



Universitätsklinikum  
Hamburg-Eppendorf

 **Universität Bremen**

**"NEUE LEHR-/LERNFORMEN IN DER  
FACHWEITERBILDUNG  
ANÄSTHESIE- UND INTENSIVPFLEGE"  
ABSCHLUSSBERICHT**

**TEIL I KONZEPTION**

**ANGELA BOONEN, PROJEKTLEITERIN AM BILDUNGSZENTRUM  
DES UNIVERSITÄTSKLINIKUM HAMBURG-EPPENDORF**

**TEIL II KONZEPTION**

**PROF. DR. INGRID DARMANN, UNIVERSITÄT BREMEN  
MITARBEIT: DR. MARGIT POSTRACH,  
HELGA STACHOW M.A., MATTHIAS ZÜNDEL**

**TEIL III RESÜMEE**

**ANGELA BOONEN, PROF. DR. INGRID DARMANN**

**ANHANG**

**HAMBURG/BREMEN, AUGUST 2005**

## Inhaltsverzeichnis

<b>Teil I Konzeption.....</b>	<b>3</b>
<b>1. Kontext des Projektes ....</b>	<b>3</b>
1.1 Intention und Ziele des Projektes .....	3
1.2 Methoden / Zeitplan .....	4
1.2.1 Vorbereitung (09.2001 – 11.2002).....	4
1.2.2 Durchführung (12/2002 – 11/2004) .....	4
1.2.3 Abschluss (12/2004 – 07/2005).....	4
1.3 Allgemeine Angaben zur Teilnahmebedingung .....	4
1.4 Soziographische Daten des Kurses 02/04 .....	5
1.5 Abschluss der Weiterbildung Kurs 02/04 .....	5
<b>2. Entwicklung des Curriculums .....</b>	<b>7</b>
2.1 Die Praxisanleiterinnen .....	8
2.2 Der Dozentenunterricht .....	9
2.3 Problemorientiertes Lernen .....	10
2.3.1 Curricularer Rahmen .....	10
2.3.2 POL Fälle .....	11
2.3.3 Die Moderation .....	12
2.3.4 Zusammensetzung der POL Gruppe .....	13
2.4 Klinischer Unterricht.....	14
<b>3 Konzeption des Curriculums.....</b>	<b>16</b>
3.1 Ziele der Weiterbildung .....	16
3.2 Lehr- und Lernphilosophie.....	16
3.3 Aufbau des Curriculums .....	17
<b>Teil II Evaluation.....</b>	<b>18</b>
<b>1. Fragestellungen und Methodologie der Evaluation.....</b>	<b>18</b>
<b>2. Curriculumentwicklung. ....</b>	<b>20</b>
2.1 Zusammenfassung.....	20
2.2 Fragestellung .....	21
2.3 Beschreibung des vorliegenden Curriculums .....	21
2.4 Methode und Analyse Kriterien .....	21
2.5 Ergebnisse .....	25
2.5.1 Ziele: Kompetenzdimensionen und innerhalb der Dimensionen die Niveaus.....	25
2.5.2 Pflegeverständnis .....	26
2.5.3 Didaktische Strukturierung .....	26
2.5.4 Reflexions-/Kritik-/Widerspruchsorientierung.....	27
2.6 Empfehlungen .....	28
2.6.1 Überarbeitung der Zielformulierungen .....	28
2.6.2 Erweiterung der Inhalte im Sinne eines verständigungsorientierten Pflegeverständnisses .....	29
2.6.3 Integration von problemhaltigen "curricularen Inseln" .....	29
2.6.4 Erweiterung der Inhalte um pflegerelevante gesellschaftliche Diskurse.....	29
<b>3. Der Klinische Unterricht .....</b>	<b>30</b>
3.1 Zusammenfassung .....	30
3.2 Fragestellung und Datenerhebung .....	30
3.3 Theoretischer Hintergrund .....	32
3.4 Ergebnisse .....	33
3.4.1 Ergebnisse zur Zufriedenheit der Beteiligten .....	33
3.4.2 Ergebnisse aus didaktischer Sicht .....	34
3.5 Empfehlungen .....	36
<b>4. Das Problemorientierte Lernen .....</b>	<b>37</b>
4.1 Zusammenfassung .....	37
4.2 Fragestellung sowie Datenerhebung und –auswertung .....	37
4.3 Ergebnisse .....	39

