgerungen des SLIM-Berichts sowie dem Ersuchen der Kommission fordert der Ausschuss:

9. die Kommission und die Mitgliedstaaten auf, die Ausbildungsbestimmungen der Richtlinie 77/453/EWG auf der Grundlage von ergebnisorientierten Kompetenzkriterien, die auf den zum Abschluss der Ausbildung erwarteten Kenntnisse der für die allgemeine Pflege verantwortlichen Krankenschwestern und Krankenpflegern basieren, neu zu formulieren. Diese Kompetenzen werden demnächst vom Beratenden Ausschuss anhand der bereits festgelegten Kriterien definiert.

Die wichtigsten Kriterien sind folgende:

Für die Berufsausübung verlangte Fachkompetenz:

In den Kompetenzbereich der für die allgemeine Pflege verantwortlichen Krankenschwestern/ Krankenpfleger fällt die Pflege von Kindern, Jugendlichen, Erwachsenen und älteren Menschen, die stationär und/ oder ambulant wegen akuter oder chronischer Gesundheitsprobleme sowie somatischer oder psychischer Erkrankungen behandelt werden.

Für die allgemeine Pflege verantwortlichen Krankenschwestern/ Krankenpfleger müssen in der Lage sein, die Gesundheit von Personen sowie ihre vitalen, körperlichen und psychischen Funktionen unter Berücksichtigung der Persönlichkeit des einzelnen sowie seiner psychologischen, sozialen, ökonomischen und kulturellen Komponenten zu schützen, zu erhalten, wiederherzustellen und zu fördern.

Die Aufgaben der Krankenschwestern/ Krankenpfleger sind in den Mitgliedstaaten gesetzlich festgelegt. Aufgrund dieser Bestimmungen müssen die für die allgemeine Pflege verantwortlichen Krankenschwestern/ Krankenpfleger im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeiten unter Berücksichtigung ethischer Gesichtspunkte sowie wissenschaftlicher Entwicklungen und nachgewiesener Erfahrung in der Lage sein:

1. Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheit und zur Verhütung von Krankheiten für Einzelpersonen, Familien und Gruppen einzuleiten und durchzuführen;
2. die Verantwortung für ihre individuelle Krankenpflegetätigkeit zu übernehmen;
3. an Untersuchungen und Behandlungen mitzuwirken und diese in einigen Fällen durchzuführen;
4. Patienten sowie Krankenpflegeschüler/innen und Kolleginnen und Kollegen zu informieren und anzuleiten;
5. Forschungs- und Entwicklungsarbeiten zu verfolgen, daran mitzuwirken und diese auszuwerten sowie die Qualität der Krankenpflege zu gewährleisten;
6. ihre Arbeit und die Gruppenarbeit zu planen, Arbeitsteams zu überwachen und mit anderen Fachkräften zusammenzuarbeiten und ausgehend von ihrer Berufspraxis einen multi-disziplinären und berufsübergreifenden Ansatz zur Lösung von Gesundheitsproblemen zu erwerben.

Bei der Ausübung ihres Berufs müssen die Krankenschwestern/ Krankenpfleger die Rechts- und Verwaltungsvorschriften sowie sonstigen Regeln einhalten und anwenden, denen ihre Tätigkeit in dem jeweiligen Mitgliedstaat unterliegt.

Quelle: Der Bericht und Empfehlungen zur verlangten Fachkompetenz der für die allgemeine Pflege verantwortlichen Krankenschwestern und Krankenpfleger in der Europäischen Union vom 13. Januar 1998.
Dokument: XV/D/8506/98_DE. Brüssel, 18. November 1998.

Nr. 4: Definition des Krankenpflegeberufes – Rolle, Funktion und Verantwortung (Abschrift)

Vom Europarat angenommener Bericht der Arbeitsgruppe über die Rolle und die Ausbildung des Krankenpflegepersonals (CDSP(94)35).

Die Rolle des Krankenpflegepersonals in der Gesellschaft besteht darin, Einzelpersonen, Familien und Gruppen zu helfen, ihr physisches, psychisches und soziales Gesundheitspotential, ungeachtet des Umfelds, zu ermitteln und zu verwirklichen.

Die Krankenpflege umfaßt die Planung und Ausführung der Pflege bei Krankheit und Rehabilitation und schließt alle physischen, psychischen und sozialen Aspekte des Lebens ein, sofern sie Gesundheit, Krankheit, Behinderung und das Sterben betreffen.

Die Krankenpflege ist sowohl praktisches Können als auch eine Wissenschaft, die die Beherrschung und Anwendung pflegespezifischer Kenntnisse und Fähigkeiten voraussetzt. Dabei geht es nicht nur um Kenntnisse und Methoden, die sich aus den Pflegewissenschaften ableiten, sondern es kommen auch die Human- und Naturwissenschaften sowie die Physiologie, Biologie und Medizin zum Tragen.

KS und KPF haben im wesentlichen vier Hauptaufgaben:

1. Erbringung von gesundheitsfördernden, präventiven, heilenden, rehabilitierenden, palliativen oder unterstützenden Pflegeleistungen für Einzelpersonen und Gruppen sowie Organisation der Pflege
2. Funktion als Krankenpflegeexperte in einem berufsübergreifenden Gesundheitsteam und in der Gesellschaft
3. Schulung und Anleitung von Gesundheitspersonal, Patienten, Klienten und ihren Familien
4. Weiterentwicklung der Pflegepraxis durch kritisches, forschungsorientiertes Denken.

Diese Funktionen bleiben konstant, ungeachtet des Ortes oder des Zeitpunkts der Pflegeleistung, des Gesundheitszustandes des einzelnen Patienten oder der Patientengruppe bzw. der verfügbaren Ressourcen.

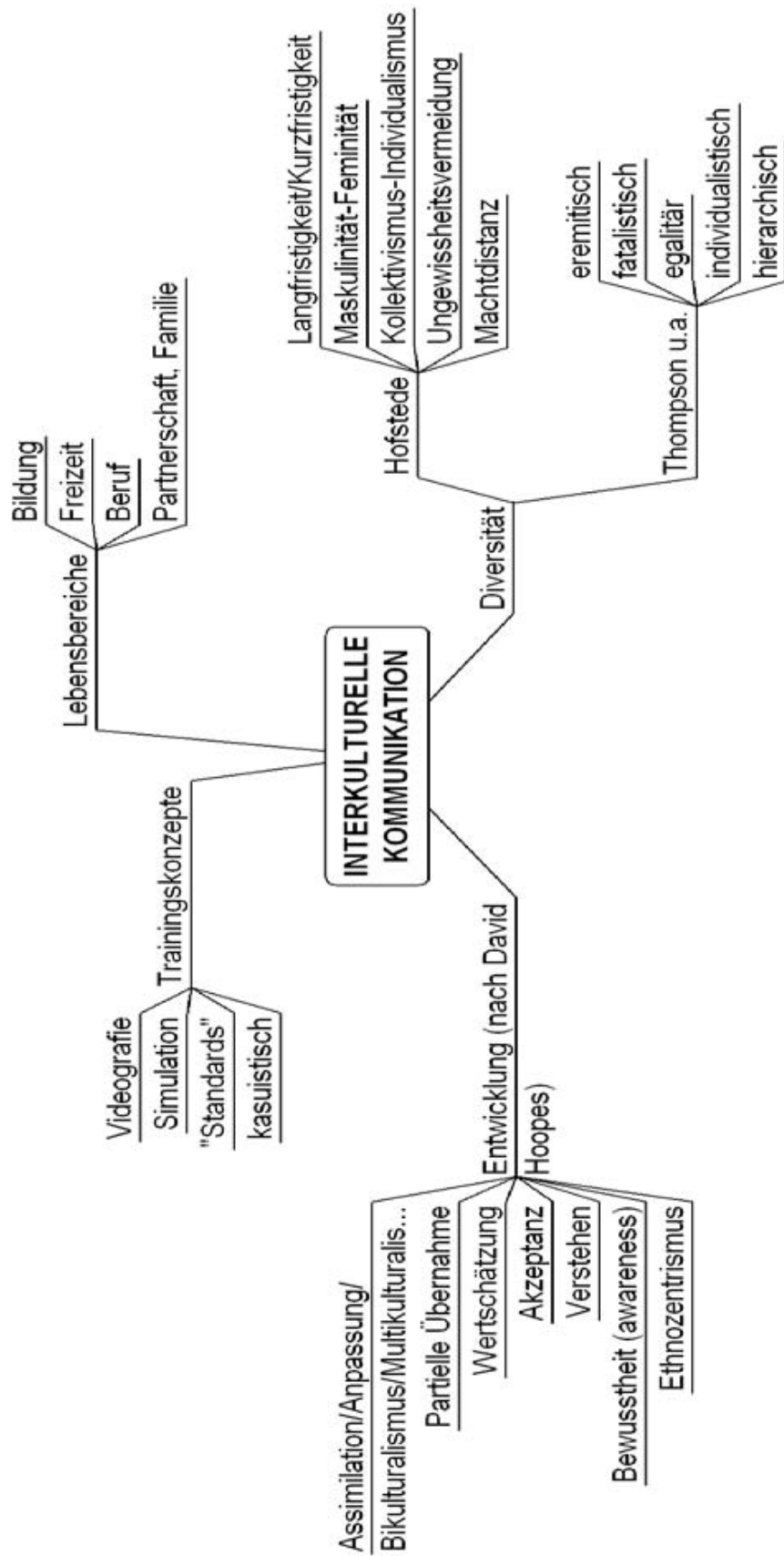
Die Krankenschwestern und Krankenpfleger sind verantwortlich für die Planung, Organisation, Bereitstellung und Bewertung der Pflegemaßnahmen. Innerhalb ihres Zuständigkeitsbereiches sind sie autonom und für die von ihnen geleistete Pflege verantwortlich.

Quelle: Bericht und Empfehlungen zur Ausbildung der für die allgemeine Pflege verantwortlichen Krankenschwestern und Krankenpfleger in der Europäischen Union. Beratender Ausschuß für die Ausbildung in der Krankenpflege, Sitzung vom 17. und 18. April 1997.

8.4 Abbildungsverzeichnis

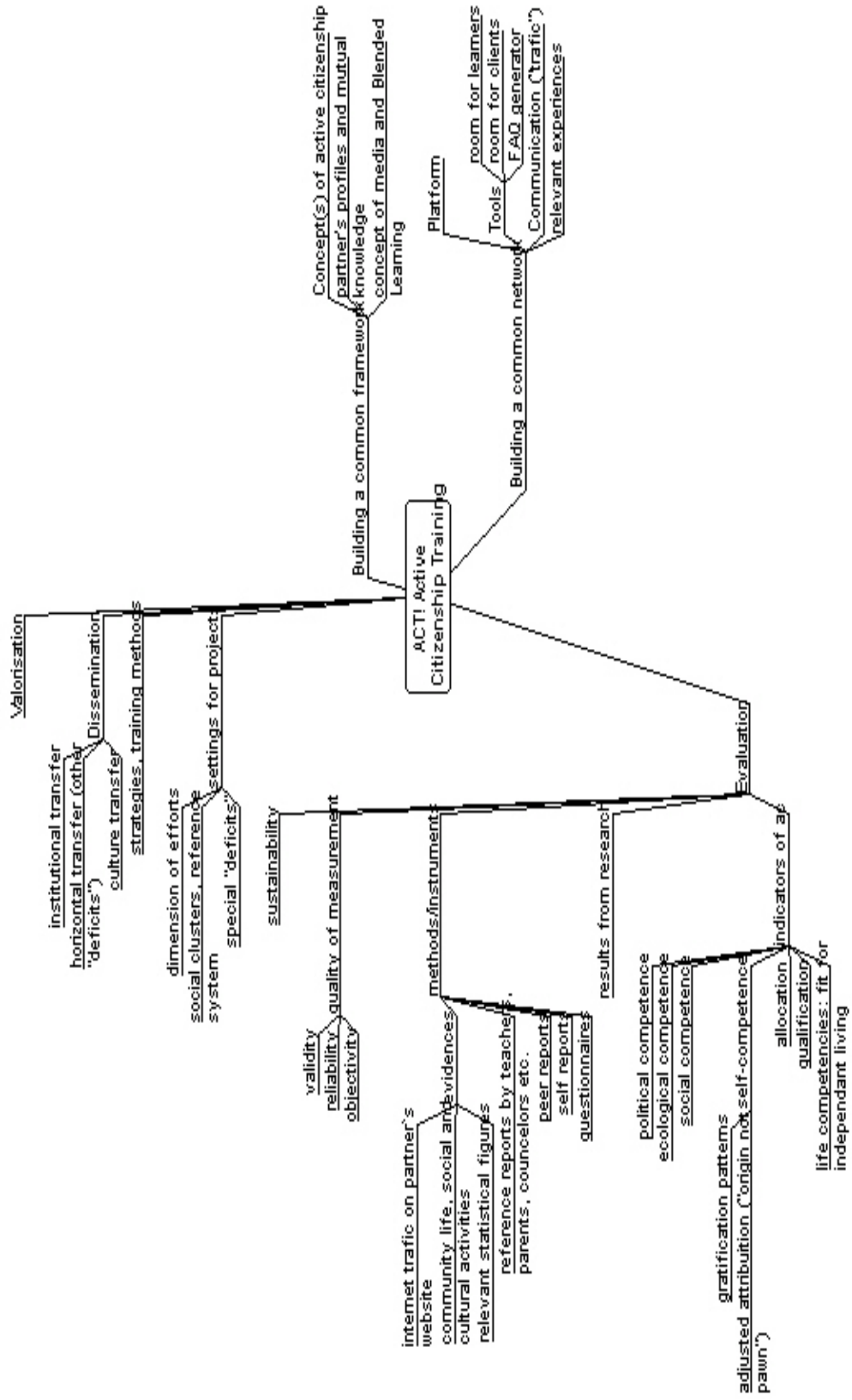
Abbildung 1: Grafische Darstellung der Kompetenzbereiche	9
Abbildung 2: Curriculummodell	52
Abbildung 3: Lernzieloperationalisierung und didaktisches Handeln	56
Abbildung 4: Erkenntnistheoretische Ansätze curricularer Handlungsorientierung – Begründungsrahmen –	64
Abbildung 5: Übersicht der Anschreiben für den Versand des Fragebogens zur Datenerhebung	103
Abbildung 6: Interkulturelle Kommunikation (<i>Anhang</i>)	132
Abbildung 7: ACT! (Haller) (<i>Anhang</i>)	144
Abbildung 8: Wirkungsfunktionen der Elemente eines Curriculums	159
Abbildung 9: Modellauswahl (<i>Anhang</i>)	177
Abbildung 10: Lernumgebung in der Fallmethode (<i>Anhang</i>).....	180
Abbildung 11: Evaluating eLearning (<i>Anhang</i>)	184
Abbildung 12: Interlacing Blended Learning (<i>Anhang</i>)	185
Abbildung 13: E-Learning – Varianten	185
Abbildung 14: Position von Blended Learning in Lernarrangements	186
Abbildung 15: Lern-Varianten und Didaktische Modelle (GKDM)	187

Abbildung 6: Interkulturelle Kommunikation



Quelle: Haller, H.-D.: Materialien zur Vorlesung „Einführung in Pädagogisches Handeln“. Online Recherche. Verfügbar über: <http://www.user.gwdg.de/~hhaller/ikk.htm>. [Datum des Zugriffs: 10.02.2006].

Abbildung 7: ACT1 (Haller 2006)



Quelle: Compiled by Prof. Dr. Hans-Dieter Haller: for the network ACT1 Verfügbar über: www.act-eu.org; www.blinc-eu.org; www.gkdm.de; <http://www.ikud.de>.

Abbildung 9: Modellauswahl

C E W I D Redaktion: CEDID: computer-ergänztes didaktisches Design

Übergänge Tätigkeiten Wissen Inventar Tabelle Editieren Redaktion Hilfen

Autorenwissen Lexikon: Modell-Auswahl

Stichworte: Modell-Auswahl

Wissensarten:

- Definition
- Erläuterung
- Beispiel
- Formular
- Datenbank
- Bild

Auswahl didaktischer Modelle

Die Nutzung didaktischer Vielfalt läßt sich durch eine eingehende Analyse verbessern, die Sie hier vornehmen können. Sie können jeweils Erläuterungen aufrufen

Geben Sie Ihre Einschätzung wieder:

- sehr gering
- eher gering
- einigermaßen hoch
- sehr hoch

Das durchschnittliche Vorwissen der Lerner meiner Zielgruppe ist:

Ergebnis: schneller Eintr...

DIID: AMI:3 STD:1.0000 MED:3 Pnbasis:2 Z-Wert: 1.0000 Werte+50% Werte-50%

Item 1 von 15 / Save:608/bislang: Zak: 00:00:00

Abbrechen eintragen << >> Erläuterung

aktiv ist Datensatz: 5

RUM	KRITERIUM	EINGABE	Arbeitsunternc
7			
7	Vorwissen der Lerner	4	2
7	Erf. mit versch. Lernform	2	2
7	selbstständiges Lernen	2	2
7	Abkömmlichkeit	2	3
7	Übereinstimmung	2	2
7	did. Qual. Lernhelfer	2	3
7	Medien/Ressourcen	2	3
7	größere Blöcke	2	2
7	Lernerfolgsmachweise	2	2
7	Orientierungswissen	2	2
7	Handlungswissen	2	3
7	Deutungswissen	2	2
7	veränderte Verhältnisse	2	3
7	antizipatorisches Lernen	2	2
7	Persönlichkeitsentwicklun	2	3
7	Summe:	2	
7	Arithmetisches Mittel:	34	
7	Summe Überschreitungen:	2	
7	Summe Unterschreitungen:	4	
7	Summe der Differenzen:	6	
7	Empfehlung:	10	

Im Zusammenhang von CEDID ist bei der an Hand von 15 Kriterien festzuhalten, welches der 20 didaktischen Modelle am besten geeignet ist, um ein ihm entsprechendes Design zu entwickeln. Andere Autoren behandeln dieses Problem unter der Bezeichnung "Auswahl" oder "Medien-Auswahl". Methoden-Bezeichnungen wie z.B. "Medien-Auswahl" oder "Medien-Auswahl" sind Prüfverfahren wie z.B. kognitive, af...

Author: FLE Kurzel: 698 abbrech löschen

C E W I D Redaktion: CEDID: computer-ergänztes didaktisches Design 19:27:12

Start Mozilla a:JProd... Mt,Cewi... Beats Bi... Default... Corel P... DE 19:27

aus: Haller, H.-D.: WebdidaktikDesignparameter[1].doc. (2006)

Abbildung 10: Lernumgebung in der Fallmethode

C E W I D Redaktion: CEDID: computer-ergänzt didaktisches Design

Übergänge Tätigkeiten Wissen Inventar Tabelle Editieren Redaktion Hilfen

DIE LERNUMGEBUNG IN DER FALLMETHODE

Für die Lernumgebung der Fallmethode

- ist der FALL das Hauptelement der Lernumgebung; er sollte der Realität entstammen und verfremdet werden (Gründe: Diskretion und Datenschutz);
- sollte das FALLMATERIAL, das die zu bearbeitenden Fallbeispiele zumeist in Form von Akten (Fall-Mappen) vermittelt, gut ausgewählte und über-sichtlich angeordnete Dokumente enthalten;
- sollten HINTERGRUNDINFORMATIONEN zum Umfeld des Falles ebenfalls zugänglich sein (sie können jedoch von den Lernern gemeinsam genutzt werden).

LERNUMGEBUNG:

Fali:

Fallmaterial:

Hintergrundinformationen:

Dokumentation:

Personen (Experten):

Sicherung abbrechen Bild weg Formular

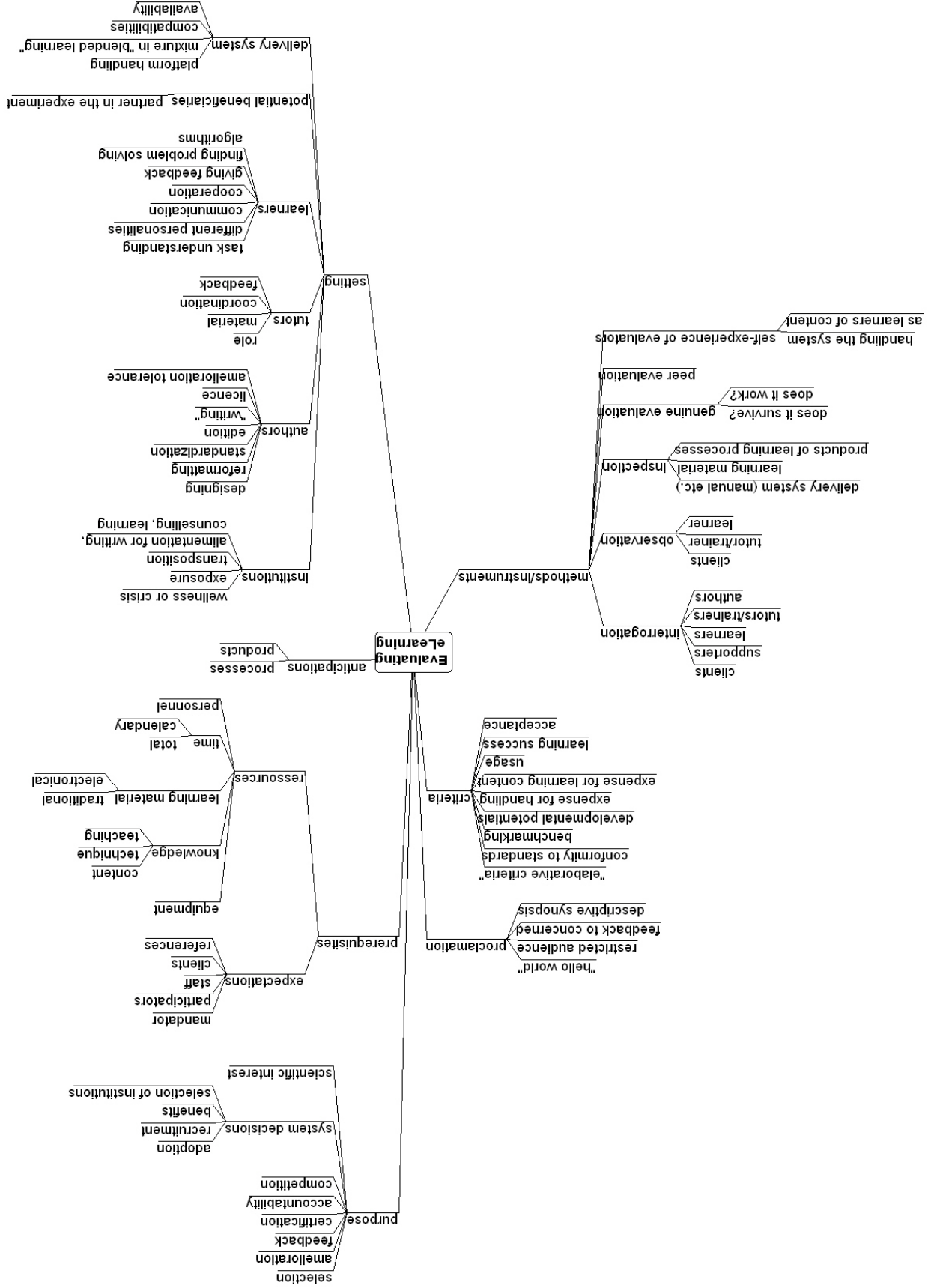
Start

MS CAPS NUM SCROLL 536326144 K 19:19:27

DE C E W I ... Default Pro... Beats Biblio... Mt\Cewid\B... a\Product... Mozilla 2 Mozila

aus: Haller, H.-D.: WebdidaktikDesignparameter[1].doc (2006)

Abbildung 11: Evaluating eLearning



Quelle: <http://www.blinc.eu.org> [Datum des Zugriffs: 13.06.2006].

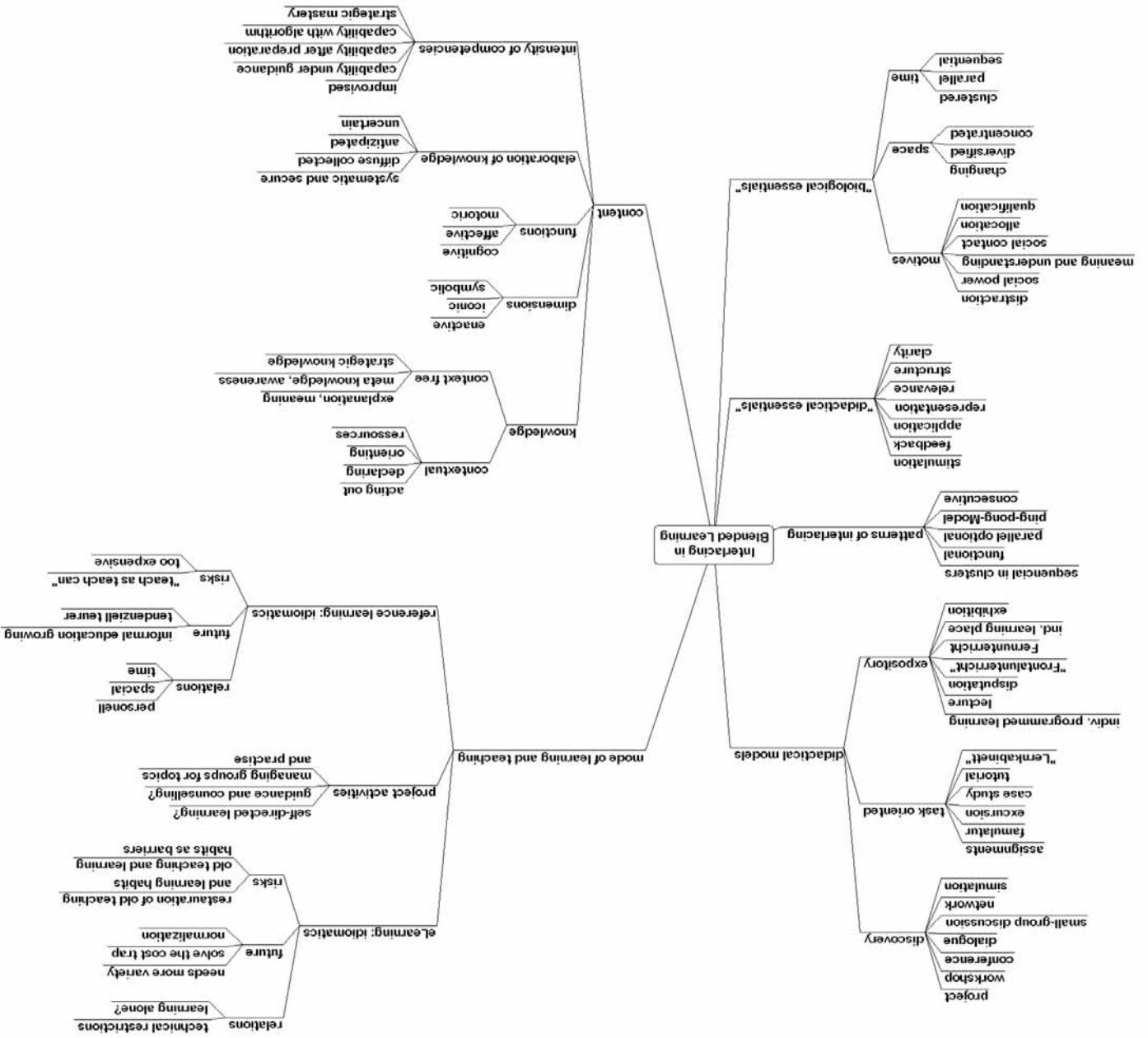


Abbildung 12: Interacting Blended Learning

8.5 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Übersicht der konzeptuellen Modelle und Theorien der Pflege (Fawcett)	17
Tabelle 2:	Phänomene des Metaparadigma der Pflege – Überblick über sieben konzeptuelle Modelle der Pflege (Fawcett) (<i>Anhang</i>)	18
Tabelle 3:	Überblick über drei Weltbilder (Fawcett) (<i>Anhang</i>)	20
Tabelle 4:	Neumans Systemmodell: Pflegeprozess (<i>Anhang</i>)	26
Tabelle 5:	Orems Selbstpflegemodell: Zehn Fähigkeitskomponenten (<i>Anhang</i>)	29
Tabelle 6:	Orems Selbstpflegemodell (<i>Anhang</i>)	30
Tabelle 7:	Orem: Fünf Handlungsbereiche für die Pflegepraxis (<i>Anhang</i>)	31
Tabelle 8:	Hendersons Pflegemodell (<i>Anhang</i>)	41
Tabelle 9:	Übersicht über das Roper-Logan-Tierney-Modell (RLT-Modell) (<i>Anhang</i>)	43
Tabelle 10:	Annahmen (RLT-Modell) (<i>Anhang</i>)	43
Tabelle 11:	Zusammenfassende Übersicht der Pflegemodelle und Theorien der Pflege (<i>Anhang</i>).....	46
Tabelle 12:	Hauptklassen von Taxonomien im psychologischen Bereich	51
Tabelle 13:	Matrix zur Klassifikation von Lernzielen (lernzielorientiert)	57
Tabelle 14:	Taxonomie zur Grundlagenvermittlung und Geräteeinweisung am Beispiel „Maschinelle Beatmung“ (<i>Anhang</i>)	58
Tabelle 15:	Lernzieloperationalisierung (<i>Anhang</i>)	58
Tabelle 16:	Lernzieloperationalisierung und Messkriterien (<i>Anhang</i>)	58
Tabelle 17:	Lernerfolgskontrolle am Beispiel „Maschinelle Beatmung“ (<i>Anhang</i>).....	58
Tabelle 18:	Operationsbezug (Kompetenzanalyse)	68
Tabelle 19:	Operationsbezug am Beispiel „Erste-Hilfe“/ „Notfallmedizin“ in der Krankenpfleegerstausbildung (kompetenzorientiert) (<i>Anhang</i>)	70
Tabelle 20:	Modul „Erste-Hilfe“/ „Notfallmedizin“ (<i>Anhang</i>)	70
Tabelle 21:	Zusammenfassende Übersicht der fünf Handlungsebenen der Didaktik (<i>Anhang</i>)	74
Tabelle 22:	Zusammenfassende Übersicht der vier Kriterien über Lernzielentscheidungen	76
Tabelle 23:	Fragestellungen der Curriculumanalyse	79
Tabelle 24:	Prüfkriterien für Lehrplananalysen (Flechsig)	82
Tabelle 25:	Zusammenfassende Übersicht zu Versand und Rücklauf (<i>Anhang</i>)	100
Tabelle 26:	Fragebogen (deutsch) (<i>Anhang</i>)	100
Tabelle 27:	Kategoriensystem zur Fragebogenauswertung (<i>Anhang</i>)	104
Tabelle 28:	Zusammenfassende Übersicht zur Fragebogenauswertung nach Länder (<i>Anhang</i>)	104
Tabelle 29:	Zusammenfassende Übersicht zu den Angaben der Theorien und Modelle für die Curriculumkonstruktion (<i>Anhang</i>)	105
Tabelle 30:	Übersicht zur Beantwortung der Fragen (<i>Anhang</i>)	105
Tabelle 31:	Quantitative Datenauswertung zum Fragebogen (<i>Anhang</i>)	106
Tabelle 32:	Kategoriensystem zur Analyse der Ausbildungsdokumente (<i>Anhang</i>)	112
Tabelle 33:	Zusammenfassende Übersicht der Dokumenten-Analysen (<i>Anhang</i>)	112
Tabelle 34:	Quantitative Datenauswertung zur Dokumenten-Analyse (<i>Anhang</i>)	112
Tabelle 35:	Differenzierte Angaben in den Curricula zu Theorie-Fächer (<i>Anhang</i>)	113
Tabelle 36:	Differenzierte Angaben in den Curricula zu Lehr- und Lernformen	113
Tabelle 37:	Differenzierte Angaben in den Curricula zu Tests	114
Tabelle 38:	Differenzierte Angaben zur Lernorganisation (<i>Anhang</i>)	114
Tabelle 39:	Rechtsgrundlagen und Einflussfaktoren – Parameter auf der Entscheidungsebene (<i>Anhang</i>)..	121
Tabelle 40:	Primäransatz pädagogischer Theorien und Modelle für die Curriculumkonstruktion	137