---

4.3.1 Das Problemorientierte Lernen aus Teilnehmer-Sicht .....	39
4.3.2 Das Problemorientierte Lernen aus didaktischer Sicht.....	42
4.3.2.1 Die Durchführung des POL.....	42
4.3.2.2 Wirkhintergründe des POL .....	45
4.4 Zusammenfassung, Diskussion und Empfehlungen.....	51
5.1 Zusammenfassung.....	53
5.2 Fragestellung sowie Datenerhebung .....	53
5.3 Ergebnisse.....	53
5.4. Diskussion und Empfehlungen.....	55
<b>Teil III   Gemeinsames Resümee.....</b>	<b>56</b>
<b>1. Zusammenfassende Bewertung des Projekts .....</b>	<b>56</b>
<b>2. Öffentlichkeitsarbeit .....</b>	<b>58</b>
<b>3. Perspektiven.....</b>	<b>59</b>
<b>Literatur .....</b>	<b>60</b>
<b>Anhang .....</b>	<b>63</b>

## **Teil I Konzeption**

### **1. Kontext des Projektes**

Das Projekt „Neue Lehr- und Lernformen in der Fachweiterbildung Anästhesie- und Intensivpflege“ (Bewilligungsnummer: 11.5.1313.0011.0) wurde in der Zeit 1.12.2002 – 30.4.2005 durchgeführt. Ziel des Projektes war die Entwicklung und Erprobung neuer Lehr- und Lernformen für die Fachweiterbildung „Anästhesie- und Intensivpflege“ am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE).

Antragsteller war das Bildungszentrum des Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Leiterin Wilma Kuhls. Verantwortliche Leiterin des Projektes war Angela Boonen, die Evaluation wurde von Prof. Dr. Ingrid Darmann (Universität Bremen) durchgeführt. Die Qualifikationen im Einzelnen:

**Angela Boonen**, Jahrgang 1964, Krankenpflegeexamen 1985, Fachweiterbildung Anästhesie- und Intensivpflege 1988, 9 Jahre auf Intensivstationen tätig, davon 5 Jahre Stationsleitung einer Intensivstation, 1996 Weiterbildung zur Lehrerin für Pflegeberufe, seit 1996 Leiterin der Fachweiterbildung Anästhesie- und Intensivpflege am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, zur Zeit berufsbegleitendes Studium zum „Master of Medical Education“ in Bern (Schweiz).

**Prof. Dr. Ingrid Darmann**, Jahrgang 1964, Krankenpflegeexamen 1987, 1,5 Jahre auf einer Intensivstation tätig, 1994 1. Staatsexamen für das Lehramt an berufsbildenden Schulen, Fachrichtung Gesundheit, 1995 – 1999 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Berufs- und Wirtschaftspädagogik, Universität Hamburg, Lehraufträge an unterschiedlichen Schulen, 1999 Promotion, 1999 – 2003 wissenschaftliche Assistentin am selben Institut, seit 2003 Professorin für Pflegewissenschaft mit dem Schwerpunkt pflegetherapeutische Grundlagen und ihre didaktische Vermittlung an der Universität Bremen.

#### **1.1 Intention und Ziele des Projektes**

Im Rahmen des Projektes sollten curriculare Reformen entwickelt, implementiert und evaluiert werden.

Das Problemorientierte Lernen (POL), ein bis zu diesem Zeitpunkt in Deutschland für die Aus- und Weiterbildung für Pflegeberufe wenig verbreitetes didaktisches Konzept, sollte erprobt, evaluiert und für die Anwendung in der Aus- und Weiterbildung für Pflegeberufe modifiziert werden.