Tabelle 41: Konvergenzen und Divergenzen in der europäischen Pflegeausbildung	150
Tabelle 42: Grundmuster (Trends) in der Pflegeausbildung	151
Tabelle 43: Divergenzen in der Pflegeausbildung	153
Tabelle 44: Zusammenfassende Übersicht zu den Grundelementen der Curricula	160
Tabelle 45: Klassifikationen lernrelevanter Emotionen (Pekrun/ Schiefele)	174
Tabelle 46: Didaktische Modelle, nach: K.-H. Flechsig (<i>Anhang</i>)	176
Tabelle 47: Didaktische Modelle und Bezug zum E-Learning (Haller) (<i>Anhang</i>)	180
Tabelle 48: Inventar für Entscheidungsträger (<i>Anhang</i>)	190
Tabelle 49: Konzeption von Blended Learning am Beispiel des Moduls „Erste-Hilfe“/ „Notfallmedizin“	191
Tabelle 50: Learning controls in Blended Learning environment (Haller) (<i>Anhang</i>)	193

Tabelle 2: Phänomene des Metaparadigma der Pflege – Überblick über sieben konzeptuelle Modelle der Pflege (nach Fawcett)

Konzeptuelles Modell	Person	Umwelt	Gesundheit	Pflege
Johnsons Verhaltenssystemmodell	Ein Verhaltenssystem mit sieben Subsystemen: Bindung Abhängigkeit Nahrungsaufnahme Ausscheidung Sexualität Aggression Leistung	Interne Externe	Gleichgewicht und Stabilität des Verhaltenssystems. Effizientes und effektives Verhalten. Zielgerichtetes, geordnetes und vorhersagbares Verhalten.	<u>Definition:</u> Ein Dienst, der die Medizin und andere Bereiche des Gesundheitswesens ergänzt, aber seinen eigenen, unverwechselbaren Beitrag zu Gesundheit und Wohlbefinden der Menschen leistet. <u>Ziel:</u> Gleichgewicht und Stabilität des Verhaltenssystems erhalten, erlangen oder wiederherstellen. <u>Handlungen:</u> Externe Regulations- oder Kontrollmechanismen anwenden. Verhalten verändern oder neue Verhaltensmuster entwickeln. Schutz, Nahrung und Anregung geben.
Kings allgemeines Systemmodell	<u>Persönliches System:</u> Wahrnehmung, Selbst, Wachstum und Entwicklung, Körperbild, Zeit, Raum, Lernen <u>Interpersonales System:</u> Interaktion Kommunikation Transaktion Soziale Rolle Stress Bewältigung Soziales System Organisation Autorität Macht Status Entscheidungsfindung Kontrolle	Interne Externe	Dynamische Lebenserfahrung eines Menschen. Fähigkeit, in sozialen Rollen funktional zu agieren.	<u>Definition:</u> Wahrnehmen, Denken, sich beziehen, urteilen und handeln in Anbetracht des Verhaltens von Individuen, die in eine pflegerische Situation kommen. <u>Ziel:</u> Individuen helfen, ihre Gesundheit zu bewahren, so dass sie in ihren sozialen Rollen funktional agieren können. <u>Handlungen:</u> Ein Prozess der Interaktion, der zu Transaktion und schließlich zu Zielerreichung führt.
Levines Konservationsmodell	Ein ganzheitliches Wesen, ein System aus Systemen. <u>Organische Reaktionen sind</u> Flucht-oder-Kampf-Reaktion, entzündliche Reaktion, Stressreaktion, sensorische Reaktion; <u>grundlegende Orientierungssysteme sind</u> das visuelle System, das auditive System,	Operational Perzeptuell Konzeptuell	Gesundheit und Krankheit sind Muster adaptiven Wandels	<u>Definition:</u> Eine menschliche Interaktion <u>Ziel:</u> Förderung der Ganzheit sowohl gesunder als auch kranker Menschen <u>Handlungen:</u> Konservation von Energie, struktureller Integrität, sozialer Integrität und persönlicher Integrität

	das Tastsystem und das Geschmacks- und Geruchssystem.				
Neumans Systemmodell	Ein Klientensystem mit fünf Variablen: Der physiologischen, der psychischen, der sozio-kulturellen, der entwicklungs-geschichtlichen und der spirituellen Variable. Zentraler Kern, umgeben von flexiblen und normalen Abwehr- und Widerstandslinien.	Inneres Milieu Externe Umwelt Geschaffene Umwelt	Optimale Stabilität des Klientensystems	Definition: Ein eigenständiger Berufsstand, der mit all den Variablen befasst ist, die mit der Reaktion des Individuums auf Umweltstressoren zusammenhängen Ziel: Förderung der optimalen Gesundheit des Klientensystems durch Bewahren, Wiederherstellen oder Aufrechterhalten seiner Stabilität Handlungen: Primäre Prävention Sekundäre Prävention Tertiäre Prävention	
Orems Selbstpflegemodell	Agent der Selbstpflege Therapeutische Selbstpflege-Erfordernisse bestehend aus: Universellen Erfordernissen Entwicklungsbezogenen Erfordernissen Gesundheitlich bedingten Erfordernissen	Die äußere Umgebung der Person	Solidität oder Ganzheit entwickelter menschlicher Strukturen sowie körperliche und mentale Funktionalität	Definition: Ein helfender Dienst, ein kreatives Bemühen, Menschen zu helfen Ziel: Menschen dabei helfen, ihren eigenen Selbstpflegebedarf zu erfüllen Handlungen: Vollständig kompensatorische, partiell kompensatorische und unterstützend-edukative Pflegesysteme Hilfe durch Lenkung, physische und psychische Unterstützung, Bereitstellung einer entwicklungsfördernden Umgebung, Lehren	
Rogers' Wissenschaft vom unitären Menschen	Ein unitäres Wesen, ein von Mustern, Offenheit und Pandimensionalität geprägtes Energiefeld	Ein von Mustern, Offenheit und Pandimensionalität geprägtes Energiefeld	Ein Ausdruck des Lebensprozesses	Definition: Ein akademischer Beruf, eine Wissenschaft, aber auch eine Kunst Ziel: Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden Handlungen: Bewusste gemeinsame Musterbildung zur Förderung von Resonanz, Heiligkeit und Integralität	
Roys Adaptionmodell	Ein adaptives System mit vier Reaktionsmodi: Physisches Selbstkonzept Rollenfunktion Interdependenz Regulative Mechanismen der Bewältigung	Fokaler oder Hauptreiz Kontextuelle Reize Residuale Reize	Eine ganze, integrierte Person zu sein bzw. zu werden	Definition: Ein theoretisches Wissenssystem, das einen Analyse- und Handlungsprozess zur Versorgung kranker oder potentiell kranker Personen vorgibt Ziel: Förderung der Adaption Handlungen: Steuerung der relevanten Umweltreize durch verändern, verstärken, abschwächen, entfernen oder beibehalten	

aus: Fawcett 1999, S. 25-27

Tabelle 3: Überblick über drei Weltbilder (nach Fawcett)

Das reaktive Weltbild

Menschen sind bio-psycho-spirituelle Wesen.
Menschen reagieren linear und kausal auf externe Umweltreize.

Wandel tritt nur auf, wenn er für die Sicherung des Überlebens nötig ist. Er ist die Folge vorhersagbarer und kontrollierbarer Bedingungen.

Nur objektive Phänomene, die sich problemlos isolieren, definieren, beobachten und messen lassen, werden zur Untersuchung herangezogen.

Das reziprok-interaktive Weltbild

Menschen sind ganzheitliche Wesen.
Teile werden nur im Kontext des Ganzen gesehen.

Menschen sind von ihrem Wesen her aktiv.
Die Interaktion zwischen Mensch und Umwelt ist reziprok.

Die Realität ist multidimensional, vom Kontext abhängig und stets relativ.

Wandel ist das Ergebnis multipler Faktoren.
Wandel ist probabilistisch, kann kontinuierlich auftreten oder dem Überleben dienen.

Sowohl objektive als auch subjektive Phänomene werden zur Untersuchung herangezogen;
es werden quantitative und qualitative Methoden eingesetzt.

Der methodische Schwerpunkt liegt auf der empirischen Beobachtung in kontrollierten Situationen sowie auf der statistischen Datenanalyse.

Das simultan-aktive Weltbild

Menschen sind ganzheitliche, selbstbestimmte Wesen mit ganz bestimmten, charakteristischen Verhaltensmustern.

Die Interaktion zwischen Mensch und Umwelt ist ein wechselseitiger, rhythmischer Prozess.
Menschen verändern sich kontinuierlich.

Wandel ist nicht vorhersagbar, doch auf zunehmend organisierte und komplexe Verhaltensmuster ausgerichtet.

Persönliches Wissen und die Erkenntnis von Mustern stehen bei der Untersuchung im Vordergrund.

aus: Fawcett (1993; dt.: 1999, S. 21-22)

Tabelle 4: Neumans Systemmodell: Pflegeprozess

I. Pflegediagnose

A. *Grunddaten sammeln bei gleichzeitiger Berücksichtigung der dynamischen Wechselbeziehungen zwischen physiologischen, psychischen, soziokulturellen, entwicklungs-geschichtlichen und spirituellen Variablen*

1. Wahrnehmungen des Klienten/des Klientensystems benennen
 - a. Zustand und Stärke der Faktoren und Ressourcen der Grundstruktur einschätzen
 - b. Charakteristika der Widerstands- und Abwehrlinien, Ausmaß der potentiellen oder tatsächlichen Reaktion sowie Potential der Rekonstruktion nach einer Reaktion einschätzen
 - c. Inneres Milieu und externe Umwelt einschätzen
 - (1) Potentiell oder tatsächlich vorhandene Stressoren, die eine Gefahr für die Stabilität des Klientensystem darstellen, benennen und evaluieren
 - (2) Stabilitätsgefährdende Stressoren klassifizieren
 - a) Deprivation
 - b) Exzess
 - c) Veränderung
 - d) Intoleranz
 - d. Potentielle und/oder tatsächliche intra-, inter- und extrapersonale Interaktionen zwischen Klientensystem und Umwelt unter Berücksichtigung aller fünf Variablen benennen, klassifizieren und evaluieren
 - e. Geschaffene Umwelt einschätzen
 - (1) Wahrnehmung des Klienten/des Klientensystems ergründen
 - a) Wahrnehmung von Stressoren
 - b) Wahrnehmung von Problem- und Stressbereichen
 - c) Wahrnehmung momentaner Abweichungen von üblichen Lebensmustern
 - d) Bewältigung ähnlicher Probleme in der Vergangenheit
 - e) Zukunftserwartungen infolge der momentanen Situation
 - f) Wahrnehmung möglicher Selbsthilfe
 - g) Erwartungen an Pflegekräfte, Angehörige und andere Bezugspersonen
 - (2) Grad des vorhandenen Schutzes bestimmen
 - (3) Ursachen der geschaffenen Umwelt ergründen
 - f. Einflüsse vergangener, aktueller und möglicher zukünftiger Lebensprozesse und Bewältigungsmuster auf die Stabilität des Klientensystems bestimmen
 - g. Potentielle bzw. tatsächliche interne und externe Ressourcen, die zu einer Optimierung des Wohlbefindens beitragen könnten, benennen und evaluieren
2. Wahrnehmung der Pflegekraft ergründen (Punkte 1a, b, c, d, f, g aus der Sicht der Pflegekraft wiederholen)
3. Wahrnehmungen des Klientensystems und der Pflegekraft vergleichen
 - a. Ähnlichkeiten und Unterschiede in der Wahrnehmung benennen
 - b. Bewusstsein für wichtige Verzerrungen wecken
 - c. Unterschiede in der Wahrnehmung klären

B. *Abweichungen vom Wohlbefinden*

1. Gewonnene Daten zu relevanten Theorien der Pflegewissenschaft und verwandten Disziplinen in Beziehung setzen
2. Umfassende pflegediagnostische Aussage formulieren
3. Pflegeziele nach Prioritäten ordnen
 - a. Grad des Wohlbefindens des Klienten berücksichtigen
 - b. Bedürfnisse der Systemstabilität berücksichtigen
 - c. Gesamtheit verfügbarer Ressourcen berücksichtigen
4. Zu erwartende Ergebnisse formulieren und Interventionen bestimmen, die zur Optimierung von Systemstabilität und Wohlbefinden beitragen können, d.h. die normale Abwehrlinie schützen und die flexible Abwehrlinie stärken

II. Pflegeziele

A. *Wünschenswerte normative Veränderungen, die Abweichungen vom Wohlbefinden korrigieren können, mit dem Klienten diskutieren*

1. Die in I.B.3.b benannten Bedürfnisse berücksichtigen
2. Die in I.B.3.c benannten Ressourcen berücksichtigen

B. *Die relevante Art der Prävention als Intervention mit dem Klienten erörtern*

A. *Pflegerische Interventionen umsetzen*

1. Primäre Prävention: Systemstabilität bewahren
 - a. Eindringen von Stressoren verhindern
 - b. Vorhandene Stärken unterstützen
 - c. Positive Bewältigungsmuster verstärken
 - d. Tatsächlich oder potentiell vorhandene schädliche Stressoren desensitivieren
 - e. Zur Optimierung des Wohlbefindens motivieren
 - f. Interdisziplinäre Theorien und epidemiologische Erkenntnisse integrieren
 - g. Aufklären bzw. Aufklärung vertiefen
 - h. Stress als positive Interventionsstrategie nutzen
2. Sekundäre Prävention: Systemstabilität wiederherstellen
 - a. Grundstruktur schützen
 - b. Interne und externe Ressourcen mobilisieren
 - c. Stressoren und Stressorreaktionen zielgerichtet manipulieren
 - d. Pflegeziele erläutern und zu deren Realisierung motivieren
 - e. Adäquate Behandlungsmaßnahmen verstärken
 - f. Faktoren, die das Wohlbefinden optimieren könnten, unterstützen
 - g. Durch effektive Koordination und Integration aller erforderlichen Maßnahmen die Position des Klienten/Klientensystems stärken
 - h. Bei Bedarf Maßnahmen der primären Prävention bereitstellen
3. Tertiäre Prävention: Systemstabilität aufrechterhalten
 - a. Höchstmögliche Ebene von Wohlbefinden und Stabilität durch Rekonstruktion erlangen und aufrechterhalten
 - b. Aufklären bzw. Aufklärung vertiefen
 - c. Angemessene Ziele diskutieren und zu deren Realisierung motivieren
 - d. Ressourcen des Gesundheitssystems koordinieren und integrieren
 - e. Bei Bedarf Maßnahmen der primären und sekundären Prävention bereitstellen

B. *Ergebnisse evaluieren*

1. Erfüllung von Zielen bestätigen
2. Ziele neu formulieren

C. *Mittel- und langfristige Ziele für nachfolgende pflegerische Handlungen setzen, die sich an den bisherigen Ergebnissen orientieren*

nach Neuman 1989, S. 18-21; aus: Fawcett 1998, S. 243-245

Tabelle 5: Orems Selbstpflegemodell: Zehn Fähigkeitskomponenten

1. Fähigkeit, das eigene Selbst als Agent der Selbstpflege wahrzunehmen und die internen und externen Bedingungen und Faktoren, die für die Selbstpflege bedeutsam sind, aufmerksam zu beobachten
2. Fähigkeit, die verfügbare körperliche Energie kontrolliert für selbstpflegerische Maßnahmen einzusetzen
3. Fähigkeit, die eigene Körperhaltung und die Körperbewegungen, die für die Ausübung selbstpflegerischer Maßnahmen notwendig sind, zu kontrollieren
4. Fähigkeit, innerhalb eines selbstpflegerischen Bezugsrahmens rational zu reflektieren
5. Motivation (d.h. Zielorientierungen für die Selbstpflege, die mit ihren Charakteristika und ihrer Bedeutung für Leben, Gesundheit und Wohlbefinden übereinstimmen)
6. Fähigkeit, selbstpflegerische Entscheidungen zu treffen und diese Entscheidungen umzusetzen
7. Fähigkeit, sich das erforderliche technische Wissen anzueignen und umzusetzen
8. Fähigkeiten in kognitiven, perzeptuellen, manipulativen, kommunikativen und zwischenmenschlichen Bereichen, die den erforderlichen selbstpflegerischen Maßnahmen entsprechen
9. Fähigkeit, einzelne selbstpflegerische Handlungen zueinander in Beziehung zu setzen, in Hinblick auf die regulativen Ziele der Selbstpflege Prioritäten zu setzen und die einzelnen Maßnahmen zeitlich sinnvoll anzuordnen
10. Fähigkeit, selbstpflegerische Maßnahmen konsistent durchzuführen und in die relevanten Aspekte des persönlichen, familiären und gemeinschaftlichen Lebens zu integrieren (Orem, 1991, S. 155)

aus: Fawcett 1998, S. 295-296

Tabelle 6: Orems Selbstpflegemodell

6.1 Selbstpflege-Erfordernisse

Universelle Selbstpflege-Erfordernisse

1. Sorge für eine ausreichende Zufuhr von Luft
2. Sorge für eine ausreichende Zufuhr von Wasser
3. Sorge für eine ausreichende Zufuhr von Nährstoffen
 - a. Proteine und Aminosäuren
 - b. Fett und Fettsäuren
 - c. Kohlenhydraten
 - d. Mineralien
 - e. Vitamine
4. Vorkehrungen in bezug auf Ausscheidungen und Exkremente
5. Sorge für ein Gleichgewicht von Aktivität und Ruhe
6. Sorge für ein Gleichgewicht von Alleinsein und sozialer Interaktion
7. Vorbeugung bei Gefahren für Leben, Funktionalität und Wohlbefinden
8. Unterstützung von Funktionalität und Entwicklung innerhalb sozialer Gruppen in Übereinstimmung mit dem menschlichen Potential, den bekannten Beschränkungen und dem Streben nach Normalität

Entwicklungsbezogene Selbstpflege-Erfordernisse

1. Unterstützung von Lebens- und Entwicklungsprozessen, die für einen Fortschritt zu höheren Ebenen der Organisation menschlicher Strukturen und Reifung stehen, in allen Lebensstadien
 - a. Intrauterines Lebensstadium bis zum Abschluss der Geburt
 - b. Neonatales Lebensstadium
 1. Zu früher oder normaler Zeitpunkt der Geburt
 2. Zu niedriges oder normales Gewicht bei der Geburt
 - c. Frühe Kindheit
 - d. Verschiedene Entwicklungsstadien der Kindheit einschließlich Adoleszenz und Eintritt ins Erwachsenenalter
 - e. Verschiedene Entwicklungsstadien des Erwachsenenalters
2. Bereitstellung von Pflege aufgrund von Ereignissen und Bedingungen, die sich auf die menschliche Entwicklung ungünstig auswirken können
 - a. Vorbeugung bei drohenden schädlichen Auswirkungen auf die menschliche Entwicklung
 - b. Milderung und Überwindung bereits eingetretener schädlicher Auswirkungen auf die menschliche Entwicklung
 - c. Ereignisse und Bedingungen, die sich auf die menschliche Entwicklung ungünstig auswirken können:
 1. Mangelnde Ausbildung
 2. Probleme bei der sozialen Adaption
 3. Probleme bei der Individuation
 4. Verlust von Verwandten, Freunden, Kollegen
 5. Verlust von Besitz oder beruflicher Sicherheit
 6. Umzug in eine ungewohnte Umgebung
 7. Probleme beim sozialen Status
 8. Schlechte Gesundheit oder Behinderung
 9. Schlechte Lebensbedingungen
 10. Unheilbare Krankheit und bevorstehender Tod

Gesundheitlich bedingte Selbstpflege-Erfordernisse

1. Sicherstellung adäquater medizinischer Hilfe bei Vorliegen spezifischer physischer oder biologischer Agenzien oder Umweltbedingungen, die mit pathologischen Ereignissen und Zuständen verbunden sind, oder bei Hinweisen auf genetische, physiologische oder psychische Bedingungen, von denen bekannt ist, dass sie mit menschlichen Pathologien in Zusammenhang stehen
2. Bewusstsein für die Auswirkungen pathologischer Beschwerden und Zustände, darunter auch ungünstige Auswirkungen auf die Entwicklung
3. Effektive Durchführung ärztlich verschriebener Maßnahmen mit diagnostischem, therapeutischem oder rehabilitatorischem Charakter, die auf die Behandlung spezifischer Pathologien, die Regulation der menschlichen Funktionalität, die Korrektur von Abnormalitäten oder die Kompensation von Behinderungen ausgerichtet sind
4. Bewusstsein für die Regulation unangenehmer oder schädlicher Nebenwirkungen medizinischer Maßnahmen, darunter auch ungünstige Auswirkungen auf die Entwicklung

5. Modifikation von Selbstkonzept und Selbstbild, Akzeptanz des gesundheitlichen Zustands und des Bedarfs an spezifischen Formen der Behandlung
6. Toleranz nicht behandelbarer Beschwerden und Entwicklung eines Lebensstils, der trotz dieser Beschwerden eine kontinuierliche persönliche Weiterentwicklung erlaubt

nach Orem 1991, S. 126, 131, 134; aus: Fawcett 1998, Tabelle 7.1, S. 297-298

6.2 Selbstpflegemodell: Elemente der Pflegediagnose

I. Gegenwärtigen und zukünftigen therapeutischen Selbstpflegebedarf bestimmen

- A. Universelle, entwicklungsbezogene und gesundheitlich bedingte Selbstpflege-Erfordernisse zu anderen Aspekten der menschlichen Funktionalität und Entwicklung in Beziehung setzen
- B. Interne und externe Bedingungen der Erfüllung der einzelnen Erfordernisse benennen
 1. Bedingungen, die zur Erfüllung befähigen
 2. Bedingungen, welche die Erfüllung behindern und stören
- C. Methoden oder Techniken bestimmen, von denen bekannt ist oder hypothetisch angenommen wird, dass sie für die Erfüllung der einzelnen Erfordernisse unter Berücksichtigung der ermittelten internen und externen Bedingungen Validität und Reliabilität besitzen
- D. Handlungen spezifizieren, die mit den in Frage kommenden Methoden oder Techniken verbunden sind

II. Selbstpflege- Handlungskompetenz bzw. Kapazität zur Abhängigenpflege bestimmen

A. Einschätzen, inwieweit die Person fähig ist,

1. sich auf spezifische Dinge zu konzentrieren und andere auszuschließen
2. die Charakteristika spezifischer Dinge und deren Bedeutung zu verstehen
3. die Notwendigkeit der Regulierung beobachteter Muster zu verstehen
4. sich Wissen über angemessene Maßnahmen zur Regulierung anzueignen
5. Entscheidungen zu treffen
6. Maßnahmen durchzuführen, die für die Veränderung oder Regulierung notwendig sind

B. Einfluß der Fähigkeitskomponenten auf die Selbstpflege-Handlungskompetenz bzw. Kapazität zur Abhängigenpflege bestimmen

1. Fähigkeit der Person bestimmen, das eigene Selbst als Agent der Selbstpflege wahrzunehmen und die internen und externen Bedingungen und Faktoren, die für die Selbstpflege bedeutsam sind, aufmerksam zu beobachten
2. Fähigkeit der Person bestimmen, die verfügbare körperliche Energie kontrolliert für selbstpflegerische Maßnahmen einzusetzen
3. Fähigkeit der Person bestimmen, die eigene Körperhaltung und die Körperbewegungen, die für die Ausübung selbstpflegerischer Maßnahmen notwendig sind, zu kontrollieren
4. Fähigkeit der Person bestimmen, innerhalb eines selbstpflegerischen Bezugsrahmens rational zu reflektieren
5. Motivation der Person zu Selbstpflege bzw. Abhängigenpflege bestimmen
6. Fähigkeit der Person bestimmen, selbstpflegerische Entscheidungen zu treffen und diese Entscheidungen umzusetzen
7. Fähigkeit der Person bestimmen, sich das erforderliche technische Wissen anzueignen und umzusetzen
8. Fähigkeiten zu kognitiven, perzeptuellen, manipulativen, kommunikativen zwischenmenschlichen Bereich bestimmen, die den erforderlichen selbst-pflegerischen Maßnahmen entsprechen
9. Fähigkeit der Person bestimmen, einzelne selbstpflegerische Handlungen zueinander in Beziehung zu setzen, in Hinblick auf die regulativen Ziele der Selbstpflege Prioritäten zu setzen und die einzelnen Maßnahmen zeitlich sinnvoll anzuordnen
10. Fähigkeit der Person bestimmen, selbstpflegerische Maßnahmen konsistent durchzuführen und die relevanten Aspekte des persönlichen, familiären und gemeinschaftlichen Lebens zu integrieren

C. Einfluß der bedingenden Grundfaktoren des Selbstpflegepotentials auf die Selbstpflege-Handlungskompetenz bzw. Kapazität zur Abhängigenpflege bestimmen

1. Einfluß von Alter, Geschlecht, Entwicklungsstadium und gesundheitlichem Zustand bestimmen
2. Einfluß der soziokulturellen Orientierung bestimmen
3. Einfluß der medizinischen Diagnose und Behandlung, des Familiensystems und verschiedener Umweltfaktoren bestimmen
4. Einfluß von Mustern der alltäglichen Lebensführung bestimmen
5. Einfluß von Verfügbarkeit und Angemessenheit von Ressourcen bestimmen

- D. *Bestimmen, ob der Person aus therapeutischen Gründen dabei geholfen werden sollte auf Handlungen der Selbstpflege bzw. Abhängigenpflege zu verzichten*
- E. *Bestimmen, ob der Person aus therapeutischen Gründen dabei geholfen werden sollte, bereits entwickelte Fähigkeiten der Selbstpflege bzw. der Abhängigenpflege zu schützen*
- F. *Zukünftiges Selbstpflegepotential bestimmen*
 - 1. Fähigkeit der Person bestimmen, das eigene Wissen über die Selbstpflege bzw. die Abhängigenpflege zu vergrößern oder zu vertiefen
 - 2. Fähigkeit der Person bestimmen, pflegerische Techniken zu erlernen
 - 3. Bereitschaft der Person bestimmen, sich für die Selbstpflege bzw. Abhängigenpflege zu engagieren
 - 4. Fähigkeit der Person bestimmen, Maßnahmen der Selbstpflege bzw. Abhängigenpflege in ihren Alltag zu integrieren

III. Defizite bei der Selbstpflege bzw. der Abhängigenpflege einzuschätzen

- A. *Qualitative oder quantitative Defizite bei der Selbstpflege bzw. Abhängigenpflege Einschätzen und zum therapeutischen Selbstpflegebedarf in Beziehung setzen*
- B. *Charakter und Ursache der Defizite bestimmen*
- C. *Ausmaß der Defizite bestimmen*
 - 1. Vollständiges Selbstpflegedefizit
 - 2. Partielles Selbstpflegedefizit

nach Orem 1985 und Orem 1991; aus: Fawcett 1998, Tabelle 7.2, S. 305-306

6.3 Selbstpflegemodell: Verschiedene Arten von Pflegesystemen

I. Vollständig kompensatorisches Pflegesystem

- A. *Ergebnisse pflegerischer Handlungen*
 - 1. Umfassende pflegerische Versorgung der Person
 - 2. Kompensation der Unfähigkeit der Person, den eigenen Selbstpflegebedarf zu erfüllen
 - 3. Unterstützung und Schutz der Person
- B. *Unterart 1*
 - 1. Pflegesysteme für Personen, die keine bewussten Handlungen ausführen können
 - a. Personen, die ihre Körperhaltung und ihre Körperbewegungen nicht kontrollieren können
 - b. Personen, die auf Stimuli nicht oder nur teilweise reagieren können
 - c. Personen, die ihre Umwelt wegen des Verlusts motorischer Fähigkeiten nicht ausreichend beobachten können
 - 2. Methoden der Unterstützung: Handeln für die Person
- C. *Unterart 2*
 - 1. Pflegesysteme für Personen, die bei Bewusstsein sind und zu Beobachtungen, Urteilen und Entscheidungen fähig sind, aufgrund körperlicher Einschränkungen jedoch keine pflegerischen Handlungen ausführen können oder sollen
 - a. Personen, die bei Bewusstsein sind, ihre Umwelt wahrnehmen und in normalem oder beschränktem Maße kommunizieren können
 - b. Personen, die sich aufgrund pathologischer Prozesse, Verletzungen, medizinischer Behandlungen oder extremer Schwäche bzw. Debilität nicht bewegen können oder keine manipulativen Bewegungen ausführen können
 - c. Personen, denen eine Bewegungseinschränkung ärztlich verordnet wurde
 - 2. Methoden der Unterstützung:
 - a. Bereitstellen einer entwicklungsfördernden Umwelt
 - b. Handeln für die Person
 - c. Psychische Unterstützung der Person
 - d. Anleitung der Person
 - e. Unterrichtung der Person
- D. *Unterart 3*
 - 1. Pflegesysteme für Personen, die sich weder selbst versorgen noch rationale Urteile und Entscheidungen treffen können, aber beweglich und in der Lage sind, einige Maßnahmen der Selbstpflege ohne ständige Anleitung und Überwachung selbst auszuüben
 - a. Personen, die bei Bewusstsein sind, ihre Aufmerksamkeit aber nicht auf die Selbstpflege bzw. Abhängigenpflege konzentrieren können

- b. Personen, die ohne Anleitung keine rationalen Urteile und Entscheidungen über ihre Pflege und ihr tägliches Leben treffen können
- c. Personen, die beweglich und in der Lage sind, einige Maßnahmen der Selbstpflege ohne ständige Anleitung und Überwachung selbst auszuüben
- 2. Methoden der Unterstützung:
 - a. Bereitstellen einer entwicklungsfördernden Umwelt
 - b. Anleitung der Person
 - c. Unterstützung der Person
 - d. Handeln für die Person

II. Partiiell kompensatorisches Pflegesystem

A. Ergebnisse

- 1. Handlungen der Pflegekraft
 - a. Ausführung einiger Maßnahmen der Selbstpflege für die Person
 - b. Kompensation der eingeschränkten Fähigkeit der Person, den eigenen Selbstpflegebedarf zu erfüllen
 - c. Leistung erforderlicher Hilfestellung
 - d. Regulierung der Selbstpflege-Handlungskompetenz
- 2. Handlungen der Person
 - a. Ausführung eigener Maßnahmen der Selbstpflege
 - b. Regulierung der Selbstpflege-Handlungskompetenz
 - c. Akzeptanz der Unterstützung durch die Pflegekraft

B. Unterart 1

- 1. Die Person führt die universellen Maßnahmen der Selbstpflege aus, die Pflegekraft übernimmt die medizinisch verordneten und einige universelle Maßnahmen
- 2. Methoden der Unterstützung:
 - a. Handeln für die Person
 - b. Anleitung der Person
 - c. Unterstützung der Person
 - d. Bereitstellen einer entwicklungsfördernden Umwelt
 - e. Unterrichtung der Person

C. Unterart 2

- 1. Die Person lernt, einige neue pflegerische Maßnahmen durchzuführen
- 2. Methoden der Unterstützung:
 - a. Handeln für die Person
 - b. Anleitung der Person
 - c. Unterstützung der Person
 - d. Bereitstellen einer entwicklungsfördernden Umwelt
 - e. Unterrichtung der Person

III. Unterstützend-edukatives Pflegesystem

A. Ergebnisse

- 1. Handlungen der Pflegekraft: Regulierung der Selbstpflege-Handlungskompetenz
- 2. Handlungen der Person:
 - a. Optimierung der Selbstpflege
 - b. Regulierung der Selbstpflege-Handlungskompetenz

B. Unterart 1

- 1. Person kann pflegerische Maßnahmen ausführen
- 2. Methoden der Unterstützung:
 - a. Anleitung der Person
 - b. Unterstützung der Person

C. Unterart 2

- 1. Person kann pflegerische Maßnahmen ausführen
- 2. Methode der Unterstützung: Unterrichtung der Person

D. Unterart 3

- 1. Person kann pflegerische Maßnahmen ausführen
- 2. Methode der Unterstützung: Bereitstellung einer entwicklungsfördernden Umwelt

E. *Unterart 4*

1. Person ist pflegerisch kompetent
 2. Methode der Unterstützung: Regelmäßige Anleitung der Person
-

nach Orem 1991; aus: Fawcett 1998, Tabelle 7.3, S. 308-310

6.4 Selbstpflegemodell: Regulative Pflegehandlungen

I. *Direkte pflegerische Handlungen*

- A. Selbstpflegerische Aufgaben für Patientinnen und Patienten leisten und regulieren bzw. Patientinnen und Patienten bei der Ausführung selbstpflegerischer Aufgaben helfen
- B. Ausführung selbstpflegerischer Aufgaben koordinieren, so dass ein einheitliches Pflegesystem entsteht, das auch mit den anderen Komponenten der gesundheitlichen Versorgung in Einklang steht
- C. Patientinnen und Patienten sowie ihren Angehörigen und anderen Bezugspersonen helfen, tägliche Lebensmuster aufzubauen, die dem Selbstpflegebedarf sowie den besonderen Interessen, Begabungen und Zielen der Patientinnen und Patienten möglichst entgegenkommen
- D. Patientinnen und Patienten bei der Ausübung oder therapeutisch notwendigen Zurücknahme ihrer Selbstpflege-Handlungskompetenz unterstützen und anleiten
- E. Interesse der Patientinnen und Patienten an der Selbstpflege durch Fragen und Diskussionen über pflegerische Probleme stimulieren
- F. Patientinnen und Patienten beim Erlernen selbstpflegerischer Aktivitäten unterstützen
- G. Patientinnen und Patienten in Zeiten der Krankheit oder Behinderung in ihrem Bedürfnis, sich für neue pflegerische Aktivitäten zu engagieren bzw. die Erfüllung der verschiedenen Selbstpflege-Erfordernisse zu verändern, unterstützen und leiten

II. *Entscheidungen über direkte pflegerische Handlungen*

- A. Selbstpflegerische Aktivitäten überwachen und ihre Auswirkungen auf die Selbstpflege-Handlungskompetenz bzw. die Erreichung pflegerischer Ziele bestimmen
- B. Urteile über die Hinlänglichkeit und Effizienz selbstpflegerischer Aktivitäten treffen
- C. Urteile über die Bedeutung der Ergebnisse für das Wohlergehen der Patientinnen und Patienten treffen und gegebenenfalls Anpassungen empfehlen oder vornehmen, z. B. durch Veränderungen bei den jeweiligen Rollen der Pflegekraft und des Patienten das Pflegesystem modifizieren

nach Orem 1991, S. 280-281; aus: Fawcett 1998, Tabelle 7.4, S. 311

Tabelle 7: Orem's Selbstpflegemodell: Fünf Handlungsbereiche für die Pflegepraxis

1. In eine pflegerische Beziehung mit Individuen, Familien oder Gruppen eintreten und diese aufrechterhalten und weiterentwickeln, bis die betreffenden Patientinnen und Patienten aus der Pflege entlassen werden können
2. Bestimmen, ob und wie den Patientinnen und Patienten durch pflegerische Handlungen geholfen werden kann
3. Auf Bitten, Wünsche und Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten nach Kontakt und Hilfe eingehen
4. Den Patientinnen und Patienten sowie ihren Bezugspersonen direkte Hilfe in Form pflegerischer Handlungen verordnen, bereitstellen und regulieren
5. Pflegerische Handlungen koordinieren und in das tägliche Leben und sonstige (z.B. medizinische, soziale, edukative) Betreuung der Patientinnen und Patienten integrieren (Orem, 1991, S. 340)

aus: Fawcett 1998, S. 321

Tabelle 8: Hendersons Pflegemodell: Allgemeine Bedürfnisse aller Patienten und deren jeweilige Modifizierung bei dauernden oder vorübergehenden Zuständen

Bestandteile der Grundpflege	Dauerzustände, die die Grundpflege beeinflussen	Krankhafte Zustände, verglichen mit spezifischen Krankheiten, die Modifizierung der Grundpflege erfordern
<p>Dem Patienten bei diesen Verrichtungen zu helfen oder dafür zu sorgen, daß er imstande ist:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Normal zu atmen 2. Entsprechend zu essen und zu trinken 3. Auszuscheiden mit Hilfe aller Ausscheidungsorgane 4. Sich zu bewegen und eine gewünschte Position einzuhalten (laufen, sitzen, liegen, Lage wechseln) 5. Zu schlafen und zu ruhen 6. Entsprechende Bekleidung auszuwählen, sich aus- und anzuziehen 7. Normale Körpertemperatur durch jeweils dem Klima angepasste Kleidung aufrechtzuerhalten 8. Den Körper sauber und gepflegt zu halten und die Haut zu schützen 9. Gefahren in der Umgebung sowie Verletzungen anderer zu vermeiden 10. Mit anderen Menschen verkehren, Empfindungen, Nöte, Befürchtungen etc. kundzutun 11. Gemäß dem persönlichen Glauben Gott zu dienen 12. Etwas zu tun, was ein Gefühl der Befriedigung verschafft 13. Zu spielen oder an verschiedenen Unterhaltungen teilzunehmen 14. Zu lernen, entdecken oder die Begierde zu befriedigen, was zur „normalen“ Entwicklung und Gesundheit führt 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alter: Neugeborenen, Kindheit, Jugend, Mittelalter, Alter und Sterben 2. Temperament: Gemütszustand oder vorübergehende Laune: <ol style="list-style-type: none"> a) „normal“ oder b) euphorisch, überaktiv c) ängstlich, furchtsam, verärgert oder hysterisch oder d) deprimiert oder träge 3. Sozialer oder kultureller Stand: Familienmitglied oder relativ alleinstehende Person und/oder schlecht sich anpassend, verarmt 4. Körperliche und intellektuelle Fähigkeiten: <ol style="list-style-type: none"> a) normales Gewicht b) Untergewicht c) Übergewicht d) normale Mentalität e) begabte Mentalität f) unternormale Mentalität g) normale Fähigkeit zum Hören, Sehen, Gleichgewicht halten und Tasten h) Verlust besonderer Sinnesorgane i) normale motorische Kraft j) Verlust der motorischen Kraft 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Auffallende Störung des Flüssigkeits- und Mineralstoffhaushaltes einschließlich Hungerzustände, perniziöses Erbrechen und Durchfall 2. Akuter Sauerstoffmangel 3. Schock (einschließlich „Kollaps“ und Blutung) 4. Störung des Bewußtseins – Ohnmacht, Koma, Delirium 5. Auffallend abnorme Körpertemperatur infolge von Hitze- oder Kälteeinwirkung 6. Akute fieberhafte Zustände (aller Ursachen) 7. Lokale Verletzung, Wunde und/oder Infektion 8. Ansteckende Krankheit 9. Prae-postoperativer Zustand 10. Postoperativer Zustand 11. Immobilisierung infolge Krankheit oder verordneter Behandlung 12. Dauernder oder unerklärlicher Schmerzzustand

aus: Henderson 1977, S. 17-18

Tabelle 9: Übersicht über das Roper - Logan - Tierney - Modell (RLT-Modell)

Komponenten/ Konzepte	Lebensmodell	Pflegemodell
<p><i>(1) Lebensaktivitäten (LA)</i></p> <p>Für sichere Umgebung sorgen Kommunizieren Atmen Essen und Trinken Ausscheiden Sich sauber halten und Kleiden Regulieren der Körpertemperatur Sich bewegen Arbeiten und Spielen Sich als Mann oder Frau fühlen und verhalten Schlafen Sterben</p>	<p><i>Lebensaktivitäten (LA)</i></p>	<p>Annahmen* Bezugnahme auf die LA:</p> <p>Anwendung des Konzepts Komplexität Verbindung zwischen den LA Prioritäten zwischen den LA Relevanz LA und der einzelne Mensch</p>
<p><i>(2) Lebensspanne</i> Von der Geburt bis zum Tod Phasen:</p>	<p>Säuglingsalter Kindheit Adoleszenz Erwachsenenalter Rentenalter</p>	<p>Säuglingsalter Kindheit Adoleszenz Erwachsenenalter Alter</p>
<p><i>(3) Abhängigkeits-/ Unabhängigkeits-Kontinuum</i></p> <p>Vollständige - Vollständige Abhängigkeit Unabhängigkeit</p>	<p>Neugeborene Säuglings- und Kindesalter Erwachsenenalter</p>	<p>Kindheit Erwachsenenalter Alter</p>
<p><i>(4) Faktoren, welche die LA beeinflussen</i></p> <p>Biologische Faktoren:</p> <p>Psychologische Faktoren:</p> <p>Soziokulturelle Faktoren:</p> <p>Umgebungsabhängige Faktoren:</p>	<p>Anatomische und physiologische Leistungsfähigkeit</p> <p>Intellektuelle und emotionale Aspekte</p> <p>Kultur Spiritualität, Religion, Ethik Gemeinschaft Rolle Status Beziehungen Soziale Gruppierungen Gesellschaftsschichten und Klassen</p> <p>Atmosphäre: Licht und Schallwellen Atmosphäre: Organische und anorganische Partikel Natürliche Umgebung Gebäude</p>	<p>Förderung und Erhaltung der Gesundheit Vorbeugung gegen Krankheiten Intellektuelle Entwicklung</p> <p>Gesundheitsstatus in Verbindung mit: Rollenverhalten Gesellschaftsschichten Spiritualität Ethische Aspekte</p> <p>Atmosphäre: Licht und Schallwellen Atmosphäre: Organische und anorganische Partikel Natürliche Umgebung Gebäude</p>

Wirtschaftspolitische Faktoren:	Staat, Gesetz, Wirtschaft Einfluss des Staates Einfluss den einzelnen auf den Staat Sozialstaat Gegenseitige Abhängigkeit Von Staaten	Gesundheit ... und ökonomischer Staat ... und politische/rechtliche Aktivität ... in den industrialisierten Ländern Gesundheit und Weltwirtschaft Wirtschaftliche Einflüsse, die für Gesundheit des Einzelnen von Bedeutung sind
<i>(5) Individualität/ Individualisierung</i>	<i>Individualität im Leben</i> -	- <i>Individualisierung der Pflege</i> Pflegeprozess Patientenbeteiligung am Pflegeprozess Interaktive Natur des Pflegeprozesses: Einschätzen Planen Durchführung des Pflegeplans Bewerten

*Annahmen (vgl. Tabelle 10, Anhang)

Zusammenstellung: Behrendt (2005). Aus: Das Roper-Logan-Tierney-Modell, 2002

Tabelle 10: Annahmen, die dem RLT-Modell zugrunde liegen

N. Roper/ W.W. Logan und A.J. Tierney gehen im Modell von folgenden Annahmen aus:

- Leben kann als eine Verschmelzung von Lebensaktivitäten (LA) beschrieben werden.
- Die verschiedenen Ausführungsmöglichkeiten der LA tragen zur Individualität im Leben bei.
- Der einzelne Mensch wird in jeder Phase der Lebensspanne geachtet.
- Während der gesamten Lebensspanne bis zum Erwachsenenalter werden die meisten Menschen bei der Ausführung von LA immer unabhängiger.
- Während auf eine Unabhängigkeit bei den LA Wert gelegt wird, darf die Würde des Einzelnen nicht durch eine Abhängigkeit verletzt werden.
- Kenntnisse, Einstellungen und Verhaltensweisen des Einzelnen bezüglich der LA werden durch unterschiedliche Faktoren beeinflusst, welche im weitesten Sinne als biologische, psychologische, soziokulturelle, umgebungsabhängige und wirtschaftspolitische Faktoren kategorisiert werden können.
- Die Ausführungsweise der LA kann in Abhängigkeit von Möglichkeiten des einzelnen Menschen variieren.
- Ist ein Mensch "krank", kann es zu (aktuellen oder potentiellen) Problemen mit den LA kommen.
- Während ihrer Lebensspanne erleben die meisten Menschen signifikante Ereignisse, welche die Art und Weise, wie sie die LA ausführen, prägen und zu aktuellen oder potentiellen Problemen führen können.
- Das Konzept der potentiellen Probleme bezieht sich auf die Gesundheitsförderung und -erhaltung sowie auf Krankheitsverhütung; zu dem bestimmt es die Rolle des professionell Pflegenden als Gesundheitserzieher, selbst in Krankheitsfällen.
- Im Kontext der Gesundheitserziehung gehen Pflegende mit den Patienten/Klienten eine professionelle Beziehung ein, wobei der Patient/Klient nach Möglichkeit eine autonome, urteilsfähige Person bleibt.
- Pflegende sind Teil des multiprofessionellen Gesundheitsteams, das partnerschaftlich zum Wohle des Klienten/Patienten und zugunsten der Gesundheit aller arbeitet.
- Die spezifische Funktion der Pflege besteht darin, dem einzelnen Menschen dabei zu helfen, (aktuelle oder potentielle) Probleme mit den LA zu vermeiden, zu lindern, zu lösen oder aber positiv damit umzugehen.

aus: Roper/ Logan/ Tierney, 2002, S. 93-94

Tabelle 11: Zusammenfassende Übersicht der Pflegemodelle und Theorien der Pflege

Kategorien	Konzeptuelle Modelle			Pflegemodelle		Theorien	
	Neumans Systemmodell	Orems Selbstpflegemodell	Hendersons Pflegemodell	Roper/ Logan/ Tierney RLT-Modell	Newmans Theorie der Gesundheit als Bewußtseinsweiterung	Watsons Theorie der menschlichen Zuwendung	
Ursprung	1970	1956	1955	1976	1978	1979	
Konzeptuelle Grundlage	-	-	Medizinisches Modell	Medizinisches Modell	Rogers (1970)	Metaparadigma: Person und Pflege	
Reichweite	Ausreichend	Ausreichend	Gering	Gering	Theorie großer Reichweite	Theorie mittlerer Reichweite	
Wissenschaftliche Ansätze	Systemisch	Interaktiv	-	-	Systemisch	Interaktiv	
Andere Ansätze	-	Bedürfnis-/ ergebnisorientiert	Bedürfnis-/ ergebnisorientiert	Bedürfnisorientiert	-	-	
Philosophische Überzeugungen	Ganzheitlichkeit	Ganzheitlichkeit Selbst-/ Fremdregulierung	Biologisch, später auch psychologische und soziale Ansätze	Realismus	Ganzheitlichkeit Relativitäts-/ Quantentheorie Mystizismus Fernöstliche Einflüsse	Humanistisch Metaphysisch Spirituell-existential Phänomenologisch	
Weltbild	Reziprok-interaktiv Reaktiv	Reziprok-interaktiv	Menschenbild	Menschenbild	Simultan-aktiv	Reziprok-interaktiv	
Wissensermittlung	Induktiv, deduktiv Beobachtung Erfahrungen Verwandte Wissenschaftsgebiete	Induktiv, deduktiv Beobachtung Erfahrungen Soziologie Psychologie Philosophie Anthropologie	Induktiv, deduktiv Beobachtung Erfahrungen Interaktionismus Behaviorismus	Induktiv	Deduktiv Beobachtung Erfahrungen Philosophie	Induktiv	
Besonderer Schwerpunkt	Stabilität des Klientensystems	Selbstopflege – Handlungskompetenz	Dienst am Kranken und Hilfsbedürftigen	Lebensaktivitäten (LA)	Gesundheit als Bewusstseinsweiterung	Beziehungsgestaltung zwischen Person und Pflege	

Kategorien	Neuman	Orem	Henderson	RTL-Modell	Newman	Watson
Zentrale Begriffe Person (Individuum Gruppen Gemeinwesen)	Klient/ Klientensystem Interagierende Variablen	Person bezogen: Selbstpflege Therapeutischer Selbstpflegebedarf Selbstpflege- Handlungskompetenz Selbstpflgedefizit	Einzelperson	Einzelperson bezogen: Lebensaktivitäten Lebensspanne Individualität	Person sekundär	Person bezogen: Transpersonale Zuwendung Zuwendungsfaktoren
Umwelt	Inneres Milieu Externe Umwelt Geschaffene Umwelt Stressoren	Physikalische, chemische, biologische und soziale Merkmale	Annahme: Pflegerperson als Vermittler/ Interaktion: Mensch – Umwelt	Faktoren, welche die Lebensaktivitäten beeinflussen	-	-
Gesundheit	Gesundheit/ Wohlbefinden Optimale Stabilität des Klientensystems	Funktionalität	Gesundheitspflege	Abhängigkeits-/ Unabhängigkeits- Kontinuum	Gesundheit primär Zeit, Raum Bewußtsein Muster	Kongruenz zwischen Selbstwahrnehmung und Selbsterfahrung
Pflege	Eigenständiger Berufs- stand, befasst sich mit allen Variablen, die mit dem Individuum und seinen Umweltstressoren zusammenhängen	Pflege bezogen: Pfleger-Handlungs- kompetenz Pflegesystem	Krankheitsorientiert	Krankenhausorientiert Problemorientiert Biologische Ausprägung	Pflege sekundär	Prozessuale Beziehung zwischen Person und Pflegerperson
Pflegeziel	Förderung der optimalen Gesundheit durch 1. Bewahren 2. Wiederherstellen und 3. Aufrechterhalten seiner Stabilität	Selbstpflegebedarf erfüllen helfen Selbsttätigkeit wieder zu ermöglichen	Wiederherstellung und Unabhängigkeit	Individualisierte Pflege, orientiert auf Gesundheitsförderung und -erhalt sowie Prävention	Einbeziehung des Patienten in den Prozess der Mustererkennung	Schutz, Stärkung und Wahrung der menschlichen Würde
Inhalt der Pflege	Pflegeprozess Prävention	Pflegeprozess Fall-Management	Pflegeprozess Grundbedürfnisse	Pflegeprozess Lebensaktivitäten	Klinische Verfahren	Klinische Verfahren

<i>Kategorien</i>	<i>Neuman</i>	<i>Orem</i>	<i>Henderson</i>	<i>RTL-Modell</i>	<i>Newman</i>	<i>Watson</i>
Pflegeausbildung Curricula	Klient/ Klientensystem und Umwelt	Zentrale Begriffe	Grundbegriffe	-	Newmans Theorie	Watsons Theorie
Lernziel	Handlungskompetenz	Handlungskompetenz	Fähigkeitserwerb	-	Muster erkennen Patienteneinbeziehung	Zuwendung erreichen
Lerninhalt	Verschiedene Kategorien von Stressoren, die fünf Variablen und drei Arten der Prävention	Geisteswissenschaftlichen Geschichte der Krankenpflege Sprache und Kultur Naturwissenschaften Medizin Pflegewissenschaften Berufskunde Recht, Ethik Ökonomie	Grundbedürfnisse	Lebensaktivitäten	Beobachtbare Phänomene z.B. Körpertemperatur Blutdruck Herzfrequenz	Philosophie Geisteswissenschaften sozial- und bio-medizinische Inhalte Prozess der Zuwendung
Lehr-/ Lernformen	Lehr-/ Lernhilfen: Visualisieren Diskussion Kleingruppenarbeit Lernbericht Literatur	Lehr-/ Lernstrategien: Lernen Reflexion Klinische Überprüfung	-	-	-	Zusätzlich Kurse für: Mentale und körperliche Aktivitäten z.B. Musik Theaterspiel
Bildungsebene	Tertiär	Tertiär Promotion	Berufsbildend	Berufsbildend	Tertiär	Tertiär Promotion
Pflegepraxis Ort	Kliniken Hospize, Heime Wohnungen Auf der Straße	Wohnungen Krankenhaus Heime u.a. Institutionen	Krankenhaus Familien Schulen Industriebetriebe	Krankenhaus	Kliniken Praxen	Kliniken Ambulanzen Betreuungszentren
Rezipientinnen/ Rezipienten	Person (Komplexität)	Person (Komplexität)	Individuum, Familie	Einzelperson	Person (sekundär)	Personbezogen
Anwendung	Pflegeprozess	Pflegeprozess	Pflegeprozess	Pflegeprozess	Klinische Verfahren Diagnose und Interventionen	Klinische Verfahren Aufklärung und Betreuung

<i>Kategorien</i>	<i>Neuman</i>	<i>Orem</i>	<i>Henderson</i>	<i>RTL-Modell</i>	<i>Newman</i>	<i>Watson</i>
Praktische Nützlichkeit Einsatz	Forschung Ausbildung Administration Pflegerpraxis	Forschung Ausbildung Administration Pflegerpraxis	- Ausbildung - Pflegerpraxis	- Ausbildung - Pflegerpraxis	Forschung Ausbildung - Pflegerpraxis	Forschung Ausbildung - Pflegerpraxis
Akzeptanz	International	International	International	Europäisch, International	International	International
Referenzen	Lehrpläne Pflegerpläne Behandlungspflege Computer-programme	Lehrpläne Bücher Behandlungspflege Kongresse	Hebammen Psychiatrie Chirurgie Standards	Lehrpläne Pflegerpraxis	Modelle für Geburt, Elternschaft, Betreuung von pflegebedürftigen Angehörigen, eigene Belange	AIDS-Ausklärung Betreuung HIV-infizierter Patienten Pflege Frühgeborener Pflegerpraxis

Zusammenfassung: Behrendt 2005

Tabelle 14: Taxonomie zur Grundlagenvermittlung und Geräteeinweisung am Beispiel "Maschinelle Beatmung"

Verhalten Inhalte	Kognitiver Bereich		Affektiver Bereich		Psychomotorischer Bereich	
	<u>Kenntnisse:</u> I. Grundkenntnisse II. Fachkenntnisse III. Problemlösende Kenntnisse 1. Wissen 2. Verstehen 3. Anwendung 4. Analyse 5. Synthese 6. Bewertung	<u>Grundlagenvermittlung</u> Einweisung	<u>Einstellungen:</u> 1. Einhalten 2. Weitergeben 3. Eigene Präferenz	<u>Grundlagenvermittlung</u> Einweisung	<u>Fertigkeiten:</u> 1. Visuell 2. Auditiv 3. Taktil 4. Räumliche Lage 5. Grobmotorik 6. Feinmotorik	<u>Grundlagenvermittlung</u> Einweisung
Rechtsgrundlagen	I 1-3	I 1-3				
Anatomie/ Physiologie der Atmung	II 1-2					
Compliance und Resistance	I 1					
Vorstellung der Geräte/ -typen		I 1				1
Funktionsprinzipien und Steuerungsfunktionen	I 1-2	II 1-2				1
Atemgaskonditionierung	II 1-6	II 1-4	1-2	1-2	1, 2	1, 2, 4-6
Aufrüsten der Geräte		I 1-6		1-2		1, 3-6
Einstellparameter	I 1	I 1-6		1-2		1, 4-6
Beatmungsschemata	I 1	I 1-3		1-2		1, 4-6
Überwachung	II 1-6	II 1-6	1-3	1-3	1, 2	1, 2
Funktionstest		I 1-6		1-3		1, 2, 4-6

Quelle: Behrendt 1999b, Arbeitsgruppe "Lernerfolgskontrolle"

Tabelle 15: Lernzieloperationalisierung¹

Lernziele	Bedingungen ²			Indikatoren ³
	1. beobachtbare Verhaltensweisen	2. Rahmenbedingungen	3. Bewertungsmaßstab	
<p><u>I. Grundlagenvermittlung</u></p> <p>1. Rechtsgrundlagen Der Teilnehmer (TN) soll über rechtliche Grundkenntnisse verfügen, sie verstehen, anwenden und einhalten können.</p> <p>2. Anatomie/ Physiologie der Atmung Der TN soll über Fachkenntnisse verfügen und diese verstehen.</p> <p>3. Compliance und Resistance Der TN soll über Grundkenntnisse (Kategorie 1) verfügen.</p>	<p>Kenntnisse</p>	<p>Seminarraum schriftlich Gruppe 2'</p>	<p>richtig/ falsch</p>	<p>keine, da die Grundlagen zur Ausbildung gehören/ Wiederholung für den Test nicht relevant</p>
<p><u>II. Grundlagenvermittlung und Einweisung</u></p> <p>5. Funktionsprinzipien und Steuerungsfunktionen Der TN soll in der praktischen Umsetzung über Fachkenntnisse verfügen und sie verstehen. Er muss in der Lage sein, am Beatmungsgerät das Steuerungsprinzip zu erkennen.</p>	<p>Kenntnisse</p> <p>Erkennen</p>	<p>Seminarraum schriftlich Gruppe 2' praktisch am Beatmungsgerät</p>	<p>richtig/ falsch</p> <p>richtig/ falsch</p>	
<p>6. Atemgaskonditionierung Der TN soll theoretisch über komplexe Fachkenntnisse verfügen, im Umgang mit dem Beatmungsgerät Fachkenntnisse über alle Materialien und deren Handhabung besitzen und bei Auftreten von nicht selbstlösbaren Problemen die Aufgabe an kompetentere Personen weitergeben.</p>	<p>Kenntnisse</p> <p>im Test nicht messbar</p>	<p>Seminarraum schriftlich Gruppe 4'</p>	<p>richtig/ falsch</p>	

LEGENDE: 1, 2 und 3 (Begriffserklärung S. 3)

8. Einstellparameter Der TN soll über komplexe Grundkenntnisse verfügen, die Handhabung der Einstellparameter beherrschen und bei Auftreten von nicht selbst-lösbaren Problemen die Aufgabe an kompetentere Personen weitergeben.	Kenntnisse im Test nicht messbar	Seminarraum schriftlich Gruppe 5'	richtig/ falsch	alle
9. Beatmungsschemata Der TN soll anwendbare Grundkenntnisse besitzen, Beatmungsschemata erkennen und einstellen können und in nicht selbstlösbaren Problemsituationen die Aufgabe an kompetentere Personen weitergeben.	Kenntnisse im Test nicht messbar	am Beatmungsgerät praktisch/ schriftlich pro Gerät/ 3 5'/ 15'	richtig/ falsch	verschiedene Beatmungsschemata pro Gerät aufzeigen
10. Überwachung Der TN soll über komplexe Fachkenntnisse verfügen, Problemsituationen erkennen und eigenständig handeln können.	beim Funktionstest	am Beatmungsgerät praktisch/ einzeln		
III. <u>Geräteeinweisung</u> 4. Vorstellen der Geräte/ -typen Der TN soll über Grundkenntnisse (Kategorie I) verfügen und die Gerätetypen unterscheiden können.				
7. Aufrüsten der Geräte Der TN soll über komplexe Grundkenntnisse verfügen, die Vorgehensweise des Aufrüstens beherrschen und bei nicht selbstlösbaren Problemen an versiertere Personen weitergeben.				
11. Funktionstest Der TN soll über komplexe Grundkenntnisse verfügen, Störungen erkennen und diese ggf. beseitigen können und bei nicht lösbaeren Problemen an den zuständigen Techniker weitergeben.	Rechtskenntnisse Kenntnisse/ Überwachung keine Fehlersuche	am Beatmungsgerät praktisch einzeln 5'	richtig/ falsch	Evita 1 und 2 Bennett/ kleiner Test

LEGENDE: ¹ Lernzieloperationalisierung ist die Angabe der Messration mit der ein beobachtbares Element einer gewünschten Veränderung des (Schüler-)Verhaltens kontrolliert werden kann (Robert Mager In: H. Meyer, W. Jank "Didaktische Modelle", S. 303 ff).