- Instrumente zur Verbesserung des Wissens- und Erfahrungstransfers zwischen Theorie- und Praxis sollten entwickelt werden.
- Die Lernprozesse der WeiterbildungsteilnehmerInnen sollten zunehmend eigenverantwortlicher gestaltet werden.
- Themen und Lerninhalte sollten fächerintegrativ angeboten und die multidisziplinäre Zusammenarbeit verbessert werden.

Da die Ergebnisse und Erfahrungen dieses Projektes wichtige Hinweise für andere ähnliche Projekte geben können, legen wir in unserem Bericht großen Wert auf die Darstellung der aufgetretenen Probleme und der daraus folgenden Veränderungen. Die Veränderungen waren nur aufgrund der prozessbegleitenden Evaluation möglich. Viele Probleme konnten zeitnah

behooben werden, da die Untersuchungsergebnisse der Evaluation frühzeitig vorlagen und in gemeinsamen Absprachen die notwendigen Veränderungen geplant wurden.

## **1.2 Methoden / Zeitplan**

### **1.2.1 Vorbereitung (09.2001 – 11.2002)**

- Überarbeitung des bestehenden Curriculums hinsichtlich veränderter gesetzlicher Rahmenbedingungen unter Berücksichtigung neuer Lehr- und Lernformen zur Verbesserung des Theorie-Praxis-Transfers
- Konzeptionierung und Beginn der prozessbegleitenden Organisationsentwicklungs (OE)- und Personalentwicklungs (PE)- Maßnahmen
- Auswahl der Praxisanleiterinnen und Beginn der PE-Maßnahmen
- Start der Curriculararbeitsgruppe (C-AG) 7.9.2001 – 19.11.2002 (15 Sitzungen a 3,5 Stunden)
- Beginn des ersten POL-basierten Fachweiterbildungslehrgangs (10/2001)
- Auswahl der FachweiterbildungsteilnehmerInnen des Kurses 02/04 und Start des zweiten POL-basierten Kurses (10/2002)

### **1.2.2 Durchführung (12/2002 – 11/2004)**

- Kontinuierliche Überprüfung und Weiterentwicklung des Curriculums unter Einbezug der durch die Evaluation ermittelten Ergebnisse
- Prozessbegleitende OE- und PE- Maßnahmen
- Weiterführung der Curriculararbeitsgruppe mit Einbezug von Mitarbeitern aus dem Bereich Anästhesiologie und von medizinischen Fachdozenten (10 Sitzungen)
- Weiterführung der PE- Maßnahmen der Praxisanleiterinnen
- Abschluss des 1. POL Lehrganges (10/2003)
- Beginn des 3. POL Lehrgangs (04/2004)
- Abschluss des 2. POL Lehrgangs (11/2004)

### **1.2.3 Abschluss (12/2004 – 07/2005)**

- Auswertung des 2. POL-Lehrgangs (10/2002 – 11/2004)
- 1. Transfertagung „Problemorientiertes Lernen in der Pflege“ (02/2005)
- Erstellung des Abschlussberichtes

## **1.3 Allgemeine Angaben zur Teilnahmebedingung**

Die Zugangsvoraussetzungen für die Fachweiterbildung basieren auf den Vorgaben der Landesrechtlichen Ordnung Hamburgs, die eine abgeschlossene Berufsausbildung als Krankenschwester / Krankenpfleger bzw. Kinderkrankenschwester / Kinderkrankenpfleger vorsieht und zudem eine mindestens sechs monatige Tätigkeit in der Intensivpflege oder Anästhesie nach Beendigung der Ausbildung fordert. In der Vergangenheit erfolgte die Auswahl der TeilnehmerInnen anhand einer Warteliste. Die Stationsleitungen entschieden gemeinsam mit der zuständigen Pflegedienstleitung, wer in den Kurs aufgenommen werden sollte. Einige TeilnehmerInnen fühlten sich „geschickt“, andere hingegen hatten manchmal erst nach mehreren Jahren eine Chance, die Weiterbildung zu absolvieren, obwohl sie hoch