Bedingungen, unter denen das gewünschte Verhalten kontrolliert werden soll (Robert Mager, ebd.) **Ergebnis: Schriftlich 13' Praktisch 40' = 53' / 60'**
Indiz für gewünschte Verhaltensdisposition

Quelle: Behrendt 1999b, Arbeitsgruppe „Lernerfolgskontrolle“

Tabelle 16: Lernzieloperationalisierung und Messkriterien

Zusammenfassend	Lehrziele, Messkriterien
<p><u>I. Bedingungen</u></p> <p>Zu 1. Kenntnisse, Fertigkeiten</p> <p>Zu 2. Seminarraum schriftlich/ Gruppe, Kleingruppe praktisch/ einzeln Dauer: 60'</p> <p>Zu 3. richtig/ falsch</p>	<p>falsch: Teilweise sicher (grobe Fehler) Unsicher</p>
<p><u>II. Indikatoren – Schwerpunkte</u></p> <p>1 (11) Funktionstest an Evita 1, 2 Bennett</p> <p>2 (8) Einstellparameter</p> <p>3 (9) Beatmungsschemata</p> <p>4 (6) Atemgaskonditionierung</p> <p>5 (1) Rechtsgrundlagen</p> <p>6 (5) Funktionsprinzipien und Steuerungsfunktion</p>	<p><u>Lehrzielsetzung – präzise Meßsprache – Meßkriterien</u></p> <p>Der TN soll die in der Checkliste vorgegebenen Parameter einstellen und überprüfen können</p> <p>Zugangsweg kennen – sicher/ richtig.</p> <p>Der TN muss die grundlegenden Einstellparameter erklären können/ vollständig.</p> <p>Der TN soll die vorgegebenen Beatmungsschemata dokumentieren können – vollständig/ richtig.</p> <p>Der TN soll das Wirkungsprinzip des HME-Filters nennen können und Fehler in der Anwendung vermeiden.</p> <p>Der TN soll die MedGV / MPBetreibV nennen können in der der sachgerechte Umgang mit medizin-technischen Geräten geregelt ist.</p> <p>Der TN soll an dem jeweils vorgegebenen Beatmungsgerät das primäre Steuerungsprinzip nennen können.</p>

Quelle: Behrendt 1999b. Arbeitsgruppe "Lernerfolgskontrolle"

Tabelle 17: Lernerfolgskontrolle am Beispiel „Maschinelle Beatmung“

A. Schriftlicher Teil

1. In welchen gesetzlichen Vorschriften ist der sachgerechte Umgang mit medizin-technischen Geräten geregelt?
2. Nennen Sie die drei Wirkungsprinzipien eines HME-Filters.
3. Welche Aussagen sind beim Einsatz des HME-Filters richtig?
4. Nennen Sie am jeweils angegebenen Beatmungsgerät das primäre Steuerungsprinzip.
5. Welche Parameter überwachen eine Beatmung? Nennen Sie mindestens vier.

B. Praktischer Teil

In Kleingruppen mit je 5 Teilnehmer/innen an den Beatmungsgeräten

1. Funktionstest: Parameter einstellen und überprüfen können!

Bewertung: sicher¹
teilweise sicher (*kleine Mängel*)
nicht bestanden² (*grobe Mängel*)

LEGENDE:

¹ Teilnehmer/in führt den Funktionstest eigenständig aus.

² Teilnehmer/in ist nicht in der Lage, am Beatmungsgerät die Tasten und Einstellknöpfe für den Funktionstest zu finden.

2. Beatmungsschemata: Dokumentieren Sie bitte vollständig die an den Geräten eingestellten Beatmungsmuster.

Lernerfolgskontrolle

Testaufgaben: Schriftlicher Teil

Praktischer Teil: Funktionstest, Beatmungsschemata

Bewertungsmaßstab – Bestanden/ Nicht bestanden!

Quelle: Behrendt 1999b. Arbeitsgruppe "Lernerfolgskontrolle"

Tabelle 19: Operationsbezug am Beispiel "Erste-Hilfe"/ "Notfallmedizin" in der Krankenpflegeausbildung (kompetenzorientiert)

Verhalten Bereich/ Stufe	kognitiv								affektiv					psychomotorisch					
	1. Wahrnehmungsdifferenzierung	2. Reaktionsdifferenzierung	3. Assoziation	4. Mehrfachdiskrimination	5. Verhaltensketten	6. Klassenbegriffe	7. Prinzipien & Modelle	8. Strategien	1. Aufmerksamkeit	2. Engagement	3. Einzelbewertung	4. Wertordnung	5. Personale Identität	1. Körperreaktionen	2. Gleichgewichtssinn	3. Beherrschung einzelner Gliederbewegungen	4. Koordination der Gliederbewegungen	5. Präzision & Kontrolle	6. Kontrolle der Reaktionsgeschwindigkeiten
1. Studienjahr																			
1. Rechtsgrundlagen	x	x	x						x	x	x								
2. Basismaßnahmen einschl. Praxistraining	x	x	x	x	x	x			x	x	x			x	x	x	x		
3. Erweiterte Maßnahmen einschl. Praxistraining	x	x	x	x	x	x			x	x	x			x	x	x	x		
Stufe 3: Kompetent Pflegende																			
2. Studienjahr																			
Fresh up Kurs I einschl. Praxistraining	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x		x	x	x	x	x	x
Stufe 4: Erfahrene Pflegende																			
3. Studienjahr																			
Fresh up Kurs II einschl. Praxistraining und Abschluss	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x
Stufe 5: Pflegeexperte/ Pflegeexpertin																			

Lernzuwachs bzw. Spezifikationsgrad

vgl.:

1. ERC-Leitlinien für Reanimation (2005)
2. Kompetenz-/ Situationsbeschreibung im Bereich „Wirkungsvolles Handeln bei Notfällen“ (Benner 1997)
3. Bericht und Empfehlung zur verlangten Fachkompetenz der für die allgemeine Pflege verantwortlichen Krankenschwestern/ Krankenpfleger der Europäischen Union. Brüssel 1998

Interpretation (Kapitel 3.1.3)

Vorgelegt von: Behrendt, Februar 2006

Tabelle 20: Modul „Erste Hilfe“/ „Notfallmedizin“

Umfang: 60 Stunden (1,5 cr)

Zielsetzung: Wirkungsvolles Handeln bei Notfällen

1. Studienjahr: (40 Stunden)

Zielsetzung: Erwerb der Fähigkeiten als "Kompetente" Pflegende (nach Benner: Stufe 3)

Inhaltliche Schwerpunkte:

1. Rechtsgrundlagen

- Krankenpflegegesetz, Ausbildungsverordnung (Einleitung lebenserhaltender Sofortmaßnahmen bis zum Eintreffen der Ärztin/ des Arztes)¹
- Verordnung über die Weiterbildung in Gesundheitsfachberufen/ Intensiv- und Anästhesiepflege (Reanimation)
- Medizin-Produktengesetz (MPG), Unfallverhütungsvorschriften
- ERC-Leitlinien für Reanimation (2005)
- Bericht und Empfehlung zur verlangten Fachkompetenz der für die allgemeine Pflege verantwortlichen Krankenschwestern/ Krankenpfleger der Europäischen Union. Brüssel 1998

2. Basismaßnahmen (ERC²: BLS- und AED-Kompetenzen)

- Anatomie/ Physiologie der Vitalfunktionen
- Störungen der Vitalfunktionen und deren Versorgung (Bewusstseinslage, Herz-Kreislauf, Atmung)
- Praxistraining: Kontrolle der Vitalfunktionen
Lagerung (Stabilisierung)
Umgang mit Beatmungshilfe/ -beutel
O₂-Gabe
Frühdefibrillation (AED)

3. Erweiterte Maßnahmen (ERC²: BLS- und AED-Kompetenzen)

- Medikamente und Infusionen
- Mithilfe bei Störungen der Vitalfunktionen und deren Versorgung (Intubation, Absaugen, Reanimation etc.)
- Bilanzierung
- Praxistraining: Notfall an Fallbeispielen
HLW (Herz-Lungen-Wiederbelebung)

Test

2. Studienjahr: Fresh up Kurs I (10 Stunden)

Zielsetzung: Erwerb der Fähigkeiten als "Erfahrene" Pflegende (nach Benner: Stufe 4)

Schwerpunkt: Kompetenz im Verhaltensbereich erweitern und festigen (vgl. Tabelle 15)

Praxistraining: Notfall-Training am konkreten Fallbeispiel
HLW-Training

Test

3. Studienjahr: Fresh up Kurs II (10 Stunden)

Zielsetzung: Erwerb der Fähigkeiten als "Pflegeexperin/ Pflegeexperte" (nach Benner: Stufe 5)

Schwerpunkt: Kompetenz im Verhaltensbereich erweitern und vertiefen (vgl. Tabelle 15)

Praxistraining: Notfall-Training an verschiedenen Fallbeispielen (problemlösend)
HLW-Training

Abschluss-Test

¹ Aufgaben und Kompetenzen der Pflegenden bis zum Eintreffen des Arztes:

- Wahrnehmung der Funktion als Pflegeexperte im berufsübergreifenden Gesundheitsteam und in der Gesellschaft (Koordination)
- Verhalten bei Störungen der Vitalfunktionen und deren Versorgung (Sofortmaßnahmen einleiten)
- Simulation-/ Situativ-Training an Fallbeispielen komplexer Notfallsituationen (problemlösend)

² ERC (European Resuscitation Council) BLS (Basic life support) AED (Automated extern defibrillator). Online-Recherche. Verfügbar über: <http://www.erc.edu/index>. [Datum des Zugriffs: 21.02.2006].

Tabelle 21: Zusammenfassende Übersicht der fünf Handlungsebenen der Didaktik

Ebene	Handlungsbereich	Grundsatzfragen/ Didaktisches Handeln
A	Bildungspolitiker, Bildungsplaner Verwaltungsbeamten, Wissenschaftler <u>Mittelbar</u> : Lehrer, Schüler, Studenten, Eltern können nur über gewählte Vertreter Einfluss ausüben, Publikationen etc.	Gestaltung der <i>Rahmenbedingungen</i> <u>Ansiedlung</u> (Institutionen), <u>Dauer</u> Prüfungsanspruch, Personal- und Sachkosten, Lehrmittel, Qualifikation und Personalentscheidungen für Leitung, gesellschaftliche Anforderungen, Fragen der Mitbestimmung, interdisziplinäre und internationale Kooperation, Prioritäten in Bezug auf <u>Lernziele und Lerninhalte</u> , Prüfungen, <u>Abschlüsse und Berechtigungen</u>
B	Bildungspolitiker, Vertreter von Fach- und Interessenverbänden, Publizisten, Lehrer, Erziehungs- und Sozialwissenschaftler, aktive Bürger aus verschiedenen Gruppen	Gestaltung übergreifender <i>Lehrplan- und Schulungskonzepte</i> Fächer, Ziele, Inhalte, Lernorganisation wie fächerübergreifender Unterricht, Projektstudium, Förderkurse, Differenzierung, Beratungssystem, Auslesekriterien
C	Behörden, Verbände, Spezialisten unter den Pädagogen <u>Gesichtspunkte</u> : - Lokale und regionale - Schulische und außerschulische - Theoretische und praktische	Gestaltung von <i>Lernbereichen und Unterrichtskonzepten</i> - Ausarbeiten differenzierter Pläne für einzelne Bildungsstufen, Fächer, Schultypen, Gruppen von Lernenden sowie die Verwirklichung der Pläne und Auswertung der Ergebnisse - Vorbereitung, Durchführung und Auswertung von Praktika
D	Lehrer, Lehrerteam Bildungspolitiker, Schulbuchautoren HS-Dozenten	Gestaltung von <i>Unterrichtseinheiten</i> - Umsetzbarkeit fachwissenschaftlicher und fachdidaktischer, politischer und administrativer Erkenntnisse und Entscheidungen in realen Lernsituationen - Unterrichtseinheiten als lektionsübergreifende Planungseinheiten - Mögliche Teilqualifikationen
E	Lehrer (ggf. Verhaltenstraining) Lerner (evt. Lerner-Verhaltenstraining)	Gestaltung von konkreten <i>Lehr- und Lernsituationen</i>

aus: Flechsig/ Haller (1975, S. 14-18)

Tabelle 25: Zusammenfassende Übersicht zu Versand und Rücklauf

Stand: 15.01.2003

Europäische Länder	Adressaten			Versand: Anschreiben und Fragebogen			Rücklauf***		
	BA ¹	FN ²	Nicht-Mitglied ³	1. Versand	1. Wdhlg.	2. Wdhlg.	3. Wdhlg.	Fragebogen	Curricula
Belgien	2	1	0	16./30.08.02	19.09.2002	17.10.2002	21.11.2002	2 ¹	0
Dänemark	2	2	0	3	4	0	0	2 ¹	2 ¹
Deutschland	1	0	2	3	0	0	0	3 ^{1,3}	3 ^{1,3}
Finnland	2	1	0	3	3	1	1	2 ¹	2 ¹
Frankreich	2	0	0	2	2	1	1	0	0
Griechenland	2	0	0	2	2	2	2	0	0
Irland	2	0	0	2	2	0	0	2	1
Italien	2	0	0	2	1	0	0	1	0
Lettland*	0	1	0	1	1	1	1	1	1
Luxembourg	2	0	0	2	1	0	0	1	1
Niederlande	2	1	0	3	3	3	1	2 ^{1,2}	2 ^{1,2}
Norwegen*	0	3	0	3	3	3	0	0	0
Österreich	2	0	0	2	0	0	0	2	1
Polen*	0	1	0	1	1	1	1	0	0
Portugal	2	0	0	2	2	2	0	1	1
Schweden	2	1	0	3	3	2	2	1 ²	1 ²
Schweiz*	0	0	3	3	1	0	0	2	1
Spanien	2	1	0	3	3	3	2	0	0
Tschechien*	0	2	0	2	2	0	0	1	1
Vereinigtes Königreich	2	2	0	4	3	0	0	2 ¹	1 ¹
Fragebogen - Versand	20	29	5	50	39	22	12	0	0
Fragebogen - Rücklauf	15	17	4					25	0
Curricula erhalten	13	11	3					0	18
Sprachen				1. Versand	1. Wdhlg.	2. Wdhlg.	3. Wdhlg.		
Englisch				42	39	15	8	16	10
Deutsch				8	0	0	0	9	5
Griechisch**				0	0	2	2	0	0
Spanisch**				0	0	3	2	0	0
Portugiesisch**				0	0	2	0	0	1
Französisch				0	0	0	0	0	1
Dänisch				0	0	0	0	0	1

LEGENDE: *Nicht EU-Land **Anschreiben ¹Mitglieder des Beratenden Ausschusses der Europäischen Kommission
²Mitglieder des Florence Networks ³Nicht-Mitglied

***bis 16.10.2002: 15 Fragebögen, 10 Curricula
 bis 15.01.2003: 10 Fragebögen, 8 Curricula

Tabelle 26: Fragebogen (deutsch)

Vorname Name
Straße
Land PLZ Ort

Telefon/ Telefax (privat)
E-mail:

Bitte geben Sie an:
Name und Anschrift
Telefon-Nr.:
E-Mail:

Fragebogen zur Pflegeausbildung

Bitte beantworten Sie folgende Fragen und kreuzen jeweils das Zutreffende an.

1. Wann wurde in Ihrem Land die Ausbildungsreform durchgeführt?

- 1.1 Jahr
1.2 Gesetzliche Grundlagen
1.3 Haben sich in der Pflegeausbildung seit dem 1. Januar 1995 Veränderungen ergeben?
Ja Nein
Wenn ja, welche?

2. Wer entscheidet darüber, wer das Ausbildungsprogramm (Lehrprogramm, Curriculum)* erstellen und was es beinhalten soll?

- 2.1 Entscheidungsträger
Nationale Behörde
Teilnationale Behörde, z.B. Bundesländer
Regionale Behörde
Ausbildungseinrichtungen
Expertengruppe In wessen Auftrag?

Wer entscheidet sonst darüber?

2.2 Von welchen Prämissen sind Ihrer Meinung nach die Entscheidungsträger ausgegangen?

- Beruflicher Profession
Pädagogischer Profession
Berufspolitischen Standort
Gesetzlichen Vorgaben
Kulturspezifischen Besonderheiten
Sonstiges Welche?

2.3 Wer hat Ihr Curriculum erstellt, und welche Qualifikation haben diese Personen?

- 2.4 Wurden noch weitere Experten hinzugezogen? Ja Nein
Wenn ja, wer sind die Experten und welche Qualifikation haben sie?

- 2.5 Gilt überall dasselbe Curriculum? Ja Nein
Wenn nein, wie ist es in Ihrem Land geregelt?

2.6 Nach welchen Prinzipien ist das Curriculum konzipiert, und welche Theorien bzw. Modelle wurden hierfür zugrunde gelegt?

*nachfolgend Curriculum

3. Worauf orientieren die Lernziele, und wie verbindlich sind sie?

3.1 Sie orientieren auf:

- Kenntnisse
- Fähigkeiten
- Fertigkeiten
- Einstellungen
- Kompetenzen Welche?
- Sonstige Welche?

3.2 Wie verbindlich sind die Lernziele?

4. Wie wird das Curriculum umgesetzt, und welchen Einfluß können Ausbildungseinrichtung und Lehrpersonal darauf nehmen bzw. welche Gestaltungsfreiheiten haben sie?

Beschreiben Sie es bitte.

5. Wie findet das Lernen statt, und wie wird der Unterricht durchgeführt (Methoden, Lerntechniken, Kommunikationsformen)?

Beschreiben Sie es bitte an Beispielen.

6. Wird eine Evaluation des Curriculums durchgeführt?

Ja Nein

Wenn ja, beantworten Sie bitte:

6.1 Wer führt die Evaluation in wessen Auftrag durch, und wem werden die Ergebnisse zugänglich gemacht?

6.2 Beschreiben Sie bitte die Evaluation.

6.3 Was hat sich nach einer Evaluation wie verändert?

7. Welche Besonderheiten gibt es für Ethik?

Sind Sie an einer Kopie der Studienergebnisse interessiert?

Ja Nein

Schicken Sie mir bitte auch Ihr Curriculum.

Vielen Dank für Ihre Bemühungen!

Zusatz zur Frage 1 für Nicht EU-Länder:

1. Grundsätzliches zur Regelung der Krankenpflegeausbildung

1.1 Wann wurde in Ihrem Land die Ausbildungsreform durchgeführt?

Jahr

Gesetzliche Grundlagen

1.2 Aufsichtsführende Behörde

1.3 Diplom/ Befähigungsnachweis

1.4 Ausbildungsinstitution

Ansiedlung

Qualifikationsniveau des Diploms

1.5 Zulassungsvoraussetzungen

Zugang zur Krankenpflegeausbildung / Hochschulzugang

Alter

Schulische Vorbildung

Verlangter Abschluss

Zulassungsprüfung

1.6 Dauer der Ausbildung

Jahre

Stunden

Monate

davon

Wochen

Stunden für die theoretische Ausbildung

davon Stunden für die klinische Ausbildung

1.7 Erforderliche Qualifikation des Lehrpersonals

Leitung

Lehrpersonal

Relation Lehrpersonal/ Auszubildende

Tabelle 27: Kategoriensystem zur Auswertung der offenen Fragen (Fragebogen)

Zur Frage 2.3: Wer hat Ihr Curriculum erstellt, und welche Qualifikationen haben diese Personen?

Personen

Lehrpersonal

Schulleitung

Pflegemanagement

Pflegeexperten/ -spezialisten

Gesundheits-/ Pflegewissenschaftler, Ärzte, Apotheker

Sozialwissenschaftler, Psychologen, Juristen

Repräsentanten (Ministerien, Berufsverbände, Gewerkschaft, Patienten)

Qualifikation

Pflegeausbildung, Hebammenausbildung

Pädagogische Ausbildung

Akademische Ausbildung (Bachelor, Master degré/ nursing, Magister, Diplom, Promotion)

Spezialkenntnisse (EDV, Ökonomie)

Zur Frage 2.4: Wurden noch weitere Experten hinzugezogen? Wenn ja, wer sind die Experten und welche Qualifikation haben sie?

Personen

Lektoren

Dozenten

Externe Experten (Fach-/ Didaktiker, Pädagogen)

Pflegeexperten/-spezialisten

Qualifikation

Pflegeausbildung

Pädagogische Ausbildung

Akademische Ausbildung (Bachelor, Master degré/ nursing, Magister, Diplom, Promotion)

Spezialkenntnisse (EDV, Ökonomie)

Zur Frage 2.5: Gilt überall dasselbe Curriculum? Wenn nein, wie ist es in Ihrem Land geregelt?

Ja

Nein

Ausbildungseinrichtungen

Zur Frage 2.6: Nach welchen Prinzipien ist das Curriculum konzipiert, und welche Theorien und Modelle wurden hierfür zugrunde gelegt?

Curriculare Typen/ Lehrplantypen

„Offenes“ Curriculum

Spiralcurriculum

Integratives Curriculum

Theorien/ Modelle

Pädagogische Theorien/ Modelle

Pflege-theorien/ Pflegemodelle

Zur Frage 3.2: Wie verbindlich sind die Lernziele?

Verbindlich, zwingend

Nicht verbindlich

Nach eigenem Ermessen

Zur Frage 4: Wie wird das Curriculum umgesetzt, und welchen Einfluss können Ausbildungseinrichtung und Lehrpersonal darauf nehmen bzw. welche Gestaltungsfreiheiten haben sie?

Vorgaben sind verpflichtend

Traditionelle Unterrichtsplanung

Operationalisierung der Lernziele und Lernkontrollen

Inhaltsvermittlung (Lehrstoffe)

Didaktischer Handlungsspielraum

Anpassung nach der Evaluation

Zur Frage 5: Wie findet das Lernen statt, und wie gestaltet sich der Unterricht (Methoden, Lerntechniken, Kommunikationsformen)?

Lehr- und Lernformen

Lehrervortrag
Dialog
Gruppenarbeit
Simulation
Projekte
Lernwerkstatt
Problemorientiertes Lernen
Vorlesung
Selbststudium
Seminare
Exkursionen
Fallmethode
Transferlernen
Tutoren
Kleingruppengespräch
Workshop

Zur Frage 6.1: Wer führt die Evaluation in wessen Auftrag durch, und wem werden die Ergebnisse transparent gemacht?

Auftraggeber/ Ausführende

Ministerien
Schulleitung/ Beauftragte Personen
Sonstiges

Ergebnistransparenz

Ministerien
Schulleitung
Lehrpersonal
Studenten
Curriculumplaner/ -entwickler
Öffentlich

Zu 6.2: Beschreiben Sie die bitte die Evaluation.

Gegenstand

Programmeinführung/ -erprobung
Prozessbegleitend
Ergebnisorientiert/ lernzielorientiert

Beteiligte/ Betroffene

Lehrpersonal
Studenten

Methoden und Instrumente

Befragung, Interviews
Beobachtung
Lernzielbezogene Leistungstest
Schriftliche Einzelberichte
Computer-beved

Zur Frage 6.3: Was hat sich nach einer Evaluation wie verändert?

Ziele, Lernziele
Inhalte/ Strukturierung
Stunden/ -verteilung
Lehr-/ Lernformen
Personell (z.B. Qualifikation der Lehrer)

Zur Frage 7: Welche Besonderheiten gibt es für Ethik?

Keine Besonderheit
Unterrichtsfach/ Modul
Grundphilosophie der Pflege
Abschlussprüfung integriert

Tabelle 28: Zusammenfassende Übersicht zur Fragebogenauswertung nach Länder

Stand: 15.1.2003

Teil 1: Länder N=18	B*	DK*	D*	FIN*	F**	EL**	IRL*	I*	LV	L*	NL*	A*	P*	SV*	CH	E**	CZ	UK*	Gesamt
Zur Frage 1: Wie ist die Krankenpflegeausbildung geregelt?																			
1.1 Ausbildungsreform																			
Zeitlich																			
Vor 1990			X																1
Von 1990 – 1.1.1995**	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	6
Nach dem 1.1.1995		X		X															11
<u>Gesetzliche Grundlagen</u>																			
Ministerial	X	X	X		X	X	X			X	X	X	X	X	X	X			12
Zentrale Institutionen				X															3
1.2 Veränderungen seit 1.1.1995***																			
Ja	X	X	X	X			X	X		X	X	X	X	X					11
Ansiedlung der Ausbildung	X			X			X	X		X	X	X	X						7
Ministerial				X															5
Qualifikationsniveau		X		X			X			X									4
Dauer				X										X					2
Nein	X																	X	5
Mehrfachnennung möglich!																			
1.3 Aufsichtsführende Behörde																			
Bildungsministerien	X	X		X						X	X		X	X			X	X	12
Gesundheitsministerien			X		X		X					X							4
Hochschulministerien								X							X				1
Zentrale Institutionen															X			X	2
1.4 Abschluss/ Anerkennung																			
Hochschul-Diplom bzw. Bachelor	X				X		X	X	X	X			X	X		X	X	X	11
Fachhochschule/ Bachelor/ DN II		X		X							X				X				4
Fachschul-Diplom										X		X							3
Berufsbildung	X		X			X											X		3
Mehrfachnennung möglich!																			
1.5 Ausbildungsinstitution/ Ansiedlung																			
Universität/ Hochschule	X				X	X	X	X	X				X	X		X	X	X	11
Fachhochschule		X		X						X					X				4
Fachschule																			2
Krankenhaus			X									X					X		3
Mehrfachnennung möglich!																			

*Zusammenstellung aus verschiedenen Untersuchungen **Daten der Bestandsaufnahme der Europäischen Kommission ***Bezogen auf EU-Länder

	B*	DK*	D*	FIN*	F**	EL**	IRL*	I*	LV	L*	NL*	A*	P*	SV*	CH	E**	CZ	UK*	Gesamt
1.6 Zulassungsvoraussetzung/Zugang																			
Krankenpflegeausbildung																			
Altersfestlegungen	x	x	x	x		x		x	x		x	x	x	x	x		x		9
Keine Altersfestlegungen	x	x		x	x			x	x		x		x	x					4
Hochschulreife																			10
Mittlerer Schulabschluss			x																3
Zulassungsprüfung	x	x	x	x		x		x	x		x	x	x	x	x		x		10
Keine Zulassungsprüfung																			5
Hochschulausbildung																			
Hochschulreife	x	x		x		x		x	x	x	x		x	x			x	x	15
Zulassungsprüfung	x	x		x		x		x	x		x		x	x			x	x	11
Keine Zulassungsprüfung																			5
1.7 Dauer der Ausbildung																			
3 Jahre	x		x					x	x	x		x		x	x		x		13
Theorie (T)+;Klinisch (K)+;TK	K*		K+		x		x	K+	K+			K+		TK+	K+		T+	TK+	2
Über 3 Jahre		x		x															5
Theorie (T)+;Klinisch (K)+;TK		T+		T+															3
4 Jahre																			5
Theorie (T)+;Klinisch (K)+;TK																			3
Unter 4600 Stunden	x								x										5
Theorie (T)+;Klinisch (K)+;TK	K+								K+										5
4600 Stunden																			8
Theorie (T)+;Klinisch (K)+;TK		x	x	x		x		K+			x	K+		x	x		T+	TK+	
Über 4600 Stunden																			
Theorie (T)+;Klinisch (K)+;TK		T+		T+		T+					T+			TK+	K+		T+		
1.8 Qualifikation des Lehrpersonals																			
Leitung																			
Fachliche Qualifikation		x	x							x				x	x			x	7
Pädagogische Qualifikation				x		x					x								5
Akademische Qualifikation	x	x	x	x		x		x					x	x			x		17
Lehrpersonal																			
Berufserfahrung in der Pflege	x	x	x	x		x													10
Pädagogische Ausbildung	x	x	x			x													5
Akademische Ausbildung	x	x	x	x		x		x										x	15

Mehrfachnennung möglich! *Zusammenstellung aus verschiedenen Untersuchungen **Daten der Bestandsaufnahme der Europäischen Kommission

Teil 2: Länder N=15		B*	DK*	D*	FIN*	IRL*	I*	LV	L*	NL*	A*	P*	SV*	CH	CZ	UK*	Gesamt
Zur Frage 2: Wer entscheidet darüber, wer das Curriculum erstellt und was es beinhalten soll?																	
2.1 Entscheidungsträger																	
Nationale Behörde		x	x	x		x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	12
Teilnationale Behörde		x						x									4
Regionale Behörde		x	x	x		x	x			x	x	x	x	x		x	2
Ausbildungseinrichtungen			x	x		x	x										11
Expertengruppen		x						x		x							9
2.2 Von welchen Prämissen sind Ihrer Meinung nach die Entscheidungsträger ausgegangen?																	
Beruflicher Profession		x	x			x		x		x	x	x		x	x	x	12
Pädagogischer Profession		x				x			x	x	x	x					8
Berufspolitischen Standort		x		x		x				x	x	x					7
Gesetzlichen Vorgaben		x		x		x		x		x	x	x					11
Kulturspezifischen Besonderheiten																	3
2.3 Wer hat Ihr Curriculum erstellt?																	
Personen																	
Lehrpersonal		x	x	x		x			x	x	x	x	x			x	10
Schulleitung			x			x											4
Pflegermanagement			x											x			2
Pflegeexperten/ -spezialisten		x		x						x	x	x					6
Gesundheits-/Pflegerwissenschaftler ¹				x					x	x	x	x					5
Sozialwissenschaftler, Psychologen ²									x	x	x	x					6
Repräsentanten		x						x							x		5
Qualifikation																	
Pflegeausbildung				x					x	x	x			x			6
Pädagogische Ausbildung				x													3
Akademische Ausbildung				x					x								10
Spezialkenntnisse			x														1
2.4 Wurden weitere Experten hinzugezogen?																	
Ja		x	x	x		x			x	x	x	x		x		x	13
Nein			x	x									x				4
Personen																	
Lektoren																	
Dozenten		x		x						x							3
Externe Experten				x													2
Pflegerexperten/ -spezialisten		x	x			x			x	x	x	x			x		6
Mehrfachnennung möglich! *Zusammenstellung aus verschiedenen Untersuchungen ¹ Ärzte und Apotheker ² und Juristen																	9

	B*	DK*	D*	FIN*	IRL*	I*	LV	L*	NL*	A*	P*	SV*	CH	CZ	UK*	Gesamt
<u>Qualifikation</u> Pflegerausbildung Pädagogische Ausbildung Akademische Ausbildung Spezialkenntnisse	x	x	x	x				x	x	x					x	7
2.5 Gilt überall dasselbe Curriculum? Einheitlich geregelt (staatlich) Ausbildungseinrichtungen Modellversuch	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		10 6 1
2.6 Nach welchen Prinzipien ist das Curriculum konzipiert, und welche Theorien bzw. Modelle wurden hierfür zugrunde gelegt? <u>Curriculare Typen</u> „Offenes“ Curriculum Spiralcurriculum Integratives Curriculum Kollektions- (Sammel-)Curriculum <u>Theorien/Modelle</u> Pädagogische Theorien/ Modelle Pflegetheorien/ Pflegemodelle			x							x			x		x	3 2 3 1 6 12
Zur Frage 3: Worauf orientieren die Lernziele, und wie verbindlich sind sie? <u>Sie orientieren auf:</u> Kenntnisse Fähigkeiten Fertigkeiten Einstellungen Kompetenzen ³ <u>Verbindlichkeit</u> Zwingend Nicht verbindlich Nach eigenem Ermessen	x x x x x x	x x x x x	x x x x x	x x x x x	x x x x x	x x x x x	x x x x x	x x x x x	x x x x x	x x x x x	x x x x x	x x x x x	x x x x x	x x x x x	x x x x x	15 14 14 14 14 8 3 1

Mehrfachnennung möglich! *Zusammenstellung aus verschiedenen Untersuchungen ³EU-Kriterien, Schlüsselqualifikationen, SRK-Vorgaben (Schweizerisches Rotes Kreuz)

	B*	DK*	D*	FIN*	IRL*	I*	LV	L*	NL*	A*	P*	SV*	CH	CZ	UK*	Gesamt	
Zur Frage 4: Wie wird das Curriculum umgesetzt, und welchen Einflussnahme und Gestaltungsfreiheiten haben Sie? Vorgaben sind verpflichtend Traditionelle Unterrichtsplanung Operationalisierung der Lernziele ⁴ Inhaltsvermittlung ⁴ Didaktischer Handlungsspielraum Anpassung nach der Evaluation	x x x	 x	x x	x x x x x	 x x x x	x x x x	x x x	x x x	x x x x x	x x x x	x x	x x	 x x	x x	 x	11 1 3 4 7 8	
Zur Frage 5: Wie ist das Lernen organisiert? Lehr- und Lernformen Lehrervortrag Dialog Gruppenarbeit Simulation Projekt Lernwerkstatt Problemorientiertes Lernen Vorlesung Selbststudium Seminar Exkursionen Fallmethode Transferlernen Frontalunterricht Tutoren Kleingruppengespräch Workshop	 x x x x	 x x x x x x	x x x x x x x x	 x x x x x x	 x x x x	x x x x x x	 x x x x	 x x x x	x x x x x x x	x x x x x x	x x x x x	x x x x x	 x x x x x	 x x x x	 x x	 x x	2 7 8 9 5 9 7 9 9 7 4 4 2 3 2 3 2

Mehrfachnennung möglich! *Zusammenstellung aus verschiedenen Untersuchungen ⁴Nach eigenem Ermessen

	B*	DK*	D*	FIN*	IRL*	I*	LV	L*	NL*	A*	P*	SV*	CH	CZ	UK*	Gesamt
Zur Frage 6: Wird eine Evaluation durchgeführt?																
Ja	x	x	x	x	x	x	x		x	x		x	x	x	x	13
Nein	x	x	x					x			x					4
Auftrag/ Ausführende																
Ministerien	x						x		x	x			x			6
Schulleitung/ Beauftragte Personen	x	x	x	x	x	x			x	x		x	x	x	x	10
Sonstiges ⁵		x	x						x				x			4
Ergebnistransparenz																
Ministerien				x					x	x			x			1
Schulleitung		x		x			x		x				x			8
Lehrpersonal		x		x					x	x			x			6
Studenten		x											x			3
Curriculumplaner/ -entwickler				x					x				x			2
Öffentlich		x		x						x			x			6
Gegenstand der Evaluation																
Programmeinführung/ -erprobung			x	x					x	x						4
Prozessbegleitend		x	x	x					x							6
Ergebnisorientiert/ lernzielorientiert				x			x									6
Beteiligte/ Betroffene																
Lehrpersonal				x			x			x						7
Studenten		x	x	x			x		x				x			10
Methoden/Instrumente der Evaluation																
Befragung ⁶		x	x	x						x						8
Beobachtung									x							1
Lernzielbezogene Leistungstests			x													1
Schriftliche Einzelberichte			x										x			5
Revision nach einer Evaluation																
Ziele, Lernziele				x						x						3
Inhalte, Strukturierung		x	x	x						x				x		8
Stunden/ -verteilung		x	x	x						x				x		6
Lehr-/ Lernformen				x			x			x						5
Zur Frage 7: Gibt es Besonderheiten für Ethik?																
Keine Besonderheit	x	x	x				x		x							9
Unterrichtsfach/ Modul				x						x				x		3
Abschlussprüfung integriert				x												1

Mehrfachnennung möglich! *Zusammenstellung aus verschiedenen Untersuchungen ⁶Interviews, Fragebogen, Gruppendiskussion
⁵Evaluationszentrum, Visitations-Comitee auf nationaler Ebene, SRK (Schweizerisches Rotes Kreuz) „Sonstiges“ wird ersetzt durch Fremd-Evaluation

Tabelle 29: Zusammenfassende Übersicht der Theorien und Modelle für die Curricula-konstruktion

Zu Kapitel 4 Frage 2.6: Nach welchen Prinzipien ist das Curriculum konzipiert, und welche Theorien bzw. Modelle wurden hierfür zugrunde gelegt?

Länder	Pädagogische Theorien und Modelle Didaktische Konzepte und Ansätze	Pflegemodelle, Theorien , Konzepte	Weitere Angaben
Belgien	0	0	BAMA principle
Dänemark	0	0	0
Deutschland (A) (C)	0 Erfahrungsbezogenes Lernen	Roper 0	0 Schlüsselqualifikationen
Finnland	0	Roper, verschiedene Modelle und Theorien	0
Irland	Blooms Taxonomie	Pflegemodelle	0
Italien	0	Henderson, Capenito, Gordon	0
Luxemburg	0	Henderson	0
Lettland	0	Metaparadigma der Pflege: Mensch, Umwelt, Gesundheit, Pflege	Pflegeprozess
Niederlande	Competence oriented Learning	Evidence-based Nursing	0
Österreich (A) (B)	Stufenmodell Konstruktivismus, Kognitivismus Erfahrungs-, Handlungs- Problemorientierung	Neuman, Roper 0	0 0
Portugal	Erwachsenenbildung	Henderson, Newman, Watson	0
Schweden	0	Pflegetheorien	Wissenschaftliche Methoden
Schweiz (A) (B)	TZI ¹ ; Benner/ Dreyfus Modell ² Kritisch-konstruktivistische Didaktik	0 0	SRK Schlüsselqualifikationen 0
Tschechien	0	Orem, Henderson, Gordon	0
Vereinigtes Königreich	Spiral-Curriculum	0	0

¹Themenzentrierte Interaktion nach Ruth Cohn ²Benner: Stufen zur Pflegekompetenz auf der Basis des "Dreyfus Modell als stufenweisen Kompetenzerwerbs"

Tabelle 30: Übersicht zur Beantwortung der Fragen

Zur Frage 1: Wie ist die Krankenpflegeausbildung in den einzelnen Ländern grundsätzlich geregelt?

Angaben, alle Befragten N=25

<i>Fragen</i>	<i>Kategorien</i>	<i>Zahl der Antworten</i>	<i>Prozent der Antworten</i>
1.1	Ausbildungsreform	24	90 %
1.2	Veränderungen seit 1.1.1995 ¹	16	64 %
	Jahr	20	80 %
	Gesetzliche Grundlagen	24	90 %

Angaben nach Länder N=18*

<i>Fragen</i>	<i>Kategorien</i>	<i>Zahl der Antworten</i>	<i>Prozent der Antworten</i>
1.3	Aufsichtsführende Behörde	18	100 %
1.4	Abschluss/ Anerkennung	18	100 %
1.5	Ausbildungsinstitution/ Ansiedlung	18	100 %
1.6	Zulassungsvoraussetzungen/ Zugang	15	83,3 %
	Krankenpflegeausbildung	15	83,3 %
	Hochschulausbildung	15	83,3 %
1.7	Dauer der Ausbildung	17	94,4 %
1.8	Qualifikation des Lehrpersonals	18	100 %
	Leitung	18	100 %
	Lehrpersonal	18	100 %

*Zusammenstellung aus verschiedenen Untersuchungen

Zur Frage 2: Wer entscheidet darüber, wer das Ausbildungsprogramm (Curriculum) erstellen und was es beinhalten soll?

Angaben, alle Befragten N=25

<i>Fragen</i>	<i>Kategorien</i>	<i>Zahl der Antworten</i>	<i>Prozent der Antworten</i>
2.1	Entscheidungsträger	25	100 %
2.2	Prämissen	21	84 %
2.3	Curriculumentwickler	23	92 %
2.4	Weitere Experten	17	94,4 %
2.5	Curriculare Regelung	25	100 %
2.6	Curriculumkonstruktion	18	72 %

Zur Frage 3: Worauf orientieren die Lernziele, und wie verbindlich sind sie?

Angaben, alle Befragten N=25

<i>Fragen</i>	<i>Kategorien</i>	<i>Zahl der Antworten</i>	<i>Prozent der Antworten</i>
3.1	Lernzielorientierung	25	100 %
3.2	Verbindlichkeit der Lernziele	18	72 %

Zur Frage 4: Wie wird das Curriculum umgesetzt, und welchen Einfluss können Ausbildungseinrichtung und Lehrpersonal darauf nehmen bzw. welche Gestaltungsmöglichkeiten haben sie?

Angaben, alle Befragten N=25

<i>Frage</i>	<i>Kategorien</i>	<i>Zahl der Antworten</i>	<i>Prozent der Antworten</i>
4	Curriculumumsetzung	20	80 %

¹ Bezogen auf EU-Länder

Zur Frage 5: Wie findet das Lernen statt, und wie gestaltet sich der Unterricht (Methoden, Lerntechniken, Kommunikationsformen)?

Angaben, alle Befragten N=25

<i>Frage</i>	<i>Kategorien</i>	<i>Zahl der Antworten</i>	<i>Prozent der Antworten</i>
5	Lehr- und Lernformen	22	88 %

Zur Frage 6: Wird eine Evaluation des Curriculums durchgeführt?

Angaben, alle Befragten N=25

<i>Fragen</i>	<i>Kategorien</i>	<i>Zahl der Antworten</i>	<i>Prozent der Antworten</i>
6	Evaluation Ja/ Nein	25	100 %
6.1	Auftrag/ Ausführende	19	76 %
	Ergebnistransparenz	15	60 %
6.2	Gegenstand der Evaluation	15	60 %
	Beteiligte/ Betroffene der Evaluation	13	52 %
	Methoden und Instrumente der Evaluation	13	52 %
6.3	Revision nach der Revision	11	44 %

Zur Frage 7: Welche Besonderheiten gibt es für Ethik?

Angaben, alle Befragten N=25

<i>Frage</i>	<i>Kategorien</i>	<i>Zahl der Antworten</i>	<i>Prozent der Antworten</i>
7	Ethik	15	60 %

(vgl. Fragebogen, Tabelle 26, Anhang)

Tabelle 31: Quantitative Datenauswertung zum Fragebogen

Zur Frage 1: Angaben nach Länder N=18*

	Objekte	Zahl der Angaben Frequency (f)	Prozent der Fälle	Prozent der Angaben	
1.1 Ausbildungsreform Zeitlich	Nach dem 1.1.1995	11	61,1 %	61,1 %	
	Von 1990 - 1.1.1995	6	33,3 %	33,3 %	
	Vor 1990	1	5,6 %	5,6 %	
	Insgesamt	18	100 %	100 %	
	Gesetzliche Grundlagen	Ministerial	12	66,6 %	66,6 %
		Zentrale Institutionen	3	16,6 %	16,6 %
Keine Angaben		3	16,6 %	16,6 %	
Insgesamt	18	100 %	100 %		
1.2 Veränderungen seit 1.1.1995**	Ja	11	61,1 %	32,3 %	
	Ansiedlung	7	38,9 %	20,6 %	
	Ministeriale Zuordnung	5	27,8 %	14,7 %	
	Qualifikationsniveau	4	22,2 %	11,9 %	
	Dauer	2	11,1 %	5,8 %	
	Nein	5	27,8 %	14,7 %	
	Angaben insgesamt Fälle insgesamt	34 18	188,9 % 100 %	100 %	
1.3 Aufsichtsführende Behörde	Bildungsministerien	12	55,6 %	55,6 %	
	Gesundheitsministerien	4	27,8 %	27,8 %	
	Zentrale Institutionen	2	11,1 %	11,1 %	
	Hochschulministerien	1	5,6 %	5,6 %	
	Insgesamt	18	100 %	100 %	
1.4 Abschluss/ Anerkennung	Hochschul-Diplom bzw. Bachelor	11	66,6 %	52,4 %	
	Fachhochschule (Bachelor, DN II)	4	22,2 %	19,0 %	
	Fachschul-Diplom	3	16,7 %	14,3 %	
	Berufsbildung	3	16,7 %	14,3 %	
	Angaben insgesamt Fälle insgesamt	21 18	122,2 % 100 %	100 %	
1.5 Ausbildungsinstitution/ Ansiedlung	Universität/ Hochschule	11	55,6 %	52,6 %	
	Fachhochschule	4	22,2 %	21,1 %	
	Krankenhaus	3	16,7 %	15,8 %	
	Fachschule	2	11,1 %	10,5 %	
	Angaben insgesamt Fälle insgesamt	19 18	105,6 % 100 %	100 %	
1.6 Zulassungsvoraussetzung/ Zugang Krankenpflegeausbildung	Hochschulreife	10	55,6 %	24,4 %	
	Zulassungsprüfung	10	55,6 %	24,4 %	
	Alterslegungen	9	50,0 %	22,0 %	
	Keine Zulassungsprüfung	5	27,8 %	12,1 %	
	Keine Altersfestlegungen	4	22,2 %	9,8 %	
	Mittlerer Schulabschluss	3	16,7 %	7,3 %	
	Angaben insgesamt Fälle insgesamt	41 18	227,9 % 100 %	100 %	
	Hochschulausbildung	Hochschulreife	15	83,3 %	48,4 %
		Zulassungsprüfung	11	61,1 %	35,5 %
		Keine Zulassungsprüfung	5	27,8 %	16,1 %
		Angaben insgesamt Fälle insgesamt	31 18	172,2 % 100 %	100 %
	1.7 Dauer der Ausbildung Jahre	3 Jahre	13	72,2 %	65,0 %
		3-4 Jahre	7	38,9 %	35,0 %
Angaben insgesamt Fälle insgesamt		20 18	111,1 % 100 %	100 %	
Stunden		Über 4600 Stunden	8	44,4 %	44,4 %
		4600 Stunden	5	27,8 %	27,8 %
	Unter 4600 Stunden	3	16,7 %	16,7 %	
	Keine Angaben	2	11,1 %	11,1 %	
Insgesamt	18	100 %	100 %		
1.8 Qualifikation des Lehrpersonals					

Leitung	Akademische Qualifikation	17	94,4 %	58,6 %
	Fachliche Qualifikation	7	38,8 %	24,1 %
	Pädagogische Qualifikation	5	16,7 %	17,3 %
	Angaben insgesamt	29	149,9 %	100 %
Lehrpersonal	Fälle insgesamt	18	100 %	
	Akademische Ausbildung	15	83,3 %	50,0 %
	Berufserfahrung in der Krankenpflege	10	55,6 %	33,3 %
	Pädagogische Ausbildung	5	27,8 %	16,7 %
	Angaben insgesamt	30	166,7 %	100 %
	Fälle insgesamt	18	100 %	

*Zusammenstellung aus mehreren Untersuchungen

**Bezogen auf EU-Länder

Zu Fragen 2-7: Angaben aller Befragten nach Länder zusammengefasst N=15

	Objekt	Zahl der Angaben Frequency (f)	Prozent der Fälle	Prozent der Angaben
2.1 Entscheidungsträger	Nationale Behörde	12	80,0 %	29,3 %
	Ausbildungseinrichtungen	11	73,3 %	26,8 %
	Expertengruppen	9	60,0 %	22,0 %
	Teilnationale Behörde	4	26,7 %	9,7 %
	Auftraggeber	3	20,0 %	7,3 %
	Regionale Behörde	2	13,3 %	4,9 %
	Angaben insgesamt	41	273,3 %	100 %
	Fälle insgesamt	15	100 %	
2.2 Prämissen	Berufliche Profession	12	80,0 %	29,3 %
	Gesetzliche Vorgaben	11	73,3 %	26,8 %
	Pädagogische Profession	8	53,3 %	19,6 %
	Berufspolitischer Standort	7	46,6 %	17,0 %
	Kulturspezifische Besonderheiten	3	20,0 %	7,3 %
	Angaben insgesamt	41	273,2 %	100 %
	Fälle insgesamt	15	100 %	
2.3 Curriculumentwickler	Lehrpersonal	10	66,6 %	22,7 %
	Pflegeexperten/ -spezialisten	6	40,0 %	13,6 %
	Sozialwissenschaftler, Soziologen, Juristen	6	40,0 %	13,6 %
	Theorie - Lehrpersonal	5	33,3 %	11,4 %
	Gesundheits-/ Pflegewissenschaftler	5	33,3 %	11,4 %
	Ärzte, Apotheker			
	Repräsentanten	5	33,3 %	11,4 %
	Schulleitung	4	26,7 %	9,1 %
	Pflegemanagement	2	13,3 %	4,5 %
	Klinisches Lehrpersonal	1	6,7 %	2,3 %
	Angaben insgesamt	44	293,2 %	100 %
	Fälle insgesamt	15	100 %	
Qualifikation	Akademische Ausbildung	10	66,6 %	50,0 %
	Pflegeausbildung	6	40,0 %	30,0 %
	Pädagogische Ausbildung	3	20,0 %	15,0 %
	Spezialkenntnisse	1	6,7 %	5,0 %
	Angaben insgesamt	20	133,3 %	100 %
	Fälle insgesamt	15	100 %	
2.4 Weitere Experten	Ja	13	86,7 %	76,5 %
	Nein	4	26,7 %	23,5 %
	Angaben insgesamt	17	113,4 %	100 %
	Fälle insgesamt	15	100 %	
	Pflegeexperten/ -spezialisten	9	60,0 %	45,0 %
	Externe Experten	6	40,0 %	30,0 %
	Lektoren	3	20,0 %	15,0 %
	Dozenten	2	13,3 %	10,0 %
	Angaben insgesamt	20	133,3 %	100 %
	Fälle insgesamt	15	100 %	
Qualifikation	Akademische Ausbildung	8	53,3 %	42,1 %
	Pflegeausbildung	7	46,6 %	36,8 %
	Pädagogische Ausbildung	3	20,0 %	15,8 %
	Spezialkenntnisse	1	6,7 %	5,3 %
	Angaben insgesamt	19	126,6 %	100 %
	Fälle insgesamt	15	100 %	

2.5 Curriculare Regelung	Einheitlich (staatlich)	10	66,6 %	62,5 %
	Ausbildungseinrichtungen	6	40,0 %	37,5 %
	Angaben insgesamt	16	106,6 %	100 %
	Fälle insgesamt	15	100 %	
2.6 Curriculumkonstruktion Curriculare Typen/ Lehrplantypen	Keine Angaben	9	50,0 %	50,0 %
	„Offenes“ Curriculum	3	16,7 %	16,7 %
	Integratives Curriculum	3	16,7 %	16,7 %
	Spiralcurriculum	2	11,1 %	11,1 %
	Kollektions-(Sammel-) Curriculum	1	5,5 %	5,5 %
	Insgesamt	18	100 %	100 %
Theorien/ Modelle	Pflegetheorien/ Pflegemodelle	12	80,0 %	66,7 %
	Pädagogische Theorien/ Modelle	6	40,0 %	33,3 %
	Angaben insgesamt	18	120,0 %	100 %
	Fälle insgesamt	15	100 %	
3.1 Lernziele	Kenntnisse	15	100 %	21,2 %
	Fähigkeiten	14	93,3 %	19,7 %
	Fertigkeiten	14	93,3 %	19,7 %
	Einstellungen	14	93,3 %	19,7 %
	Kompetenzen ²	14	93,3 %	19,7 %
	Angaben insgesamt	71	389,2 %	100 %
Fälle insgesamt	15	100 %		
3.2 Verbindlichkeit der Lernziele	Verbindlich, zwingend	8	53,3 %	53,3 %
	Nicht verbindlich	3	20,0 %	20,0 %
	Keine Angaben	3	20,0 %	20,0 %
	Nach eigenem Ermessen	1	6,7 %	6,7 %
	Insgesamt	15	100 %	100 %
4 Curriculumumsetzung	Vorgaben sind verpflichtend	11	73,3 %	32,4 %
	Anpassung nach der Evaluation	8	53,3 %	23,5 %
	Didaktischer Handlungsspielraum	7	46,7 %	20,6 %
	Inhaltsvermittlung (Lehrstoffe) ³	4	26,7 %	11,8 %
	Lernziele und -kontrollen ⁴	3	20,0 %	8,8 %
	Traditionelle Unterrichtsplanung	1	6,7 %	2,9 %
	Angaben insgesamt	34	226,7 %	100 %
Fälle insgesamt	15	100 %		
5 Lehr- und Lernformen	Lernwerkstatt	9	60,0 %	9,8 %
	Vorlesung	9	60,0 %	9,8 %
	Selbststudium	9	60,0 %	9,8 %
	Simulation	9	60,0 %	9,8 %
	Gruppenarbeit	8	53,3 %	8,6 %
	Problemorientiertes Lernen	7	46,7 %	7,6 %
	Seminar	7	46,7 %	7,6 %
	Dialog	7	46,7 %	7,6 %
	Projekt	5	33,3 %	5,4 %
	Exkursionen	4	26,7 %	4,3 %
	Fallmethode	4	26,7 %	4,3 %
	Frontalunterricht	3	20,0 %	3,3 %
	Kleingruppengespräch	3	20,0 %	3,3 %
	Lehrervortrag	2	13,3 %	2,2 %
	Transferlernen	2	13,3 %	2,2 %
	Tutoren	2	13,3 %	2,2 %
	Workshop	2	13,3 %	2,2 %
	Angaben insgesamt	92	613,4 %	100 %
Fälle insgesamt	15	100 %		
6 Evaluation des Curriculums	Ja	13	86,7 %	76,5 %
	Nein	4	26,7 %	23,5 %
	Angaben insgesamt	17	113,4 %	100 %
	Fälle insgesamt	15	100 %	
6.1 Auftrag/ Ausführende	Schulleitung	10	66,7 %	50,0 %
	Ministerien	6	40,0 %	30,0 %
	Fremd-Evaluation ⁵	4	26,7 %	20,0 %
	Angaben insgesamt	20	133,4 %	100 %
	Fälle insgesamt	15	100 %	

² EU-Kriterien, Schlüsselqualifikationen, SRK-Vorgaben, Clinical

³ Nach eigenem Ermessen

⁴ Nach eigenem Ermessen

⁵ Evaluierungszentrum; Visitations-Committee auf nationaler Ebene; SRK (Schweizerisches Rotes Kreuz).