motiviert waren. Wir beschlossen daher, Auswahlgespräche einzuführen. Wir stellten ein Auswahlgremium zusammen, bestehend aus der Lehrgangsleitung, der zuständigen Pflegedienstleitung und zwei Stationsleitungen. Gemeinsam entwickelten wir standardisierte Fragen, die jedem Bewerber gestellt wurden und legten die Anforderungskriterien fest.

Von Seiten der Weiterbildung können pro Kurs 20 TeilnehmerInnen aufgenommen werden. Diese Kursgröße kann nicht alleine durch Mitarbeiterinnen des UKE's zustande kommen, da die Bereiche im Rahmen der Rotation der TeilnehmerInnen nicht immer Ersatz bekommen (z. B. im dreimonatigen Anästhesieeinsatz). In der Regel können pro Bereich maximal zwei TeilnehmerInnen an der Weiterbildung teilnehmen, daraus ergibt sich eine Kursgröße von 16 TeilnehmerInnen. Die Pflegedirektion legte vor einigen Jahren per Zielvorgabe fest, dass auf allen Intensivstationen und in der Anästhesie mindestens 50% der Stellen mit Fachpersonal zu besetzen sind. Zur Zielerreichung wurden bereits in den letzten Jahren zusätzlich externe BewerberInnen für die Weiterbildung eingestellt, die über einen „Pool“ der Pflegedirektion finanziert wurden. Des Weiteren wurde eine Kooperation mit einer kardiochirurgischen Fachklinik initiiert, worüber ebenfalls TeilnehmerInnen gewonnen wurden.

Im Jahr 2002 stellten sich 26 BewerberInnen dem Auswahlverfahren, davon 5 externe BewerberInnen. 17 BewerberInnen erhielten eine Zusage (65%) und neun BewerberInnen eine Absage (35%). Zwei BewerberInnen wurden für die Weiterbildung von extern eingestellt. Eine Bewerberin kam aus der kardiochirurgischen Fachklinik und wurde von dieser weiter finanziert. Eine BewerberIn hatte bereits im Jahr davor das Auswahlverfahren erfolgreich durchlaufen und somit konnte der Kurs (02/04) mit 19 TeilnehmerInnen beginnen.

#### **1.4 Soziographische Daten des Kurses 02/04**

Der Kurs startete mit 19 TeilnehmerInnen (16 Frauen und 3 Männer). Das Alter der TeilnehmerInnen betrug zu Beginn der Weiterbildung im Durchschnitt 29 Jahre, die jüngste Teilnehmerin war 24 und die älteste Teilnehmerin 34 Jahre alt. Von diesen 19 TeilnehmerInnen hatten 16 die mittlere Reife und drei Abitur. Drei TeilnehmerInnen schlossen vor der Ausbildung zur Pflegekraft bereits eine andere Berufsausbildung ab, zwei TeilnehmerInnen brachen ein Studium ab. 16 TeilnehmerInnen hatten ausschließlich Intensiv- (10 TeilnehmerInnen (TN) 0,5 – 2 Jahre; 3 TN 3 Jahre; 1 TN 5 Jahre, 1 TN 7 Jahre, 1 TN 8 Jahre, 1 TN 9 Jahre), zwei TeilnehmerInnen hatten ausschließlich Anästhesieerfahrung (1 + 6 Jahre). Nur eine TeilnehmerIn hatte bereits in der Anästhesie (2 Jahre) **und** auf einer Intensivstation (1 Jahr) gearbeitet. Zwei TeilnehmerInnen beendeten den Kurs aus persönlichen Gründen innerhalb der ersten 4 Monate.