Ergebnistransparenz	Schulleitung	8	53,3 %	30,8 %
	Lehrpersonal	6	40,0 %	23,1 %
	Öffentlich	6	40,0 %	23,1 %
	Studenten	3	20,0 %	11,5 %
	Curriculumplaner/ Entwickler	2	13,3 %	7,7 %
	Ministerien	1	6,7 %	3,8 %
	Angaben insgesamt Fälle insgesamt	26 15	173,3 % 100 %	100 %
6.2 Gegenstand der Evaluation	Prozessbegleitend	6	40,0 %	37,5 %
	Ergebnisorientiert/ Lernzielorientiert	6	40,0 %	37,5 %
	Programmeinführung/ -erprobung	4	26,7 %	25,0 %
	Angaben insgesamt Fälle insgesamt	16 15	106,7 % 100 %	100 %
Beteiligte/ Betroffene der Evaluation	Studenten	10	66,7 %	58,8 %
	Lehrpersonal	7	46,7 %	41,2 %
	Angaben insgesamt Fälle insgesamt	17 15	113,4 % 100 %	100 %
Methoden, Instrumente der Evaluation	Befragung ⁶	8	53,3 %	53,3 %
	Schriftliche Einzelberichte	5	33,3 %	33,3 %
	Beobachtung	1	6,7 %	6,7 %
	Leistungstest	1	6,7 %	6,7 %
	Fälle insgesamt	15	100 %	100 %
6.3 Revision nach der Evaluation	Inhalte, Strukturierung	8	53,3 %	36,4 %
	Stunden/ -verteilung	6	40,0 %	27,3 %
	Lehr-/ Lernformen	5	33,3 %	22,7 %
	Ziele, Lernziele	3	20,0 %	13,6 %
	Angaben insgesamt Fälle insgesamt	22 15	146,6 % 100 %	100 %
	7 Ethik	Keine Besonderheit	9	60,0 %
Unterrichtsfach/ Modul		3	20,0 %	17,6 %
Grundphilosophie der Pflege		3	20,0 %	17,6 %
Abschlussprüfung integriert		1	6,7 %	5,9 %
Evaluation		1	6,7 %	5,9 %
Angaben insgesamt Fälle insgesamt		17 15	115,4 % 100 %	100 %

⁶ Interviews, Fragebogen, Gruppendiskussion

Tabelle 32: Kategoriensystem zur Analyse der Ausbildungsprogramme (Dokumentenanalyse)

<i>Hauptkategorien</i>	<i>Subkategorien</i>
1 Formale Angaben	1.0 Land 1.1 Datum des Curriculums 1.2 Seitenumfang 1.3 Programmtitel (Gesundheits-) und Krankenpflege Bildungsprogramm Qualifikationsniveau
2 Lehrplantypen	2.1 Rahmen-Lehrpläne 2.2 „Offene“ Curricula 2.3 Integrative Curricula 2.4 Kollektions-(Sammel-)Curricula 2.5 Studienplan
3 Bildungsträger/ Auftraggeber	3.1 Ministerien 3.2 Ausbildungseinrichtungen
4 Autoren	Kommissionen
5 Geltungsbereich und -dauer	5.1 Land/ Bundesland (National, teilnational, regional) 5.2 Übernational 5.3 Ausbildungseinrichtungen 5.4 Gesamtausbildung 5.5 Einzelne Studienjahre
6 Zielgruppen	6.1 Universitäre Ausbildung 6.2 Höhere Pflegeausbildung (Diplom-Niveau II, Bachelor, Hochschul-Diplom) 6.3 Berufsausbildung
8 Zielvorstellungen (Präambel)	8.1 Gesellschaftliche Erfordernisse 8.2 Werte und Normen 8.3 Leitziele („oberste“ Programmziele) 8.4 Programmziele/ Bildungsziele (zur Persönlichkeitsentwicklung, Qualifikationsaneignung, zu Orientierungen und Einstellungen) 8.5 Folgewirkungen (Arbeitsmarkt, gesellschaftliche Situationen) 8.6 Kompetenzerwerb nach EU-Kriterien*
9 Umfang (Zeitangaben)	9.1 Jahre 9.2 Wochen 9.3 Stunden 9.4 Unterrichtsstunde in Minuten 9.5 Theorie in Stunden 9.6 Praktika in Stunden 9.7 Optional in Stunden 9.8 Selbststudium in Stunden
10 Lernziele	10.1 Leitziele (Präambel) 10.2 Operationalisiert nach Grobzielen (Stoffeinheiten, Module) 10.3 Operationalisiert nach Feinzielen (Unterrichtseinheiten) 10.4 Spezifiziert nach Wissensbereichen (Kurs bezogen, Stoffeinheiten) 10.5 Spezifiziert nach Wissenselementen (Lehrstoff bezogen) 10.6 Nach Verhaltensmerkmalen: Kognitiv, affektiv, psychomotorisch
11 Kompetenzen	11.1 Sachkompetenz 11.2 Soziale Kompetenz 11.3 Selbst-/ Personale Kompetenz 11.4 Fachkompetenz 11.5 Handlungskompetenz 11.6 Kommunikative Kompetenz 11.7 Methodenkompetenz 11.8 Schlüsselqualifikationen
12 Kompetenzkriterien nach EU-Empfehlungen*	12.1 Tätigkeitsfeld 12.2 Gesundheitsversorgung 12.3 Aufgabenstellung
13 Gliederung (Stoffverteilung)	13.1 Studienanteile/ -segmente (z.B. Basis-, Hauptstudium, Optional) 13.2 Studien-Module 13.3 Wissensbereiche (Kurse, Kurseinheiten, Stoffeinheiten, Stoffkomplexe, Fächer) 13.4 Wissenselemente (Stoffe, Lehrstoffe)

	13.5 Ausbildungsstufen
14 Ausbildungsinhalte 14.1 Theorie-Fächer	Pflege Pflegerwissenschaft Pflegermanagement Kommunikation Gesundheitsversorgung Ethik Internationalisation Geistes- und Sozialwissenschaften Naturwissenschaften und Medizin Pädiatrie und Jugendliche Geriatric/ Gerontologie Recht Politik, Wirtschaft Informatik Forschungsmethodik/ Statistik Projekte Sprachen Weitere Fächer
14.2 Praktischer/ klinischer Unterricht	Kinder und Jugendliche Erwachsene Ältere Menschen Stationär Ambulant Akut Chronisch Kranke Psychisch Kranke Rehabilitation Intensivpflege Geburtshilfe Palliativ Sozialdienst/ Gemeindepflege
14.3 Skills (Fähigkeiten)	Prävention Pflegetechniken Kommunikation Management
15 Akademisches Profil des Curriculums	15.1 Ja 15.2 Nein 15.3 In Entwicklung
16 Charakteristika der Wissensbereiche	16.1 Namens-/ Begriffslisten 16.2 Anforderungs- und Tätigkeitskataloge
17 Abfolge der Wissensbereiche	17.1 Sachlogik (fachwissenschaftliche Übersichten) 17.2 Lern-/ Entwicklungsprozess (von konkreten Einzelfällen zum abstrakten Modell) 17.3 Chronologie (zeitlicher Verlauf) 17.4 Topologie (räumliche Anordnung, konkrete Sachverhalte) 17.5 Linearität (einfache Verkettung oder Reihung von Elementen) 17.6 Spiralform (von Einzelementen, als Zusammenhang)
18 Lernaufgabenbeschreibung	18.1 Lernaufgabe 18.2 Erläuterung 18.3 Zeitrahmen 18.4 Begründung der Lernaufgabe
19 Didaktisch-methodische Hinweise	19.1 Didaktische Prinzipien 19.2 Lehr- und Lernformen 19.3 Lehr- und Lernmittel 19.4 Lernschritt-Folgen 19.5 Handreichungen 19.6 Vermittlung in einer Fremdsprache
20 Lernkontrollen	20.1 Nach Faktenwissen 20.2 Zur Bearbeitung komplexer Aufgaben 20.3 Zur Analyse und Bewertung komplexer Sachverhalte unter professionellen Gesichtspunkten

	<p>20.4 Zur Kompetenzentwicklung nach Verhaltensmerkmalen: Kognitiv, affektiv, psychomotorisch</p> <p>20.5 Tests (schriftlich, mündlich, praktisch, Kleingruppen)</p> <p>20.6 Präsentation</p> <p>20.7 Fälle</p> <p>20.8 Simulation/ Reflexion</p>
21 Zertifikatsbezüge	<p>21.1 Standards (Gütekriterien zur Beurteilung der durch das Programm zu vermittelten Kompetenzen)</p> <p>21.2 Vergleichbarkeit (mit anderen Programmen: Schulen, europäische Länder)</p> <p>21.3 Anrechenbarkeit (bezieht sich auf bereits erworbene Kompetenzen früherer Ausbildung bzw. Berufspraxis)</p> <p>21.4 Zugangsberechtigung (zum Beruf oder zu anderen Bildungseinrichtungen, geregelt in Prüfungs-/Ausbildungsordnungen)</p>
22 Referenzen	<p>22.1 Prüfungsordnung u.a. gesetzliche Regelungen</p> <p>22.2 Dokumente zu organisationsspezifischen Regelungen</p> <p>22.3 Texte in Bezug auf wissenschaftliche oder professionelle Prinzipien und Positionen</p> <p>22.4 Lehrbücher o.a. Unterrichtsmaterialien</p> <p>22.5 Hinweise auf andere Programmbeschreibungen</p> <p>22.6 Informations- und Beratungsmöglichkeiten</p>
23 Begründungen	<p>23.1 Programm</p> <p>23.2 Wissensbereiche (Kurse etc.)</p> <p>23.3 Inhalte</p> <p>23.4 Normative Komponente (aufgrund von bestimmten Wertvorstellungen)</p> <p>23.5 Empirische Komponente (aufgrund von Erfahrungen, die dieser Wertvorstellung gemäß ist)</p>
24 Evaluationskonzept	<p>24.1 Ja</p> <p>24.2 Nein</p> <p>24.3 Auftrag/ Ausführende Selbst-Evaluierung (Programm-Entwickler)</p> <p>24.4 Gegenstand der Evaluation Programm Voraussetzungen (Zielgruppe, Unterrichtsmaterialien etc.) Prozessevaluierung (Lehr-/ Lernprozesse) Wirkungsevaluierung (Lerneffektivität, Qualität, Nebenwirkungen)</p> <p>24.5 Methoden und Instrumente Befragung Selbstreflexion Lehrer</p>
25 Bewertung des Programmkonzeptes	<p>25.1 Sprache und Form Sprache eindeutig Form übersichtlich, überschaubar Form nicht übersichtlich, nicht überschaubar</p> <p>25.2 Zielsetzungen Realistisch, konkret, transparent Unrealistisch, unkonkret, zu hoch gestellt, dem „Schülnerniveau“ nicht angepasst</p> <p>25.3 Inhalte "Schlanke" Inhalte Umfangreich</p> <p>25.4 Positionen</p> <p>25.5 Vermittlung von Fähigkeiten Praktisch-konstruktiv (praxisbezogen) Theoretisch-analytisch (theoriebezogen) Gestaltung des Lernprozesses nach didaktischen Prinzipien Lerner - weitgehend selbsttätig oder sich eng an Vorgaben haltend Themen - dogmatisch oder relativierend, dialektisch oder pluralistisch Entdeckendes Lernen oder folgsames Lernen angesagt Auseinandersetzung - um Sachverhalte</p>
26 Bewertung des pädagogischen Ansatzes	<p>26.1 Lernzielorientiert</p> <p>26.2 Bildungstheoretisch orientiert</p> <p>26.3 Handlungsorientiert</p>

*Bericht und Empfehlung zur verlangten Fachkompetenz der für die allgemeine Pflege verantwortlichen Krankenschwestern/ Krankenpfleger in der EU vom 13.01.1998.

Tabelle 33: Zusammenfassende Übersicht der Dokumenten-Analysen

Anzahl der Programme: 18 Anzahl der Länder: 13

Stand: Januar 2003

Kategorien	De A	De C	De D	DK	FIN A	FIN B	IRL	LV 2 Jahre	LV 4 Jahre	L	NL A	NL B	A	P	SV	CH	CZ	UK	Gesamt (18)
1 Formale Angaben																			
1.1 Datum	2002	2001	2001	2001	2001	2001	2001	2003	2003	2002	2001	2002	2001	1999	1998	2002	1996	2001	18
1.2 Seitenumfang	48	284	145	39	37	101	44	1	4	275	59	14	767	10	75	892	12	272	18
1.3 Programmtitel*	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	18
Gesundheits-/Krankenpflege Bildungsprogramm																			16
Qualifikationsniveau																			2
*Quellenverzeichnis, Anhang S. 203)																			8
2 Lehrplantypen																			
2.1 Richtlinien	x						x					x		x	x		x		18
2.2 Rahmen-Lehrpläne																			0
2.3 „Offene“ Curricula		x	x	x	x	x													6
2.4 „Geschlossene“ C.		x		x	x	x													10
2.5 Integrative Curricula																			0
2.6 Sammel-Curricula			x																8
2.7 Studienplan								x											5
3 Bildungsträger/ Auftraggeber																			2
3.1 Ministerien	x						x												18
3.2 Zentrale Institutionen		x																	5
3.3 Ausbildungseinrichtungen																			1
4 Autoren																			12
4.1 Einzelpersonen																			6
4.2 Kommissionen		x																	0
5 Geltungsbereich/ -dauer																			6
5.1 Land/ Bundesland	x		x																18
5.2 Übernational																			5
5.3 Ausbildungseinrichtungen		x	x	x	x	x													2
5.4 Gesamtausbildung	x																		13
5.5 Einzelne Studienjahre																			17
																			1

Kategorien	De A	De C	De D	DK	FIN A	FIN B	IRL	LV 2 Jahre	LV 4 Jahre	L	NL A	NL B	A	P	SV	CH	CZ	UK	Ge-samt (18)
6 Zielgruppen																			18
6.1 Universitäre Ausbildung								x	x									x	4
6.2 Höhere Ausbildung																			9
6.3 Berufsausbildung	x	x	x							x			x						5
7 Verbindlichkeit																			18
7.1 Theoretischer Unterricht	x	x	x					x	x	x			x					x	18
7.2 Praktischer/klinischer U.	x		x					x	x	x			x					x	15
8 Zielvorstellungen																			14
8.1 Gesellschaftliche Erfordernisse	x	x	x										x					x	12
8.2 Werte und Normen	x	x	x										x					x	10
8.3 Leitziele	x	x	x										x					x	13
8.4 Programm-/ Bildungsziele	x	x	x										x					x	14
8.5 Folgewirkungen													x					x	3
8.6 Kompetenzerwerb nach EU-Kriterien	x									x			x					x	11
9 Umfang (Zeitangaben)																			18
9.1 Jahre	3	3	3	3 1/2	3 1/2	4	3	2	4	3	4	4	3	4	3	4	3	3	18
9.2 Wochen					140		140					168				188	150	135	18
9.3 Stunden	4600	4600	4600	5600	5600	6400	4676	3720	4047			6720	4600	4665	4800	6160	6000	5225	6
9.4 Unterrichtsstunde in Minuten																			16
9.5 Theorie in Stunden	2100		1600	3000	3600	4400	1740	3280	1498		50	45	2000	2110		45	2400	2600	3
9.6 Praktika in Stunden	2500		3000	2300	2000	2000	2646	240	2549			3600		2555		2695	730	2625	14
9.7 Optional in Stunden				267	x	x	290					2800				3465		x	13
9.8 Selbststudium												320				x	2870	1578	7
																			3
10 Lernziele																			15
10.1 Leitziele	x	x	x	x		x	x			x			x					x	14
10.2 Grobziele	x		x	x	x	x				x			x					x	14
10.3 Feinziele			x							x									10
10.4 Wissensbereiche	x	x	x			x				x									4
10.5 Wissensselemente			x			x				x									10
10.6 Verhaltensmerkmale			x			x				x									6
Kognitiv	x		x			x				x									8
Affektiv			x			x													4
Psychomotorisch	x		x			x													4

Kategorien	De A	De C	De D	DK	FIN A	FIN B	IRL	LV 2 Jahre	LV 4 Jahre	L	NL A	NL B	A	P	SV	CH	CZ	UK	Ge-samt (18)
11 Kompetenzen																			10
11.1 Sachkompetenz	x		x				x										x		2
11.2 Soziale Kompetenz	x	x		x			x										x		6
11.3 Selbstkompetenz	x			x															4
11.4 Fachkompetenz	x			x															4
11.5 Handlungskompetenz	x			x			x												6
11.6 Kommunikative K.		x		x															6
11.7 Methodenkompetenz		x		x															1
11.8 Schlüsselqualifikationen		x														x			4
12 Kompetenzkriterien nach EU-Empfehlungen																			18
12.1 Tätigkeitsfeld	x	(x)	(x)	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	(x)	15
12.2 Gesundheitsversorgung	(x)	(x)	(x)	x	x	x	x	(x)	(x)	(x)	x	x	(x)	x	x	(x)	x	x	10
12.3 Aufgabenstellung	(x)	(x)	(x)	x	x	x	x	(x)	(x)	(x)	x	x	(x)	x	(x)	(x)	(x)	x	8
(x) teilweise gewährleistet																			
13 Gliederung/Stoffverteilung																			18
13.1 Studienanteile					x	x	x	x	x		x	x	x			x	x	x	8
13.2 Studien-Module																			4
13.3 Wissensbereiche	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	18
13.4 Wissensselemente		x		x	x	x	x												10
13.5 Ausbildungsstufen		x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	16
14 Ausbildungsinhalte																			17
14.1 Theorie-Fächer																			
Pflege	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	17
Pflegewissenschaft	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	17
Pflegemanagement				x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	10
Kommunikation		x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	15
Gesundheitsversorgung	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	17
Ethik	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	17
Internationalisation				x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	11
Sozialwissenschaften	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	16
Naturwissenschaften/Medizin	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	17
Pädiatrie und Jugendliche	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	15
Geriatric/Gerontologie	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	16
Recht	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	14
Politik, Wirtschaft	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	13

Kategorien	De A	De C	De D	DK	FIN A	FIN B	IRL	LV 2 Jahre	LV 4 Jahre	L	NL A	NL B	A	P	SV	CH	CZ	UK	Ge-samt (18)
Informatik																			
Forschungsmethodik/Statistik																			
Projekte																			
(Fremd)Sprachen																			
Weitere Fächer																			
14.2 Praktischer/klinischer U.																			
Kinder und Jugendliche																			
Erwachsene																			
Ältere Menschen																			
Stationär																			
Ambulant																			
Akut																			
Chronisch Kranke																			
Psychisch Kranke																			
Rehabilitation																			
Intensivpflege																			
Geburtshilfe																			
Palliativ																			
Sozial-/Gemeindepflege																			
Prävention																			
15 Akademisches Profil																			
15.1 Ja																			
15.2 Nein																			
15.3 In Entwicklung																			
16 Charakteristika der Wissensbereiche																			
16.1 Namens-/Begriffslisten																			
16.2 Lernzielbeschreibung																			
16.3 Anforderungs-/Tätigkeitskatalog																			

Kategorien	De A	De C	De D	DK	FIN A	FIN B	IRL	LV 2 Jahre	LV 4 Jahre	L	NL A	NL B	A	P	SV	CH	CZ	UK	Gesamt (18)
17 Abfolge der Wissensbereiche																			18
17.1 Sachlogik	x		x		x					x					x				6
17.2 Lern-/Entwicklungsprozess		x	x		x					x					x				15
17.3 Chronologie		x	x		x					x					x				12
17.4 Topologie																			0
17.5 Linearität		x	x		x					x					x				12
17.6 Hierarchie																			0
17.7 Iteration																			0
17.8 Spiralform																x			2
18 Lernaufgaben-beschreibungen																			2
18.1 Lernaufgabe			x													x			2
18.2 Erläuterung			x													x			2
18.3 Zeitrahmen																x			1
18.4 Begründung			x													x			2
19 Didaktisch-methodische Hinweise																			13
19.1 Didaktische Prinzipien		x																	2
19.1 Lehr-/Lernformen	x	x	x		x					x									13
19.2 Lehr-/Lernmittel	x	x	x		x					x									12
19.3 Lernschrittfolgen																			4
19.4 Handreichungen																			4
19.5 Vermittlung in einer Fremdsprache			x																2
20 Lernkontrollen																			11
20.1 Faktenwissen	x																		1
20.2 Komplexaufgaben																			6
20.3 Analyse																			5
20.4 Kompetenzentwicklung																			5
20.5 Tests																			10
20.6 Präsentation																			3
20.7 Fälle																			3
20.8 Simulation/ Reflexion																			4

Kategorien	De A	De C	De D	DK	FIN A	FIN B	IRL	LV 2 Jahre	LV 4 Jahre	L	NL A	NL B	A	P	SV	CH	CZ	UK	Ge-samt (18)
21 Zertifikatsbezüge																			17
21.1 Standards							x									x		x	3
21.2 Vergleichbarkeit	x	x	x	x		x	x	x					x		x	x		x	17
21.3 Anrechenbarkeit	x			x			x												3
21.4 Zugangsberechtigung	x		x	x		x	x						x		x			x	12
22 Referenzen																			12
22.1 Prüfungsordnung	x		x	x			x						x			x		x	7
22.2 Dokumente	x		x	x									x			x		x	5
22.3 Texte													x			x			3
22.4 Lehrbücher		x				x				x			x		x			x	8
22.5 Programmbeschreibungen		x	x			x							x					x	4
22.6 Informations-/Beratungsmöglichkeiten													x		x			x	4
23 Begründungen																			12
23.1 Programm	x		x	x		x							x			x		x	11
23.2 Wissensbereiche			x			x				x			x						4
23.3 Inhalte													x						3
23.4 Normative Komponente		x					x						x					x	7
23.5 Empirische Komponente		x					x						x					x	4
24 Evaluation																			18
<u>24.1 Konzeption</u>																			
Ja																			
Nein	x												x					x	3
<u>24.2 Auftrag/Ausführende</u>																			
Fremd-Evaluierung																			
Selbst-Evaluierung																			
<u>24.3 Gegenstand</u>																			
Programm Voraussetzungen																			
Prozess-Evaluierung																			
Wirkungsevaluierung																			
<u>24.4 Methoden und Instrumente</u>																			
Befragung																			
Selbstreflexion Lehrer	x												x					x	3
																			1

Kategorien	De A	De C	De D	DK	FIN A	FIN B	IRL	LV 2 Jahre	LV 4 Jahre	L	NL A	NL B	A	P	SV	CH	CZ	UK	Gesamt (18)
25 Bewertung des Programmkonzeptes																			16
<u>25.1 Sprache und Form</u>																			
Sprache eindeutig	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	16
Nicht eindeutig	x		x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x				0
Form übersichtlich		x																	15
Unübersichtlich																			2
<u>25.2 Zielsetzungen</u>																			
Realistisch	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	15
Unrealistisch																			1
<u>25.3 Inhalte</u>																			
„Schlanke“	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	13
Umfangreich																			3
<u>25.4 Positionen</u>																			
Vertreten	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	13
Nicht vertreten																			0
<u>25.5 Vermittlung von Fähigkeiten</u>																			
Praxisbezogen	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	16
Theoriebezogen																			10
<u>25.6 Gestaltung des Lernprozesses nach didaktischen Prinzipien</u>																			
Lerner selbsttätig																			
An Vorgaben haltend		x																	12
Themen dogmatisch																			1
Themen relativierend																			0
Themen pluralistisch		x																	5
Entdeckendes Lernen																			6
Folgsames Lernen		x																	4
Auseinandersetzung um Sachverhalte		x	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	1
																			9
26 Bewertung des pädagogischen Ansatzes																			12
<u>26.1 Lernzielorientiert</u>																			
Lernzielorientiert	x		x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	10
<u>26.2 Bildungstheoretisch</u>																			
Bildungstheoretisch		x																	1
<u>26.3 Handlungsorientiert</u>																			
Handlungsorientiert	x		x				x						x						6

Tabelle 34: Quantitative Datenauswertung zur Dokumenten-Analyse

Curricula N=18

Stand: Januar 2003

	<i>Objekte</i>	<i>Zahl der Angaben/ Frequency (f)</i>	<i>Prozent der Fälle</i>	<i>Prozent der Angaben</i>
1 Formale Angaben				
1.0 Land		13	72,2 %	72,2 %
1.1 Datum	2001-2003	15	83,3 %	83,3 %
	1996-2000	3	16,7 %	16,7 %
	Insgesamt	18	100 %	100 %
1.2 Seitenumfang	Längster Text: 892 Seiten	1	5,6 %	5,6 %
	Kürzester Text: 1 Seite	1	5,6 %	5,6 %
	4-50 Seiten	8	44,4 %	44,4 %
	272-313 Seiten	4	22,2 %	22,2 %
	51-100 Seiten	2	11,1 %	11,1 %
	101-150 Seiten	2	11,1 %	11,1 %
	Insgesamt	18	100 %	100 %
1.3 Programmtitel	(Gesundheits-)Krankenpflege	16	88,8 %	61,5 %
	Qualifikationsniveau	8	44,4 %	30,8 %
	Bildungsprogramm	2	11,2 %	7,7 %
	Angaben insgesamt	26	144,4 %	100 %
	Fälle insgesamt	18	100 %	
2 Lehrplantypen	„Offene“ Curricula	10	55,6 %	32,3 %
	Integrative Curricula	8	44,4 %	25,7 %
	Rahmen-Lehrplan	6	33,3 %	19,4 %
	Kollektions-(Sammel-)Curriculum	5	27,8 %	16,1 %
	Studienplan	2	11,1 %	6,5 %
	Angaben insgesamt	31	172 %	100 %
	Fälle insgesamt	18	100 %	
3 Bildungsträger/ Auftraggeber	Ausbildungseinrichtungen	12	66,7 %	66,7 %
	Ministerien	5	27,8 %	27,8 %
	Zentrale Institutionen	1	5,5 %	5,5 %
	Insgesamt	18	100 %	100 %
4 Autoren	Keine	12	66,7 %	66,7 %
	Kommissionen	6	33,3 %	33,3 %
	Insgesamt	18	100 %	100 %
5 Geltungsbereich/ -dauer	Gesamtausbildung	17	94,4 %	44,7 %
	Ausbildungseinrichtungen	13	72,2 %	34,2 %
	Land, Bundesland	5	27,8 %	13,2 %
	Übernational	2	11,1 %	5,3 %
	Einzelne Studienjahre	1	5,6 %	2,6 %
	Angaben insgesamt	38	222,1 %	100 %
	Fälle insgesamt	18	100 %	
6 Zielgruppen	Höhere Ausbildung	9	50 %	50 %
	Berufsausbildung	5	28 %	28 %
	Universitäre Ausbildung	4	22 %	22 %
	Insgesamt	18	100 %	100 %
7 Verbindlichkeit des Curriculums	Theoretischer Unterricht	18	100 %	54,5 %
	Praktischer/ Klinischer Unterricht	15	83,3 %	44,5 %
	Angaben insgesamt	33	183,3 %	100 %
	Fälle insgesamt	18	100 %	
8 Zielvorstellungen (Präambel)	Programmziele/ Bildungsziele	14	77,8 %	22,2 %
	Leitziele	13	72,2 %	20,6 %
	Gesellschaftliche Erfordernisse	12	66,7 %	19,0 %
	Kompetenzerwerb nach EU-Kriterien	11	61,1 %	17,5 %
	Werte, Normen	10	55,6 %	15,9 %
	Folgewirkungen	3	16,7 %	4,8 %
	Angaben insgesamt	63	350,1 %	100 %
	Fälle insgesamt	18	100 %	
9 Umfang (Zeitangaben)	Jahre	18	100 %	22,5 %
	Stunden	16	88,9 %	20,0 %
	Theorie in Stunden	14	77,8 %	17,5 %
	Praktika in Stunden	13	72,2 %	16,2 %
	Optional in Stunden	7	38,9 %	8,7 %
	Wochen	6	33,3 %	7,5 %
	Unterrichtsstunde in Minuten	3	16,7 %	3,8 %
	Selbststudium in Stunden	3	16,7 %	3,8 %
	Angaben insgesamt	80	444,5 %	100 %
	Fälle insgesamt	18	100 %	

Angaben in Jahre	3 Jahre	9	50,0 %	50,0 %	
	4 Jahre	6	33,3 %	33,3 %	
	Über 3 Jahre	2	11,1 %	11,1 %	
	Unter 3 Jahre	1	5,6 %	5,6 %	
	Insgesamt	18	100 %	100 %	
Angaben in Stunden	Über 4600 Stunden	8	44,5 %	44,5 %	
	4600 Stunden	6	33,3 %	33,3 %	
	Unter 4600 Stunden	2	11,1 %	11,1 %	
	Keine Angaben	2	11,1 %	11,1 %	
	Insgesamt	18	100 %	100 %	
10 Lernziele	Leitziele	14	77,8 %	23,4 %	
	Grobziele	10	55,6 %	16,7 %	
	Wissensbereiche	10	55,6 %	16,7 %	
	Kognitiv	8	44,4 %	13,4 %	
	Wissenselemente	6	33,3 %	10,0 %	
	Feinziele	4	22,2 %	6,6 %	
	Affektiv	4	22,2 %	6,6 %	
	Psychomotorisch	4	22,2 %	6,6 %	
	Angaben insgesamt Fälle insgesamt	60 18	333,3 % 100 %	100 %	
11 Kompetenzen	Soziale Kompetenz	6	33,3 %	18,2 %	
	Handlungskompetenz	6	33,3 %	18,2 %	
	Kommunikative Kompetenz	6	33,3 %	18,2 %	
	Selbstkompetenz	4	22,2 %	12,1 %	
	Fachkompetenz	4	22,2 %	12,1 %	
	Schlüsselqualifikationen	4	22,2 %	12,1 %	
	Sachkompetenz	2	11,1 %	6,1 %	
	Methodenkompetenz	1	5,6 %	3,0 %	
	Angaben insgesamt Fälle insgesamt	33 18	183,2 % 100 %	100 %	
12 Kompetenzkriterien nach EU-Empfehlungen	Tätigkeitsfeld	15	83,3 %	45,5 %	
	Gesundheitsversorgung	10	55,6 %	30,3 %	
	Aufgabenstellung	8	44,4 %	24,2 %	
	Angaben insgesamt Fälle insgesamt	33 18	183,3 % 100 %	100 %	
	Gewährleistet	7	38,9 %	38,9 %	
	Teilweise gewährleistet	11	61,1 %	61,1 %	
Insgesamt	18	100 %	100 %		
13 Gliederung (Stoffverteilung)	Wissensbereiche	18	100 %	32,1 %	
	Ausbildungsstufen	16	88,9 %	28,6 %	
	Wissenselemente	10	55,6 %	17,9 %	
	Studienanteile	8	44,4 %	14,3 %	
	Studien-Module	4	22,2 %	7,1 %	
	Angaben insgesamt Fälle insgesamt	56 18	311,1 % 100 %	100 %	
14 Ausbildungsinhalte 14.1 Theorie-Fächer	Pflege	17	94,4 %	6,9 %	
	Pflegewissenschaft	17	94,4 %	6,9 %	
	Gesundheitsversorgung	17	94,4 %	6,9 %	
	Ethik	17	94,4 %	6,9 %	
	Naturwissenschaften/ Medizin	17	94,4 %	6,9 %	
	Geistes-/ Sozialwissenschaften	16	88,9 %	6,5 %	
	Geriatric/ Gerontologie	16	88,9 %	6,5 %	
	Kommunikation	15	83,3 %	6,1 %	
	Pädiatrie/ Jugendliche	15	83,3 %	6,1 %	
	Recht	14	77,8 %	5,7 %	
	Forschungsmethodik/Statistik	14	77,8 %	5,7 %	
	Pflegemanagement	13	72,2 %	5,3 %	
	Politik/ Wirtschaft	13	72,2 %	5,3 %	
	Internationalisation	11	61,1 %	4,5 %	
	Informatik	10	55,6 %	4,0 %	
	(Fremd-)Sprachen	9	50,0 %	3,6 %	
	Projekte	8	44,4 %	3,2 %	
	Weitere Fächer	8	44,4 %	3,2 %	
	Angaben insgesamt Fälle insgesamt	247 18	1371,9 % 100 %	100 %	
	14.2 Praktischer/ klinischer Unterricht	Erwachsene	15	83,3 %	11,8 %
		Stationär	15	83,3 %	11,8 %
		Kinder/ Jugendliche	14	77,8 %	11,0 %
		Ältere Menschen	14	77,8 %	11,0 %
		Psychisch Kranke	14	77,8 %	11,0 %
		Chronisch Kranke	11	61,1 %	8,7 %
		Akut	9	50,0 %	7,1 %