#### **1.5 Abschluss der Weiterbildung Kurs 02/04**

Die Abschlussprüfung erfolgt auf der Basis der Fortbildungs- und Prüfungsordnung zur Fachkrankenschwester / zum Fachkrankenpfleger und zur Fachkinderkrankenschwester / zum Fachkinderkrankenpfleger für Intensivpflege und Anästhesie (Amtlicher Anzeiger, Hamburg, 2. Februar 2000). Die Prüfung besteht aus einem schriftlichen, mündlichen und praktischen Teil. Die Prüfung gilt als bestanden, wenn in jedem der vorgeschriebenen Prüfungsteile mindestens ausreichende Leistungen erbracht werden.

**Die schriftliche Prüfung** wird als Fragearbeit mit frei zu formulierenden Antworten durchgeführt. Sie enthält 40 Fragen aus dem Bereich Pflege und 30 Fragen aus dem Bereich Medizin. Die Arbeiten werden von zwei Prüfern, von denen einer Angehöriger eines Pflegeberufes sein muss, unabhängig voneinander begutachtet. Die Prüfung fand am 22.9.04 statt, für die Bearbeitung standen 4 Zeitstunden zur Verfügung. Die schriftliche Abschlussprüfung wurde von allen TeilnehmerInnen bestanden. Die durchschnittliche

Bewertung lag bei 2,9 wobei die besten Leistungen mit gut (3 x) und die schlechteste Leistung mit ausreichend (1 x) bewertet wurden.

**Die praktische Prüfung** wird in den Fachgebieten Intensivpflege und Anästhesiepflege durchgeführt und von zwei Prüfern (jeweils eine LehrerIn der Weiterbildung und eine Praxisanleiterin) abgenommen. Die Prüfungsleistung im Teilbereich "praktische Durchführung" muss mindestens ausreichend sein.

Im praktischen Teil der Prüfung in der Intensivpflege hat der Prüfling eine umfassende Pflegeplanung eines Patienten / einer Patientin zu erstellen. Diese Planung umfasst die Darstellung der pflegerischen, sozialen und medizinischen Anamnese über den gesamten Verlauf und eine individuelle Pflegeplanung. Der Prüfling stellt anhand der von ihm vorgenommenen Anamnese den / die PatientIn mündlich vor und erläutert im Anschluss an diese Vorstellung die pflegerischen Schwerpunkte. Des Weiteren werden die geplanten Maßnahmen, die als Prüfungsleistung gezeigt werden, erläutert. Die Dauer der Prüfung darf laut Amtlichen Anzeiger eine Stunde nicht unter- und drei Stunden nicht überschreiten. Die praktische Prüfung in der Intensivpflege wurde von einer TeilnehmerIn nicht bestanden, da die Durchführung mit mangelhaft bewertet wurde. Diese Prüfung wurde ein halbes Jahr später wiederholt und dann mit ausreichender Leistung absolviert. Die weiteren Prüfungsleistungen wurden im Schnitt mit 2,4 bewertet, wobei die besten Leistungen mit sehr gut (6x) und die schlechteste Leistung mit mangelhaft (1x) bewertet wurden.

Im praktischen Teil der Prüfung in der Anästhesiepflege stellt der Prüfling den Patienten / die Patientin mündlich vor, dann erfolgt die Assistenz während der Narkoseeinleitung (ca. 50 Minuten). Im Anschluss daran erfolgt eine Geräteprüfung. Das in der Abteilung gängige Narkosegerät (Cicero oder Sulla) wird aufgerüstet, der Gasfluss wird erläutert und das Gerät getestet. Abschließend zieht der Prüfling zwei Fragen aus einem Fragenpool und beantwortet diese. Die Dauer der Prüfung in der Anästhesiepflege soll laut Amtlichen Anzeiger nicht weniger als eine Stunde und nicht mehr als zwei Stunden betragen. Die praktische Prüfung in der Anästhesiepflege wurde von allen TeilnehmerInnen bestanden. Die durchschnittliche Prüfungsleistung wurde mit 2,1 bewertet. Die besten Leistungen wurden mit sehr gut (7 x) und die schlechtesten Leistungen mit ausreichend (3 x) bewertet.

Im mündlichen Teil der Prüfung wird jeder Prüfling in den folgenden drei Schwerpunktfächern geprüft. Die durchschnittliche Prüfungsdauer soll 45 Minuten nicht überschreiten.

- I: Grundlagen der Pflege / Pflege des Intensivpatienten (15 Minuten)
- II: Intensivmedizin / Anästhesiologie (20 Minuten)
- III: Pädagogische, kommunikative und psychosoziale Kompetenzen (10 Minuten)

Geprüft wurde in vier Gruppen mit jeweils drei TeilnehmerInnen und einer Gruppe mit vier TeilnehmerInnen.

Die Schwerpunktfächer I: Grundlagen der Pflege / Pflege des Intensivpatienten und III: Pädagogische, kommunikative und psychosoziale Kompetenzen wurden von der Leiterin der Fachweiterbildung und einem Mitarbeiter der Fachweiterbildung geprüft. Im Rahmen einer 10 minütigen Präsentation stellten die Prüflinge die Inhalte der während der Fachweiterbildung erstellten zweiten Facharbeit vor (Schwerpunktfach III). Im Anschluss an diese Präsentation erhielten die Prüflinge Fragen zu pflegewissenschaftlichen Texten, mit denen sie sich vorab auseinander gesetzt hatten. (Schwerpunktfach I).

Das Schwerpunktfach II: Intensivmedizin / Anästhesiologie wurden von insgesamt 4 Prüfern geprüft. Zwei medizinische Fachdozenten haben den Bereich Anästhesiologie und operative

Intensivmedizin (10 Minuten) geprüft. Zwei weitere medizinische Fachdozenten haben die Bereiche internistische und neurologische Intensivmedizin geprüft (10 Minuten).

Die mündliche Prüfung wurde von zwei TeilnehmerInnen nicht bestanden.

TeilnehmerIn	Schwerpunktfach I	Schwerpunktfach II	Schwerpunktfach III	Mündl. Abschlussnote
A	1	1,25	1	2
B	5 / 4	3,75	4	- / 4
C	4	3,5	2	3
D	3	2,25	1	3
E	2	3	1	3
F	5	2,25	5 / 3	- / 2
G	1	2,25	1	2
H	2	2,5	1	2
I	1	2,5	1	2
J	2	2,5	1	3
K	1	1,5	1	2
L	1	2	1	2
M	4	3	3	3
N	4	3	2	3
O	3	2	2	2
P	4	3	3	4
<b>Durchschnitt</b>	<b>2,7</b>	<b>2,5</b>	<b>1,9</b>	<b>2,6</b>

## 2. Entwicklung des Curriculums

In Abgrenzung zu einer einseitig technik- und medizinerorientierten Ausrichtung der Fachweiterbildung Anästhesie- und Intensivpflege wurde ein fächerintegratives Curriculum entwickelt, welches typische Probleme von Patienten auf einer Intensivstation bzw. in der Anästhesie in den Mittelpunkt stellt. Im Laufe der Entwicklung kristallisierten sich die „Pflegesituationen“ als strukturierendes curriculares Element heraus. Unter „Pflegesituationen“ verstehen wir in Anlehnung an Klafki (1993, 56ff) typische und zentrale Probleme des Berufsfeldes, anhand derer sich allgemeine Strukturen, Widersprüche, Gesetzmäßigkeiten und Zusammenhänge des Berufs aufzeigen und aneignen lassen und die multiple Sichtweisen und Handlungsoptionen ermöglichen.

Die zentralen Lehr- Lernformen Dozentenunterricht, Problemorientiertes Lernen und klinischer Unterricht, die in jedem curricularen Element angeboten werden, wurden im Rahmen der Curriculararbeitsgruppe erarbeitet.