	Geburtshilfe	9	50,0 %	7,1 %
	Intensivpflege	7	38,9 %	5,6 %
	Rehabilitation	5	27,8 %	3,9 %
	Sozialdienst/ Gemeindepflege	5	27,8 %	3,9 %
	Prävention	4	22,2 %	3,1 %
	Palliativ	3	16,7 %	2,4 %
	Ambulant	2	11,1 %	1,6 %
	Angaben insgesamt	127	705,6 %	100 %
	Fälle insgesamt	18	100 %	
Skills (Fähigkeiten)	Pflegetechniken	18	100 %	36,0 %
	Kommunikation	18	100 %	36,0 %
	Management	14	77,8 %	28,0 %
	Angaben insgesamt	50	277,8 %	100 %
	Fälle insgesamt	18	100 %	
15 Akademisches Profil	Ja	12	66,7 %	66,7 %
	Nein	5	27,8 %	27,8 %
	in Entwicklung	1	5,5 %	5,5 %
	Insgesamt	18	100 %	100 %
16 Charakteristika der Wissensbereiche	Keine	12	66,7 %	66,7 %
	Namens-/ Begriffslisten	5	27,8 %	27,8 %
	Anforderungs-/ Tätigkeitskataloge	1	5,5 %	5,5 %
	Insgesamt	18	100 %	100 %
17 Abfolge der Wissensbereiche	Lern-/ Entwicklungsprozess	15	83,3 %	31,9 %
	Chronologie	12	66,7 %	25,6 %
	Linearität	12	66,7 %	25,6 %
	Sachlogik	6	33,3 %	12,8 %
	Spiralform	2	11,1 %	4,3 %
	Angaben insgesamt	47	261,1 %	100 %
	Fälle insgesamt	18	100 %	
18 Lernaufgabenbeschreibungen	Keine	11	61,1	61,1
	Lernaufgaben	2	11,1 %	11,1 %
	Erläuterung	2	11,1 %	11,1 %
	Begründung	2	11,1 %	11,1 %
	Zeitraumen	1	5,6 %	5,6 %
	Insgesamt	18	100 %	100 %
19 Didaktisch-methodische Hinweise	Lehr-/ Lernformen	13	72,2 %	35,2 %
	Lehr-/ Lernmittel	12	66,7 %	32,4 %
	Lernschrittfolgen	4	22,2 %	10,8 %
	Handreichungen	4	22,2 %	10,8 %
	Didaktische Prinzipien	2	11,1 %	5,4 %
	Vermittlung in einer Fremdsprache	2	11,1 %	5,4 %
	Angaben insgesamt	37	205,5 %	100 %
	Fälle insgesamt	18	100 %	
20 Lernkontrollen	Tests	10	55,6 %	27,0 %
	Komplexaufgaben	6	33,3 %	16,3 %
	Analyse	5	27,8 %	13,5 %
	Kompetenzentwicklung	5	27,8 %	13,5 %
	Simulation/ Reflexion	4	22,2 %	10,8 %
	Präsentation	3	16,7 %	8,1 %
	Fälle	3	16,7 %	8,1 %
	Faktenwissen	1	5,6 %	2,7 %
	Angaben insgesamt	37	205,7 %	100 %
	Fälle insgesamt	18	100 %	
21 Zertifikatsbezüge	Vergleichbarkeit	17	94,4 %	48,6 %
	Zugangsberechtigung	12	66,7 %	34,2 %
	Standards	3	16,7 %	8,6 %
	Anrechenbarkeit	3	16,7 %	8,6 %
	Angaben insgesamt	35	194,5 %	100 %
	Fälle insgesamt	18	100 %	
22 Referenzen	Lehrbücher	8	44,4 %	25,8 %
	Prüfungsordnung	7	38,9 %	22,6 %
	Dokumente	5	27,8 %	16,1 %
	Programmbeschreibungen	4	22,2 %	12,9 %
	Informations-/ Beratungsmöglichkeiten	4	22,2 %	12,9 %
	Texte	3	16,7 %	9,7 %
	Angaben insgesamt	31	172,2 %	100 %
	Fälle insgesamt	18	100 %	
23 Begründungen	Programm	11	61,1 %	37,9 %
	Normative Komponente	7	38,9 %	24,2 %
	Wissensbereiche	4	22,2 %	13,8 %
	Empirische Komponente	4	22,2 %	13,8 %
	Inhalte	3	16,7 %	10,3 %

	Angaben insgesamt	29	161,1 %	100 %
	Fälle insgesamt	18	100 %	
24 Evaluationskonzept	Nein	15	83,3 %	83,3 %
	Ja	3	16,7 %	16,7 %
	Selbst-Evaluation	3	16,7 %	16,7 %
	Wirkungs-Evaluation	3	16,7 %	16,7 %
	Befragung	3	16,7 %	16,7 %
	Programm Voraussetzungen	2	11,1 %	11,1 %
	Selbstreflexion Lehrer	1	5,6 %	5,6 %
	Angaben insgesamt	29	161,3 %	100 %
	Fälle insgesamt	18	100 %	
25 Bewertung des Programmkonzeptes	Sprache eindeutig	16	88,9 %	11,4 %
	Praxisbezogen	16	88,9 %	11,4 %
	Ziele realistisch	15	83,3 %	10,7 %
	Form übersichtlich	14	77,8 %	9,9 %
	„schlanke“ Inhalte	13	72,2 %	9,2 %
	Position vertreten	13	72,2 %	9,2 %
	Lerner selbsttätig	12	66,7 %	8,5 %
	Theoriebezogen	10	55,6 %	7,1 %
	Auseinandersetzung um Sachverhalte	9	50,0 %	6,4 %
	Themen pluralistisch	6	33,3 %	4,3 %
	Themen relativierend	5	27,8 %	3,5 %
	Entdeckendes Lernen	4	22,2 %	2,8 %
	Inhalte umfangreich	3	16,7 %	2,1 %
	Form unübersichtlich	2	11,1 %	1,4 %
	Ziele unrealistisch	1	5,6 %	0,7 %
	Vorgaben haltend	1	5,6 %	0,7 %
Folgsames Lernen	1	5,6 %	0,7 %	
	Angaben insgesamt	141	783,5 %	100 %
	Fälle insgesamt	18	100 %	
26 Bewertung des pädagogischen Ansatzes	Lernzielorientiert	10	55,5 %	55,5 %
	Handlungsorientiert	6	33,3 %	33,3 %
	Bildungstheoretisch	1	5,6 %	5,6 %
	Keine	1	5,6 %	5,6 %
	Insgesamt	18	100 %	100 %

Tabelle 35: Differenzierte Angaben zu den Theorie-Fächern in den Curricula

Anzahl der Curricula: 16 / Angaben in Stunden; in Credits*

Stand: Januar 2003

Theorie-Fächer	D/A	D/C	D/D	DK*	FIN/A	FIN/B	IRL	LV	L	NL	A	P	SV	CH	CZ	UK	Länder (13)
Pflege	950	614	520	x	1520	1560	1160	x	x	x	600	756	2400	1254	540	x	13
Pflegewissenschaft	x	20	x	30	80	x	x	34	x	x	80	x	x	21	60	x	13
Pflegemanagement	0	26**	0	40	80	40	x	50	0	x	x	0	0	85	60	x	9
Kommunikation	0	100	x	3,5	x	80	x	36	x	x	120	0	x	49	90	x	12
Gesundheitsversorgung	x	90	x	10	480	120	x	90	x	x	40	165	800	91	30	x	13
Ethik	x	14	120	3,5	40	40	x	28	x	x	80	195	x	28	30	x	13
Internationalisation	0	16	0	Optional	40	40	x	0	x	x ¹	0	x	0	4	0	0	8
Geistes-/Sozialwissenschaften	300	200	120	11	120	160	290	210	x	x	0	315	400	x	225	x	12
Naturwissenschaften/Medizin	500	756	700	26	500	400	290	855	x	x	450	270	1200	543	870	x	13
Pädiatrie/Jugendliche	x	320	x	0	20	40	x	70	x	x	0	x	x	6	90	(x) ⁸	10
Geriatric/Gerontologie	x	530	0	x	160	80	x	x	x	x	30	x	x	8	x	x	13
Recht	150	190	x	3	40	x	x	0	x	x	40	x	0	42	30	x	11
Politik, Wirtschaft	x	x	40	0	40	80	x	34	x	x	x	x	0	0	0	x	9
Informatik	0	0	0	0	40	Optional	x	17	x	x	40	x	0	0	0	x	8
Forschungsmethodik/Statistik	0	x**	0	x	120	80	x	25	x	x	x	304	x	63	0	x	12
Projekte	0	0	x	14	40	40	0	0	0	480 ¹	0	0	x	70	0	0	6
(Fremd-)Sprachen	0	20 ²	40 ²	0	x ³	x ³	0	300 ⁴	x ⁵	0	80 ⁶	0	0	64 ⁷	120 ⁴	0	6
Weitere Fächer	0	0	0	9	240	400	0	0	0	0	130	105	0	85	120	0	5
Gesamtstunden	4600		5600		5600		4776	4047	0	6720	4600	4665	4800	6160	6000	5225	
Dauer (Jahre)	3		3,5		4		3	3	3	4	3	4	3	4	3	3	

x Angaben in anderen Studienanteilen **Qualitätsicherung 0 keine Angaben

¹Projektwochen ²Deutsch ³Englisch, Schwedisch, Finnisch ⁴Fremdsprachen und Latein ⁵Dutch, Französisch ⁶Fachenglisch ⁷Fachenglisch, Deutsch ⁸Spezifizierung

Tabelle 38: Differenzierte Angaben zur Lernorganisation in den Curricula

<i>Länder (I3)</i>	<i>Didaktische Modelle</i>	<i>Lernaufgaben</i>	<i>Lernkontrollen</i>
Deutschland A	0	0	Prüfungsaufgaben: Bearbeitung komplexer Aufgaben Tests/ schriftlich, mündlich, praktisch
Deutschland C	Arbeitsunterricht (Übung/Praktikum) Erkundung (Exkursion, Erfahrungsbezogen) Fallmethode (Fallbeispiele) Kleingruppengespräch (Diskussion) Simulation (szenisches Spiel, Rollenspiele)	0	0
Deutschland D	Arbeitsunterricht (Kleingruppenarbeit, Übung) Erkundung (Exkursion) Fallmethode (Fallbeispiele) Lernprojekt (Projektarbeit) Simulation (Rollenspiele)	In jeweiligen Projekten	0
Dänemark	Arbeitsunterricht (Übungen, Experimente) Individueller Lernplatz (Rechner) Lerndialog (Dialog) Lernkonferenz (Seminare) Lernprojekt (Projektarbeit) Vorlesung	0	Bearbeitung komplexer Aufgaben Analyse und Bewertung komplexer Sachverhalte Bachelor-Projekt Tests/ schriftlich, mündlich, praktisch Präsentation Aktion und Reflexion
Finnland AB	Fallmethode (Fallbeispiele) Indiv. Programmierter Arbeitsplatz (CBT) Vorlesung	0	Analyse und Bewertung komplexer Sachverhalte Tests/ schriftlich, mündlich, praktisch
Irland	0	0	0
Lettland	0	0	Forschungsprojekt
Luxemburg	Arbeitsunterricht (Kleingruppenarbeit, Übung) Fallmethode (Fallbeispiele) Frontalunterricht Simulation (Rollenspiele)	0	0
Niederlande AB	Arbeitsunterricht (Lerngruppenarbeit) Individueller Lernplatz (multimedial) Individueller Programmierter Arbeitsplatz (Computerprogramme)	0	Bearbeitung komplexer Aufgaben Tests/ schriftlich, mündlich, praktisch Präsentation Fälle (Fallbesprechung)

Österreich	Arbeitsunterricht (Kleingruppenarbeit, Übung) Erkundung (Exkursion) Fallmethode (Problem lösend) Individueller Lernplatz (u.a. Videoanalyse) Lernkonferenz (Seminar) Lernprojekt (Projekte) Simulation (Rollenspiele)	0	Simulation mit Patienten/ Reflexion
Portugal Schweden	0 Arbeitsunterricht (Übung, Praktikum) Erkundung (Feldstudie) Lernkonferenz (Seminar) Lernprojekt (Projektarbeit) Vorlesung	0 0	0 Bearbeitung komplexer Aufgaben Analyse und Bewertung komplexer Sachverhalte Kompetenzentwicklung Tests/ schriftlich, mündlich, praktisch
Schweiz	Arbeitsunterricht (Lerngruppenarbeit, Lernpartnerschaft, Lernlabor) Klassenunterricht (Frontal)	Didaktische Fallstudie „Pflegeprozess“ Praxisfallstudie „Pflegetätigkeit“	Faktenwissen Bearbeitung komplexer Aufgaben Analyse und Bewertung komplexer Sachverhalte Kompetenzentwicklung Tests/ schriftlich, mündlich Präsentation Fälle Reflexion
Tschechien	Fallmethode (Fälle, PBL) Erkundung (Exkursion) Simulation (Rollenspiele) Vorlesung	0	Analyse und Bewertung komplexer Aufgaben Kompetenzentwicklung Tests/ schriftlich, mündlich Fallanalysen
UK/ Schottland	Arbeitsunterricht (Gruppenarbeit, Praxisbasiertes Lernen, Übungsbasiertes Lernen) Fallmethode (PBL) Lernkonferenz (Seminar) Lernprojekt Simulation (Rollenspiele) Tutorium Vorlesung (Vortrag) Werkstattseminar	0	Bearbeitung komplexer Aufgaben Analyse und Bewertung komplexer Sachverhalte Kompetenzentwicklung Tests/ schriftlich, praktisch Simulation mit Patienten/ Reflexion


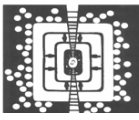
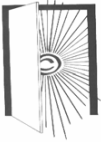


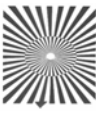


Tabelle 39: Rechtsgrundlagen und Einflussfaktoren – Parameter auf der Entscheidungsebene








Stand: Januar 2003

Länder (18)	Nationale Entscheidungen (Einflussfaktoren)			EU-rechtliche Regelungen		
	Zuständigkeit (Kapitel 5.2.1.5)	Ansiedlung (Kapitel 5.2.1.6)	Qualifikationsniveau (Kapitel 5.2.1.6)	Dauer (Kapitel 5.2.1.3)	Zugangsvoraussetzungen (Kapitel 5.2.1.2)	Abschluss/Anerkennung** (Kapitel 5.2.1.1)
Belgien*	Ministry of Education	Uni/ Hochschule	Hochschul-Abschluss	3 Jahre	Hochschulreife	Diplom graduiert
Dänemark	Ministry of Education	Fachhochschule	Bachelor	3,5 Jahre	Hochschulreife	Bachelor
Deutschland	Gesundheitsministerium	Krankenhaus	Berufsbildung	3 Jahre	Mittlerer Schulabschluss	Zeugnis ü. staatl. Prüfung
Finnland	Ministry of Education	Fachhochschule	Bachelor	3,5-4 Jahre	Hochschulreife	Bachelor
Frankreich*	Gesundheitsministerium	Uni/ Hochschule	Hochschul-Abschluss	3 Jahre	Hochschulreife	Diplom
Griechenland*	Ministry of Education	Uni/ Hochschule	Hochschul-Abschluss	4 Jahre	Hochschulreife	Diplom (Hochschule)
Irland	Gesundheitsministerium	Uni/ Fachschule	Fachschul-Abschluss	4 Jahre	Hochschulreife	Diplom (Fachschule)
Italien*	Hochschulministerium	Uni/ Hochschule	Hochschul-Abschluss	3 Jahre	Hochschulreife	Diplom
Lettland	Ministry of Education	Universität	Hochschul-Abschluss	3 Jahre	Hochschulreife	Diplom
Luxemburg	Ministry of Education	Techn. Fachschule	Universität/ Bachelor	3 Jahre	Hochschulreife	Bachelor
Niederlande	Ministry of Education	Fachhochschule	Fachschul-Abschluss	3 Jahre	Hochschulreife	Diplom (Fachschule)
Österreich	Gesundheitsministerium	Krankenhaus	Bachelor	4 Jahre	Hochschulreife	Bachelor
Portugal	Ministry of Education	Uni/ Hochschule	Fachschul-Abschluss	3 Jahre	Mittlerer Schulabschluss	Diplomierte KS/ KPF
Schweden	Bildungsministerium für Hochschulwesen	Uni/ Hochschule	Bachelor	4 Jahre	Hochschulreife	Bachelor
Schweiz	Zentrale Institution	Fachhochschule	Bachelor	3 Jahre	Hochschulreife	Bachelor
Spanien*	Ministry of Education	Uni/ Hochschule	DN II	4 Jahre	Mittlerer Schulabschluss	Diplom-Niveau II
Tschechien	Ministry of Education	Universität	Hochschul-Abschluss	3 Jahre	Hochschulreife	Diplom
Vereinigtes Königreich	Ministry of Education	Universität	Universität/ Bachelor	3 Jahre	Hochschulreife	Bachelor
	Zentrale Institution	Universität	Diplom	3 Jahre	Hochschulreife	Diplom
			Degree (Bachelor)		Hochschulreife	Degree (Bachelor)

*Daten aus mehreren Untersuchungen
 **vgl. Richtlinie 2005/36/EG Anhang 5.2.2
 DN Diplom-Niveau
 KS/ KPF Krankenschwester/ Krankenpfleger

Tabelle 46: Didaktische Modelle, nach: K.-H. Flechsig
 Kleines Handbuch Didaktischer Modelle, Göttingen 1991, 3. Auflage


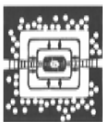



	<i>didaktisches Modell</i>	<i>Definition</i>	<i>Varianten</i>	<i>didaktische Prinzipien</i>
	Arbeitsunterricht	Lerner bearbeiten individuell oder in kleinen Gruppen (schriftlich formulierte) Aufgaben mit möglichst mehreren Aspekten, um Kenntnisse und Fertigkeiten zu üben und anzuwenden.	Gruppenunterricht/ -arbeit Projektseminar	<ul style="list-style-type: none"> • selbsttätiges Lernen • individualisiertes Lernen • ganzheitliches Lernen
	Disputation	Lerner eignen sich in öffentlicher und geordneter Rede und Gegenrede vor allem Argumentations- und Urteilsfähigkeit an.	Disput Streitgespräch Debatte Thesenverteidigung Podiumsdiskussion	<ul style="list-style-type: none"> • argumentierendes Lernen • dialektisches Lernen
	Erkundung	Lerner begeben sich in natürliche Umwelten oder Institutionen zur Beobachtung und Datenerhebung, um Zusammenhänge zu überschauen sowie um Interessen und Standpunkte zu gewinnen.	Exkursion Exploration Hospitation Praktikum Feldstudie	<ul style="list-style-type: none"> • Lernen durch unmittelbare Erfahrung • Lernen durch direkten Umgang • orientierendes Lernen • beiläufiges Lernen
	Fallmethode	Lerner bearbeiten einzeln oder in Gruppen rekonstruierte Praxisfälle, um sich Wissen über die betreffende Praxis oder Prozedur anzueignen und ihre Urteils- und Entscheidungsfähigkeit auszubilden.	Fallstudie	<ul style="list-style-type: none"> • praxisnahes Lernen • problemlösendes Lernen
	Famulatur	Praktiker eignen sich spezielles oder seltenes Wissen von hoher Qualität an, indem sie einer sehr erfahrenen Fachperson bei deren Arbeit über einen längeren Zeitraum helfen.	Assistenz Volontariat	<ul style="list-style-type: none"> • Lernen durch Assistieren • Lernen am Modell
	Fernunterricht	Lernende eignen sich durch Lektüre von speziell aufbereiteten Lehr-/Lernmaterialien sowie durch Bearbeiten von schriftlich gestellten Aufgaben überwiegend theoretisches Wissen (Fakten, Begriffe, Modelle etc.) an.	Fernkurs, -studium Korrespondenz- Unterricht Telekolleg Funkkolleg	<ul style="list-style-type: none"> • Lernen in Einzelarbeit • Lernen mit Medien • aufgabenbezogene Rückmeldung
	Frontalunterricht	Lernen wird durch lehrergesteuerte Gespräche initiiert, die durch Anschauungsmittel unterstützt werden und vor allem der Vermittlung fachspezifischen Orientierungswissens dienen.	darbietender Unterricht entwickelnder Frageunterricht entwickelnder Impulsunterricht	<ul style="list-style-type: none"> • lehrergesteuertes Lernen • Lernen im Klassenverband • thematisch orientiertes Lernen
	Individualisierter Programmierter Unterricht	Lernende eignen sich mit Hilfe programmierter Lehrtexte in kleinen Lehrschritten selbständig und individuell genau festgelegte Kenntnisse und Fertigkeiten an.	computergestützter Unterricht programmiertes Lernen CBT (Computer-based Training)	<ul style="list-style-type: none"> • individualisiertes Lernen • programmiertes Lernen • zielreichendes Lernen

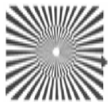
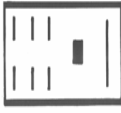

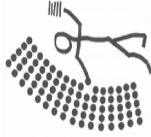


	Individueller Lernplatz	Lernende eignen sich mit Hilfe von ausgewählten und systematisch geordneten Texten und AV-Medien selbständig Begriffs- und Faktenwissen an, das zu zuvor erarbeiteten Fragestellungen in Beziehung steht.	Selbstlernplatz Infothek	<ul style="list-style-type: none"> • selbsttätiges Lernen • Lernen mit Medien • Passung zwischen kognitiven Strukturen und den Wissensordnungen
	Kleingruppen-Lerngespräch	Lernende eignen sich durch strukturierten Informations- und Meinungsaustausch vorwiegend Wissen über persönliche Erfahrungen, Bewertungen und Einstellungen sowie Wünsche an.	Gesprächskreis, -runde Rundgespräch TZI (Themenzentrierte Interaktive Methode)	<ul style="list-style-type: none"> • Lernen durch wechselseitigen Erfahrungsaustausch • Lernen durch strukturierte Gespräche
	Lernausstellung	Lernende eignen sich an offenen Lernorten Wissen an, indem sie ausgestellte und kommentierte Objekte oder Abbildungen in bestimmter Reihenfolge betrachten und ggf. handhaben.	Messe Aktivmuseum	<ul style="list-style-type: none"> • ambulantes Lernen • Lernen an "ausgestellten Stücken"
	Lerndialog	Lernende führen mit anderen Personen ausführliche und geordnete Zwiegespräche, um Erkenntnisse über sich und ihre Beziehungen zur Umwelt zu erlangen.	sokratischer Dialog therapeutischer Dialog dialektisches Gespräch	<ul style="list-style-type: none"> • dialogisches Lernen • entdeckendes Lernen
	Lernkabinett	Lernende eignen sich durch reale Tätigkeit in speziell eingerichteten und didaktisch besonders aufbereiteten Lernumwelten theoretisches und praktisches Wissen aus mehreren Handlungsperspektiven an.		<ul style="list-style-type: none"> • Lernen in elementaren Situationen • mehrperspektivisches Lernen • zweckfreies Lernen
	Lernkonferenz	Lernende kommen mit anderen zusammen, um sich gegenseitig in Vorträgen, Diskussionen und mit anderen vorbereiteten Beiträgen (aktuelles) Deutungs- oder Problemlösungswissen zu vermitteln.	Kongress Symposium Tagung	<ul style="list-style-type: none"> • kollegiales Lernen • beiläufiges Lernen
	Lernnetzwerk	Lernende erzeugen neues Wissen, insbesondere über innovative Praxisbereiche, und vermitteln es sich wechselseitig und uneigennützig mit Hilfe von zumeist schriftlichen Mitteilungen.	Erfahrungsring computer conferencing video conferencing mail-box	<ul style="list-style-type: none"> • erfahrungsbezogenes Lernen • wechselseitiges Lernen • Aktivierung von dynamischem Wissen
	Lernprojekt	Lernende wirken an Projekten innovativer Praxis mit, um die Anwendung erworbenen Wissens in realen Situationen und Institutionen zu erlernen und zur Verbesserung einer Praxis beizutragen.		<ul style="list-style-type: none"> • innovatives Lernen • fächerübergreifendes (interdisziplinäres) Lernen




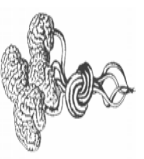

	Simulation	Lernende übernehmen (oft spielerisch) Rollen und/oder betätigen sich in simulierten Umwelten, um vor allem Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit in lebensnahen, jedoch entlasteten Situationen zu entwickeln und zu trainieren.	Planspiel Rollenspiel Simulatortraining	<ul style="list-style-type: none"> • spielendes Lernen • antizipatorisches Lernen
	Tutorium	Lernende übernehmen begrenzte Lehrfunktionen, um es an andere (zumeist jüngere oder Novizen) weiterzugeben.	Lernen durch Lehren Lernhelfer-System	<ul style="list-style-type: none"> • Lernen durch Lehren • Lernen von Gleichgestellten
	Vorlesung	Lernende nehmen als Zuhörende und/oder Zuschauende an mündlichen und teilweise durch Medien unterstützten Informationsdarbietungen eines Redners/einer Rednerin teil, um sich Wissen und Wertvorstellungen anzueignen.	Lesung Vortrag Vorführung bzw. Demonstration	<ul style="list-style-type: none"> • personale Wissensrepräsentation • Lernen durch mündliche Rede
	Werkstattseminar	erfahrene Personen eignen sich überwiegend aktuelles Wissen an, das entweder von einzelnen Teilnehmenden eingebracht oder gemeinsam erzeugt wird, und lösen zumindest exemplarisch Probleme.	Workshop Lernstatt Qualitätszirkel	<ul style="list-style-type: none"> • produktorientiertes Lernen • kollegiales Lernen





aus: Haller, WebdidaktikDesignparameter[1].doc, S. 11-12.

Tabelle 47: Didaktische Modelle und Bezug zum E-Learning (Haller)

	didaktisches Modell	Definition	Varianten	didaktische Prinzipien	Besonderheiten für/im e-Learning
	Arbeitsunterricht	Lerner bearbeiten individuell oder in kleinen Gruppen (schriftlich formulierte) Aufgaben mit möglichst mehreren Aspekten, um Kenntnisse und Fertigkeiten zu üben und anzuwenden.	Gruppenunterricht, -arbeit Projektseminar	<ul style="list-style-type: none"> • selbsttätiges Lernen • individualisiertes Lernen • ganzheitliches Lernen 	<p>Arbeitsaufträge, die sich auf Informationen im Netz beziehen.</p> <p>Bearbeitung schriftlicher Objekte, individuell oder in Partner- oder Kleingruppenarbeit.</p> <p>Praktische Arbeiten sind visuell zu dokumentieren (Video) und durch begleitende Kommentare zu korrigieren.</p> <p>Es fehlt eine handschriftliche Korrekturmöglichkeit zur Vorlage der Lernenden.</p> <p>Präsentation von Ergebnissen im Netz.</p> <p>Wird im „chat“ möglich.</p> <p>Es sind aber wenig Merkmale hervorgehoben, z.B. Übersicht und Markierung von pro/contra, Präsentation von „Podiumsteilnehmern“.</p> <p>http://www.debattierclubs.de/faq.html</p>
	Disputation	Lerner eignen sich in öffentlicher und geordneter Rede und Gegenrede vor allem Argumentations- und Urteilsfähigkeit an.	Disput Streitgespräch Debatte Thesenverteidigung Podiumsdiskussion	<ul style="list-style-type: none"> • argumentierendes Lernen • dialektisches Lernen 	<p>Vorbereitung durch Recherchen im Netz, z.B. geographische Daten.</p> <p>Erkundungen im Netz durchführen, das ja selbst Lebenswelt ist.</p> <p>Präsentation von Erkundungsergebnissen im Netz.</p>
	Erkundung	Lerner begeben sich in natürliche Umwelten oder Institutionen zur Beobachtung und Datenerhebung, um Zusammenhänge zu überschauen sowie um Interessen und Standpunkte zu gewinnen.	Exkursion Exploration Hospitalation Praktikum Feldstudie	<ul style="list-style-type: none"> • Lernen durch unmittelbare Erfahrung • Lernen durch direkten Umgang • orientierendes Lernen • beiläufiges Lernen 	<p>Vorbereitung durch Recherchen im Netz, z.B. Firmenportale mit Informationen über den Betrieb.</p> <p>Fallbearbeitung vernetzt durchführen.</p> <p>Präsentation von Fallbeschreibungen im Netz.</p> <p>http://www.e-bfi.at</p> <p>http://www.leu.bw.schule.de/beruf/material/umat/hot/1eu-ktu.htm#fall</p>
	Fallmethode	Lerner bearbeiten einzeln oder in Gruppen rekonstruierte Praxisfälle, um sich Wissen über die betreffende Praxis oder Prozedur anzueignen und ihre Urteils- und Entscheidungsfähigkeit auszubilden.	Fallstudie	<ul style="list-style-type: none"> • praxisnahes Lernen • problemlösendes Lernen 	<p>Nur geringe Möglichkeiten.</p> <p>Erforderlich wäre eine handlungsbegleitende Videodokumentation, und zwar für beide Seiten.</p> <p>Problem der Rückmeldung.</p>
	Famulatur	Praktiker eignen sich spezielles oder seltenes Wissen von hoher Qualität an, indem sie einer sehr erfahrenen Fachperson bei deren Arbeit über einen längeren Zeitraum helfen.	Assistenz Volontariat	<ul style="list-style-type: none"> • Lernen durch Assistieren • Lernen am Modell 	

	Fernunterricht	Lernende eignen sich durch Lektüre von speziell aufbereiteten Lehr-/Lernmaterialien sowie durch Bearbeiten von schriftlich gestellten Aufgaben überwiegend theoretisches Wissen (Fakten, Begriffe, Modelle etc.) an.	Fernkurs, -studium Korrespondenz- Unterricht Telekolleg Funkkolleg	<ul style="list-style-type: none"> Lernen in Einzelarbeit Lernen mit Medien aufgabenbezogene Rückmeldung 	„Klassisches“ Modell für einige Komponenten des e-learning (historischer Vorläufer), insbesondere netzbasierte Kursangebote.
	Frontalunterricht	Lernen wird durch lehrgesteuerte Gespräche initiiert, die durch Anschauungsmittel unterstützt werden und vor allem der Vermittlung fachspezifischen Orientierungswissens dienen.	darbietender Unterricht entwickelnder Frageunterricht entwickelnder Impulsunterricht	<ul style="list-style-type: none"> lehrgesteuertes Lernen Lernen im Klassenverband thematisch orientiertes Lernen 	Nach wie vor wohl vorherrschendes Modell in formellen Bildungseinrichtungen, für e-learning geradezu nicht gedacht oder geeignet.
	Individualisierter Programmierter Unterricht	Lernende eignen sich mit Hilfe programmierter Lehrtexte in kleinen Lehrsritten selbständig und individuell genau festgelegte Kenntnisse und Fertigkeiten an.	computergestützter Unterricht programmiertes Lernen CBT (Computer-based Training)	<ul style="list-style-type: none"> individualisiertes Lernen programmiertes Lernen zielerreichendes Lernen 	Weiterer Vorläufer für Komponenten des e-learning („Web-based training“). Bietet Vorteile für serialistische Lerner/ Lernerinnen wegen klarer Struktur und Vorgaben (entspricht dem Sicherheits- und Orientierungsbedürfnis vor allem auch bei didaktisch eng sozialisierten Lernern/Lernerinnen.
	Individualeller Lernplatz	Lernende eignen sich mit Hilfe von ausgewählten und systematisch geordneten Texten und AV-Medien selbständig Begriffs- und Faktenwissen an, das zu zuvor erarbeiteten Fragestellungen in Beziehung steht.	Selbstlernplatz Infothek	<ul style="list-style-type: none"> selbsttätiges Lernen Lernen mit Medien Passung zwischen kognitiven Strukturen und den Wissensordnungen 	Ist im e-learning gut möglich, bislang zumeist informell, dabei Gefahr der Redundanz, des Sich-Verlierens. Viele Webportale bieten sich als „Knotenpunkte“ an, indem sie (meist themenspezifisch) Verknüpfungen bieten. Aufbereitete Informationsansammlungen sind wohl noch selten, zumeist gibt es nur unstrukturierte Glossare.
	Kleingruppen-Lerngespräch	Lernende eignen sich durch strukturierten Informations- und Meinungsaustausch vorwiegend Wissen über persönliche Erfahrungen, Bewertungen und Einstellungen sowie Wünsche an.	Gesprächskreis, -runde Rundgespräch TZI (Themenzentrierte Interaktive Methode)	<ul style="list-style-type: none"> Lernen durch wechselseitigen Erfahrungsaustausch Lernen durch strukturierte Gespräche 	Typisch für „chat“ und Forum, allerdings bislang wenig Ansätze der Strukturierung
	Lernausstellung	Lernende eignen sich an offenen Lernorten Wissen an, indem sie ausgestellte und kommentierte Objekte oder Abbildungen in bestimmter Reihenfolge betrachten und ggf. handhaben.	Messe Aktivmuseum	<ul style="list-style-type: none"> ambulantes Lernen Lernen an "ausgestellten Stücken" 	Im Bereich der Museumsportale bereits sehr elaborierte Beispiele, ist als Element in den Autorentools für Lernplattformen noch nicht erkennbar. http://www.viamus.de

	Lerndialog	<p>Lernende führen mit anderen Personen ausführende und geordnete Zwegespräche, um Erkenntnisse über sich und ihre Beziehungen zur Umwelt zu erlangen.</p>	<p>sokratischer Dialog therapeutischer Dialog dialektisches Gespräch</p>	<ul style="list-style-type: none"> • dialogisches Lernen • entdeckendes Lernen 	<p>Ein frühes Beispiel (1966) war das Programm „Eliza“ von Joseph Weizenbaum, mit dem eine Gesprächstherapie nach Rogers (parodistisch gedacht, von vielen seiner Studierenden aber ernst genommen) simuliert wurde. Im Internet sind Nachfolgeprogramme in Fülle vorhanden. Die Automatisierung widerspricht eigentlich dem Ansatz menschlicher Kommunikation. http://de.wikipedia.org/wiki/ELIZA http://www.uib.no/People/hhiso/eliza/index.htm</p>
	Lernkabinett	<p>Lernende eignen sich durch reale Tätigkeit in speziell eingerichteten und didaktisch besonders aufbereiteten Lernumwelten theoretisches und praktisches Wissen aus mehreren Handlungsperspektiven an.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Lernen in elementaren Situationen • mehrperspektivisches Lernen • zweckfreies Lernen 	<p>Dazu sind mir keine Beispiele bekannt; wie beim Arbeitsunterricht müssten Komponenten der Dokumentation von praktischen Tätigkeiten eingebaut sein.</p>
	Lernkonferenz	<p>Lernende kommen mit anderen zusammen, um sich gegenseitig in Vorträgen, Diskussionen und mit anderen vorbereiteten Beiträgen (aktuelles) Deutungs- oder Problemlösungswissen zu vermitteln.</p>	<p>Kongress Symposium Tagung</p>	<ul style="list-style-type: none"> • kollegiales Lernen • beiläufiges Lernen 	<p>Entspricht den Programmen für Projektmanagement und Videokonferenz. http://www.web2con.com/</p>
	Lernnetzwerk	<p>Lernende erzeugen neues Wissen, insbesondere über innovative Praxisbereiche, und vermitteln es sich wechselseitig und uneigennützig mit Hilfe von zumeist schriftlichen Mitteilungen.</p>	<p>Erfahrungsring computer conferencing video conferencing mail-box</p>	<ul style="list-style-type: none"> • erfahrungsbezogenes Lernen • wechselseitiges Lernen • Aktivierung von dynamischem Wissen 	<p>Beispiele sind Foren und news-groups http://www.prayogpariwar.net/ http://www.farabis.net</p>
	Lernprojekt	<p>Lernende wirken an Projekten innovativer Praxis mit, um die Anwendung erworbenen Wissens in realen Situationen und Institutionen zu erlernen und zur Verbesserung einer Praxis beizutragen.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • innovatives Lernen • fächerübergreifendes (interdisziplinäres) Lernen 	<p>Auch hier fehlt die Komponente der praktischen Tätigkeit, ansonsten können Programme für Projektmanagement das verteilte Arbeiten koordinieren. http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/3-02/3-02review-kassel-d.pdf</p>

	Simulation	<p>Lernende übernehmen (oft spielerisch) Rollen und/oder betätigen sich in simulierten Umwelten, um vor allem Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit in lebensnahen, jedoch entlasteten Situationen zu entwickeln und zu trainieren.</p>	<p>Planspiel Rollenspiel Simulatortraining</p>	<ul style="list-style-type: none"> • spielendes Lernen • antizipatorisches Lernen 	<p>Planspiele sind schon sehr früh über Computer und dann auch das Internet organisiert worden. Wie können dramatisierte Spielszenen eingebaut werden? http://www.findarticles.com/p/articles/mi_go1855/is_200302/ai_n7374984 http://www.heacademy.ac.uk/embedded_object.asp?id=21660&filename=Paris http://www.uni-protokolle.de/nachrichten/id/5995/ http://www.leu.bw.schule.de/beruf/material/umat/hot/1eu-ktu.htm#Plan</p>
	Tutorium	<p>Lernende übernehmen begrenzte Lehrfunktionen, um es an andere (zumeist jüngere oder Novizen) weiterzugeben.</p>	<p>Lernen durch Lehren Lernhelfer-System</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lernen durch Lehren • Lernen von Gleichgestellten 	<p>Bekommt neue Impulse, da viele Plattformen für Aus- und Weiterbildung die tutorielle Funktion als wesentliches Merkmal enthalten. http://www.schoolrenewal.org/strategies/i-mentoring-gf.html http://www.tutormentorconnection.org/Render.asp?nID=3238&nSectionID=37 http://www.e-tutor.com/ http://www.learn.org/circles/mentors.html http://www.uni-protokolle.de/nachrichten/id/61439/</p>
	Vorlesung	<p>Lernende nehmen als Zuhörende und/oder Zuschauende an mündlichen und teilweise durch Medien unterstützten Informationsdarbietungen eines Redners/einer Rednerin teil, um sich Wissen und Wertvorstellungen anzueignen.</p>	<p>Lesung Vortrag Vorführung bzw. Demonstration</p>	<ul style="list-style-type: none"> • personale Wissensrepräsentation • Lernen durch mündliche Rede 	<p>Gegenüber den Vorlesungen in Präsenzkontexten sind andere dramaturgische Mittel notwendig, z.B. eingelebte Totalaufnahmen von Experimenten oder Projektionen, eine kürzere Zeitspanne scheint wesentlich zu sein, da andere Aufmerksamkeitsspannen gegeben sind. Rückmeldung für Vortragenden fehlt. http://www.ionic-turn.de/ http://netzspannung.org/tele-lectures/series/</p>
	Werkstattseminar	<p>erfahrene Personen eignen sich überwiegend aktuelles Wissen an, das entweder von einzelnen Teilnehmenden eingebracht oder gemeinsam erzeugt wird, und lösen zumindest exemplarisch Probleme.</p>	<p>Workshop Lernstatt Qualitätszirkel</p>	<ul style="list-style-type: none"> • produktorientiertes Lernen • kollegiales Lernen 	<p>Wiederum entsteht das Problem der Abbildung und Koordinierung von praktischen Tätigkeiten. Für verbale Kommunikation sind „chats“ wegen reduzierter Ausdrucksformen nur begrenzt geeignet (besser Videokonferenz). Hilfreich ist auch das Angebot von gemeinsamen Schreib- und Malflächen („whiteboard“).</p>

Quelle: Nach K.-H. Flechsig, Kleines Handbuch Didaktischer Modelle, Göttingen 1991, 3. Aufl.

aus: Haller, H.-D.: WebdidaktikDesignparameter[J].doc, S. 11-12. Online-Recherche: <http://www.user.gwdg.de/~haller/WebMat.htm>. [Datum des Zugriffs: 25.07.2006].

Tabelle 48: Inventar für Entscheidungsträger

Das hier vorgelegte Inventar an Schlüsselfragen kann in der Konsolidierungsphase für Personen, die vor einer Entscheidung für eine Blended Learning- oder E-Learning-Maßnahme stehen, hilfreich sein bei der Suche nach einen für die Hochschule geeigneten Lösungsansatz für eine erfolgreiche Einführung und nachhaltige Nutzung von E-Learning oder Blended Learning.

1. Beschreibung der Situation			
a. Einbindung von E-Learning in die Organisationsstruktur der Universität/ Hochschule	<input type="radio"/> sehr wichtig	<input type="radio"/> einigermaßen wichtig	<input type="radio"/> unwichtig
b. Orientierung an den Anforderungen gemäß Bologna Prozess zur Schaffung eines europäischen Hochschulraums	<input type="radio"/> sehr wichtig	<input type="radio"/> einigermaßen wichtig	<input type="radio"/> unwichtig
c. Orientierung an den Studiensituationen (z.B. Teilstudium, lebenslanges Lernen, Fernlernen, internationale Hochschulstandorte)	<input type="radio"/> sehr wichtig	<input type="radio"/> einigermaßen wichtig	<input type="radio"/> unwichtig
d. Herkunftsland der Studierenden (Bitte auflisten)			
e. Anzahl der Studierenden			
f. Anzahl der Zyklen (Kurs-Wiederholungen)			
Sprachen, Internationalität			
g. Welche Sprache(n) sprechen die Studierenden in der Universität?	<input type="radio"/> eine Sprache (ihre Mutter-/ Amtssprache)	<input type="radio"/> zwei Sprachen	<input type="radio"/> mehr als zwei Sprachen
h. Welche Sprache(n) sprechen die Studierenden in den Praxisprojekten ¹ (z.B. mit Patienten, Klienten)?	<input type="radio"/> eine Sprache (ihre Mutter-/ Amtssprache)	<input type="radio"/> zwei Sprachen	<input type="radio"/> mehr als zwei Sprachen
i. In welcher Sprache sind die Studien- und Lernmaterialien geschrieben (Lerninhalte, Lernaufgaben, Lernkontrollen etc.)?	<input type="radio"/> in einer Sprache	<input type="radio"/> in zwei Sprachen	<input type="radio"/> in mehr als zwei Sprachen
j. Welche Bedeutung hat der internationale Studentenaustausch für die Universität (z.B. Erasmus)?	<input type="radio"/> sehr wichtig	<input type="radio"/> einigermaßen wichtig	<input type="radio"/> unwichtig
k. Präsenz der Studierenden an der Universität/ Hochschule	<input type="radio"/> sehr hoch	<input type="radio"/> durchschnittlich	<input type="radio"/> gering

¹Praxisprojekte, auch bezeichnet als klinischer bzw. berufspraktischer Unterricht

2. Ziele und Absichten (Warum sollte Blended-Learning oder E-Learning eingeführt werden?)			
a. Hochschulprofilierung (Wertewandel, wissenschaftliche Diskussion, Forschung, Veröffentlichung, Kooperation, Konkurrenz)	<input type="radio"/> sehr wichtig	<input type="radio"/> einigermaßen wichtig	<input type="radio"/> unwichtig
b. Marketing („Mehrwert“)	<input type="radio"/> sehr wichtig	<input type="radio"/> einigermaßen wichtig	<input type="radio"/> unwichtig
c. Internationalisierung und Flexibilität (z.B. Bachelor, Master, ECTS)	<input type="radio"/> sehr wichtig	<input type="radio"/> einigermaßen wichtig	<input type="radio"/> unwichtig
d. Einsatz neuer Lehr- und Lernformen	<input type="radio"/> sehr wichtig	<input type="radio"/> einigermaßen wichtig	<input type="radio"/> unwichtig
e. Schnellere Ergebnisse des Wissenserwerbs und der Wissensverwertung	<input type="radio"/> sehr wichtig	<input type="radio"/> einigermaßen wichtig	<input type="radio"/> unwichtig
f. Verbesserung der Studienleistungen	<input type="radio"/> sehr wichtig	<input type="radio"/> einigermaßen wichtig	<input type="radio"/> unwichtig
g. Verbesserung der Lernumgebung (Lernatmosphäre)	<input type="radio"/> sehr wichtig	<input type="radio"/> einigermaßen wichtig	<input type="radio"/> unwichtig
h. Standardisierung der Bildung und Abschlüsse (Vergleichbarkeit)	<input type="radio"/> sehr wichtig	<input type="radio"/> einigermaßen wichtig	<input type="radio"/> unwichtig
i. Verschiedene Lern-/ Arbeitsplätze und Verbesserung der Kommunikation	<input type="radio"/> sehr wichtig	<input type="radio"/> einigermaßen wichtig	<input type="radio"/> unwichtig
j. Anteile von mediengestützter Lehre am Gesamtstudienanteil	<input type="radio"/> sehr hoch	<input type="radio"/> teilweise	<input type="radio"/> sehr gering

3. Beschreibung der Studierenden (Zielgruppe)			
a. Bildungs- und Qualifikationsniveau (Zugangsvoraussetzungen: Abitur, Fachabitur u.a.)	<input type="radio"/> sehr homogen	<input type="radio"/> einigermaßen homogen	<input type="radio"/> heterogen
b. Das Alter der Studierenden ist ...	<input type="radio"/> sehr homogen	<input type="radio"/> einigermaßen homogen	<input type="radio"/> heterogen
c. Geschlecht	<input type="radio"/> meistens ♂	<input type="radio"/> ziemlich verteilt	<input type="radio"/> meistens ♀
d. Arbeits- und Lernzeit sind ...	<input type="radio"/> sehr stark getrennt	<input type="radio"/> einigermaßen getrennt	<input type="radio"/> nicht getrennt
e. Die Motivation zum Lernen ist ...	<input type="radio"/> hoch	<input type="radio"/> durchschnittlich	<input type="radio"/> gering
f. Perspektiven der Studierenden (z.B. Internationalisierung der Abschlüsse)	<input type="radio"/> hoch	<input type="radio"/> durchschnittlich	<input type="radio"/> gering
g. Disposition der Studierenden, d.h. die Fähigkeit zum selbsttätigen Lernen	<input type="radio"/> hoch	<input type="radio"/> durchschnittlich	<input type="radio"/> gering
h. Kompetenzen der Studierenden im Umgang mit Informationstechnologien sind ...	<input type="radio"/> hoch	<input type="radio"/> durchschnittlich	<input type="radio"/> gering
i. Erwartungen der Studierenden (z.B. internationale Anpassung, Gleichwertigkeit)	<input type="radio"/> hoch	<input type="radio"/> durchschnittlich	<input type="radio"/> gering
j. Bevorzugte Lernstrategie ² (z.B. reflektiertes Beobachten)	<input type="radio"/> sehr homogen	<input type="radio"/> einigermaßen homogen	<input type="radio"/> heterogen
k. Bevorzugter Lernstil ³ (z.B. serialistisch, holistisch nach Pask; Lernertypen nach Kolb ⁴)	<input type="radio"/> sehr homogen	<input type="radio"/> einigermaßen homogen	<input type="radio"/> heterogen

♂ maskulin, ♀ feminin

^{2,3} Nach Schmeck: Lernstrategie ist die Vorgehensweise in der Strukturierung und Abfolge von Lernprozessen; Lernstil ist die von einer bestimmten Person bevorzugte bzw. ausgeführte Strategie (Fußnote ...)

⁴Lernstil-Inventar nach Kolb zur Selbsteinschätzung (Fußnote ...) (vgl. Kapitel 6.2)

4. Beschreibung der Lernumgebung (Wo sollen sie lernen?)			
a. (Fach-)Gebiete, spezielles Equipment für Praxisprojekte	<input type="radio"/> hoch	<input type="radio"/> durchschnittlich	<input type="radio"/> gering
b. Lernkultur (wie häufig, reguläres Training)	<input type="radio"/> hoch	<input type="radio"/> durchschnittlich	<input type="radio"/> gering
c. Computer equipment, Internet verfügbar	<input type="radio"/> hoch	<input type="radio"/> durchschnittlich	<input type="radio"/> gering
d. Lernplatz (individueller Lernplatz, Lernstudios, Hörsaal)	<input type="radio"/> hoch	<input type="radio"/> durchschnittlich	<input type="radio"/> gering
e. Arbeitsplatz (z.B. mehrere Branchen)	<input type="radio"/> hoch	<input type="radio"/> durchschnittlich	<input type="radio"/> gering
f. Differenzierte Sprachen	<input type="radio"/> hoch	<input type="radio"/> durchschnittlich	<input type="radio"/> gering
g. Verfügbarkeit von Lernmaterial, Medien	<input type="radio"/> hoch	<input type="radio"/> durchschnittlich	<input type="radio"/> gering
h. Verfügbarkeit eines eigenen elektronischen Notebooks der Studierenden	<input type="radio"/> hoch	<input type="radio"/> durchschnittlich	<input type="radio"/> gering

5. Beschreibung der Anforderungen (Was soll das Ergebnis sein?)			
a. Visionen der Einrichtung (Leitbild), Profil der Universität, Hochschule, Fakultät, Fernuniversität	<input type="radio"/> sehr klar definiert	<input type="radio"/> einigermaßen klar definiert	<input type="radio"/> nicht klar definiert
b. Kompetenzanforderungen und Lernziele Qualifikationen: Bachelor, Master	<input type="radio"/> sehr klar definiert	<input type="radio"/> einigermaßen klar definiert	<input type="radio"/> nicht klar definiert
c. Reguläre Qualifikationskurse für Lehrpersonen und Beschäftigte in Supportstrukturen	<input type="radio"/> sehr klar definiert	<input type="radio"/> einigermaßen klar definiert	<input type="radio"/> nicht klar definiert
d. Reguläre Qualifikationskurse ...	Wie häufig? ...		
e. European Credit Transfer System (ECTS)	<input type="radio"/> genau	<input type="radio"/> teilweise	<input type="radio"/> nicht für alle
f. Hochschulinterne Anreiz- und Fördersysteme (z.B. Wettbewerbe, Auszeichnungen, Lehrdeputate)	<input type="radio"/> sehr klar definiert	<input type="radio"/> einigermaßen klar definiert	<input type="radio"/> nicht klar definiert

g. Qualitätssicherung (Controlling, Auswertung)	<input type="radio"/> sehr klar definiert	<input type="radio"/> einigermaßen klar definiert	<input type="radio"/> nicht klar definiert
---	---	---	--

6. Beschreibung der Inhalte (Was sollen sie lernen?)			
a. Welche thematischen Bereiche/ Inhalte?	z.B. branchenspezifische Inhalte, Erste Hilfe/ Notfallmedizin, Sprachen		
b. Methodisches Wissen	<input type="radio"/> sehr hoch	<input type="radio"/> einigermaßen	<input type="radio"/> sehr gering
c. Hintergrundwissen	<input type="radio"/> sehr hoch	<input type="radio"/> einigermaßen	<input type="radio"/> sehr gering
d. Erklärungswissen	<input type="radio"/> sehr hoch	<input type="radio"/> einigermaßen	<input type="radio"/> sehr gering
e. Handlungswissen	<input type="radio"/> sehr hoch	<input type="radio"/> einigermaßen	<input type="radio"/> sehr gering
f. Antizipatorisches Wissen (Wissen, das sich auf noch nicht gut bekannte Sachverhalte bezieht)	<input type="radio"/> sehr hoch	<input type="radio"/> einigermaßen	<input type="radio"/> sehr gering

7. Erwartete Ergebnisse (Funktionalität, Bereitstellung, Gewährleistung)			
a. Das Studium soll in der Universität/ Hochschule ...	<input type="radio"/> grundlegend neu gestaltet werden	<input type="radio"/> einigermaßen umgestaltet werden	<input type="radio"/> möglichst wenig verändert werden
b. Webbasierte Bildungsangebote	<input type="radio"/> hohe Präferenz	<input type="radio"/> können sein, müssen aber nicht sein	<input type="radio"/> keine Präferenz
c. E-Learning Kurse	<input type="radio"/> hohe Präferenz	<input type="radio"/> können sein, müssen aber nicht sein	<input type="radio"/> keine Präferenz
d. Blended-Learning-Design Planung und Verteilung (Präsenzlehre, E-Learning, Praxisprojekte) (vgl. Matrix, Tabelle 38, Anhang 25)	<input type="radio"/> hohe Präferenz	<input type="radio"/> können sein, müssen aber nicht sein	<input type="radio"/> sehr niedrige Präferenz
e. Digitale Lernmaterialien	<input type="radio"/> hohe Präferenz	<input type="radio"/> können sein, müssen aber nicht sein	<input type="radio"/> sehr niedrige Präferenz
f. CBTs oder WBTs	<input type="radio"/> hohe Präferenz	<input type="radio"/> können sein, müssen aber nicht sein	<input type="radio"/> sehr niedrige Präferenz
g. E-Tutoren	<input type="radio"/> hohe Präferenz	<input type="radio"/> können sein, müssen aber nicht sein	<input type="radio"/> sehr niedrige Präferenz
h. Training von internen Trainern	<input type="radio"/> hohe Präferenz	<input type="radio"/> können sein, müssen aber nicht sein	<input type="radio"/> sehr niedrige Präferenz
i. Elektronische Lernkontrollen (vgl. Tabelle 39, Anhang 26)	<input type="radio"/> hohe Präferenz	<input type="radio"/> können sein, müssen aber nicht sein	<input type="radio"/> sehr niedrige Präferenz

8. Organisationsentwicklung und Integration (Weitere Nutzungspotenziale)			
a. Nachhaltigkeit (Inhalte, Didaktik, Technik, Supportstrukturen, Ressourcen)	<input type="radio"/> sehr hoch	<input type="radio"/> teilweise	<input type="radio"/> sehr gering
b. Möglichkeiten zur internen Dissemination von Bildungsangeboten	<input type="radio"/> sehr hoch	<input type="radio"/> teilweise	<input type="radio"/> sehr gering
c. Integration (Standards, modulare Systeme, Dienstleistungen)	<input type="radio"/> sehr hoch	<input type="radio"/> teilweise	<input type="radio"/> sehr gering
d. E-Kompetenzen für Studierende und Lehrende (inkl. Informatik-, Didaktik-, Design-, Lernpsychologie-Beratung)	<input type="radio"/> sehr hoch	<input type="radio"/> teilweise	<input type="radio"/> sehr gering
e. Klärung von Verantwortlichkeiten (z.B. Einbindung in das Gesamtkonzept, Anwender-ebene, Serverbetrieb, Serviceleistungen)	<input type="radio"/> sehr hoch	<input type="radio"/> teilweise	<input type="radio"/> sehr gering

f. Schnittstellen (z.B. Prüfungsorganisation, Studentenverwaltung, Bibliothek, hochschuldidaktische Zentren, Medien- zentren, E-Learning Zentren, Kompetenzzentren)	O sehr hoch	O teilweise	O sehr gering
--	-------------	-------------	---------------

Modifiziert: Behrendt (2007)

Quellen:

H.-D. Haller: Webdidaktik. Inventar für Entscheidungsträger. 2006.

DINI (Deutsche Initiative für Netzwerkinformation e.V.): Technische und organisatorische Rahmenbedingungen für eine erfolgreiche Einführung und nachhaltige Nutzung von E-Learning an Hochschulen. Arbeitsgruppe „E-Learning-Infrastruktur“. DINI Schriften 5-de [Version 1.0, Oktober 2005].

Tabelle 50: Learning controls in Blended Learning environments (Haller)

A. Functions:

Feedback for learners
Feedback for teachers/tutors
Feedback for producers/authors/designers
Feedback for various partners for the “system”
Feedback for clients
Feedback for the public

B. Forms:

1. Right/ wrong, “special” wrong
direct input, multiple choice, positioning, selection from list, fill out blanks
right solutions prepared in a database
speeded, sequential, collection, direct solution, active/passive
2. short text
keywords to be proved, tutor feedback, peer feedback, self feedback: “best” answer is given for comparison
3. arrangements/ diagrams, pictures (needs special device)
4. dialog
oral examination, online?, disputation
5. essay
correction with remarks (special tools)
6. report
7. demonstration
e.g. with video documentation
8. presentation
9. special software type
e.g. solution in a CAD software
10. “teachback”
11. practise

C. Components of BL:

1. e-Learning
+Automatische Vorgabe und Auswertung
+Vergleichsdaten für Bewertung
-control of person
2. presence-learning
+control of person
+größere Vielfalt der Formen
-i.d.R. aufwändige Korrektur
3. practise-learning
+“real” feed-back
+control of person

D. Parameters (statistical analysis)

Average (mean, median, modal)
Variance
Relation index upper/ lower
Positive/ negative correlations with single items, factor, sum
Omitted
Summed score: percentil, homogeneity
Schwierigkeitsgrad

aus: Haller (2006) WebdidaktikLernkontrollen[1].doc

8.6 Abkürzungen

A	Österreich
B	Belgien
CH	Schweiz
CZ	Tschechien
D	Dänemark
E	Spanien
EL	Griechenland
F	Frankreich
FIN	Finnland
I	Italien
IRL	Irland
L	Luxemburg
LV	Lettland
NL	Niederlande
P	Portugal
SV	Schweden
UK	Vereinigtes Königreich
Blended Learning	Hybrides Lernen
blinc	Blended Learning Institutions Cooperative
CEDEFOP	Europäisches Zentrum für die Förderung der Berufsbildung
CEDID	Computer-ergänzt didaktisches Design
CEWID	Computer-ergänzt Wissens-Design
CBT	Computer Based Training
ECTS	Europäisches Credit Transfer System
EK	Europäische Kommission
E-Learning	Electronic Learning (engl.)
ERC-Leitlinien	European Resuscitation Council
EU	Europäische Union
GKDM	Göttinger Katalog Didaktischer Modelle
IKT	Informations- und Kommunikationstechnologie
KPF	Krankenpfleger
KS	Krankenschwester
KrPflG	Krankenpflegegesetz
KrPflAPrV	Ausbildungs- und Prüfungsverordnung der Krankenpflege
WBT	Web Based Training
Whiteboard	Virtuelle Wandtafel
d.h.	das heißt
vs.	versus
resp.	respektiv
u.a.	und andere
u.ä.	und ähnliche
z.B.	zum Beispiel

„Ich versichere, dass ich die eingereichte Dissertation - Analyse, Vergleich und Perspektiven zur Pflegeausbildung in europäischen Ländern - selbständig und ohne unerlaubte Hilfsmittel verfasst habe. Anderer als der von mir angegebenen Hilfsmittel und Schriften habe ich mich nicht bedient. Alle wörtlich oder sinngemäß den Schriften anderer Autoren entnommenen Stellen habe ich kenntlich gemacht.“