Die Entwicklung des Curriculums erfolgte prozessbegleitend und war gekennzeichnet durch ein hohes Maß an Partizipation der Beteiligten. In der Curriculararbeitsgruppe (C-AG) wirkten kontinuierlich MitarbeiterInnen der Weiterbildung, die Praxisanleiterinnen und zeitweise Dozenten und MitarbeiterInnen aus der Praxis mit. Die gemeinsame Arbeit in der

C-AG diene neben der Erarbeitung der einzelnen Themen dazu, unterschiedliche Sichtweisen zu thematisieren und gegenseitige Vorbehalte schrittweise abzubauen.

In der Zeit von September 2001 bis April 2005 haben 34 Sitzungen (jeweils ca. 3,5 Stunden) stattgefunden. An 25 Sitzungen nahmen ausschließlich die Praxisanleiterinnen, die MitarbeiterInnen der Weiterbildung, teilweise die externe Moderatorin und die Evaluatorin teil, 8 Sitzungen fanden gemeinsam mit Pflegekräften aus der Anästhesieabteilung und eine Sitzung mit Medizinern statt. Den Medizinern war es nicht möglich, regelmäßig an den C-AG Sitzungen teilzunehmen. Wir informierten sie in Einzelgesprächen über den Stand der Curriculumentwicklung und bezogen sie sukzessiv in die Erarbeitung der curricularen Inhalte (Dozentenunterrichte) ein.

Moderiert wurden diese Treffen anfangs von einer externen Moderatorin und später von der Leiterin der Fachweiterbildung.

Die Curriculumentwicklung ist noch nicht abgeschlossen. Dieser Bericht enthält die Ergebnisse des Zeitraumes September 2001 bis April 2005.

## **2.1 Die Praxisanleiterinnen**

Die Praxisanleiterinnen sind ausschließlich für die TeilnehmerInnen der Fachweiterbildung zuständig und übergeordnet tätig. Dies bedeutet, dass sie auf 2-3 unterschiedlichen Intensivstationen und zum Teil auch in der Anästhesieabteilung klinische Unterrichte durchführen.

Die Fach- und Dienstaufsicht liegt bei der Lehrgangsleitung bzw. dem Personalmanager der Pflegedirektion. Die Steuerung erfolgt über monatliche Treffen mit der Lehrgangsleitung (PA Treffen und C-AG), individuelle Einzelgespräche mit der Lehrgangsleitung und anhand des im UKE eingeführten Instrumentes der Zielvereinbarungen.

### **Probleme und vorgenommene Veränderungen**

Mit Beginn des ersten Kurses (Oktober 2001) wurden 5 Mitarbeiterinnen (4,25 Stellen) für die Funktion „Praxisanleitung in der Fachweiterbildung“ gewonnen. Drei Mitarbeiterinnen waren bereits zuvor als Praxisanleiterinnen tätig (nicht freigestellt und mit anderen Aufgaben und Zuständigkeiten) und zwei Mitarbeiterinnen wurden neu ausgewählt. Im Laufe des ersten Jahres kam eine weitere Mitarbeiterin hinzu, da eine Praxisanleiterin in Elternzeit ging. Eine Mitarbeiterin schied Ende 2004 aus persönlichen Gründen aus der Funktion der Praxisanleiterin aus, diese Stelle wurde bisher nicht nachbesetzt.

Die Praxisanleiterinnen führen klinische Unterrichte durch, wirken als POL- Moderatorin-Tutorin und als Dozentin und sind zugleich Mitarbeiterin und Kollegin auf den Intensivstationen und der Anästhesieabteilung. Aus dieser Rollenvielfalt ergaben sich Probleme. Zum einen gehörten sie mit Beginn des Projektes nicht mehr zu den ehemaligen Stationsteams und ihr neues Team musste sich erst bilden. Zum anderen mussten sie ihre neue Position vor ihren ehemaligen Leitungen und Kollegen immer wieder vertreten. Um diesen Problemen entgegen zu steuern, wurde eine regelmäßige Supervision eingerichtet, gezielte Fortbildungen angeboten und für einen Austausch in den C-AG Sitzungen und bei den PA-Treffen gesorgt.

Problematisch gestaltete sich anfangs die notwendig gewordene Selbstorganisation der unterschiedlichen Aufgaben. Ein weiteres Problemfeld ergab sich durch den hohen Aufwand an administrativen Tätigkeiten. Gemeinsame Schulungen und individuelle Rückmeldungen der Lehrgangsleitung unterstützten die Praxisanleiterinnen dabei.

Die Finanzierung der Stellen erfolgte anfangs über einen „Pool“ der Pflegedirektion, dieser Pool wurde jedoch im Laufe des Jahres 2003 aufgelöst und seitdem erfolgt die Finanzierung durch eine Solidarabgabe aller Stationen. Diese Umstellung führte zu Beginn immer wieder zu Diskussionen in der Praxis, da die Stationsleitungen die Möglichkeit ableiteten, die Praxisanleiterinnen für die Patientenversorgung einzuplanen. Im Rahmen der C-AG Sitzungen wurde deutlich, dass die Dienstzeiten und Anleitungszeiten der Praxisanleiterinnen verändert werden mussten, um die erforderlichen Aufgaben zu bewältigen. Die Praxisanleiterinnen arbeiten seitdem in einer Kernarbeitszeit (vorher Schichtdienst) und führen zunehmend punktuelle klinische Unterrichte (zwei Unterrichte pro Tag). Diese Änderungen haben dazu geführt, dass die bisherige Begleitung der Teilnehmer über eine ganze Schicht sich zu geplanten Unterrichten entwickelten und dass zunehmend weniger Ansprüche zur Patientenversorgung an die Praxisanleiterinnen heran getragen werden.

Der Erfolg der Entwicklungsmaßnahmen ist daran zu sehen, dass die Praxisanleiterinnen in ihren neuen Rollen zunehmend sicherer geworden sind und sich als ein Team verstehen, welches Synergien nutzt und konstruktiv und kollegial zusammenarbeitet.

## **2.2 Der Dozentenunterricht**

Unter Dozentenunterricht verstehen wir den Unterricht im Kursverband. In diesen Unterrichten werden aus Sicht verschiedener Fachdisziplinen Teilaspekte der jeweiligen Pflegesituation dargestellt und einige Inhalte werden fächerintegrativ im Team-teaching (Pfleger – Mediziner – Lehrer) angeboten.

## **Probleme und vorgenommene Veränderungen**

Die Fachdozenten hatten vor Beginn der curricularen Arbeit nur sehr wenig Einblick in angrenzende Unterrichte und betrachteten die eigenen Unterrichte als in sich abgeschlossene Einheiten.

Im Rahmen der C-AG Sitzungen wurden die bisherigen Inhalte überarbeitet und den entsprechenden Pflegesituationen zugeordnet. Durch die gemeinsame Auseinandersetzung im Rahmen der C-AG Sitzungen und die systematische Zuordnung zu den Pflegesituationen konnte erreicht werden, dass die neue Systematik von den Dozenten besser verinnerlicht wurde und die Unterrichte inhaltlich zunehmend mehr aufeinander abgestimmt wurden.

Für jede Pflegesituation entwickelten wir ein Deckblatt in Form eines Mind-maps, das einen Überblick über die wesentlichen Inhalte der drei curricularen Elemente bietet. Diese Übersicht dient dazu, den TeilnehmerInnen und Dozenten die Zusammenhänge zwischen den Elementen der Fachweiterbildung zu verdeutlichen und die Abgrenzung zu anderen Themen zu veranschaulichen. Mit dem Ziel einer größeren Transparenz und Optimierung der Unterrichte haben die einzelnen Dozenten zu ihren Unterrichten, die zu vermittelnden Inhalte und die jeweils angestrebten Lernziele zusammengestellt. (siehe Anhang)

In der Zwischenzeit liegen von fast allen Unterrichten Inhalte und Lernziele vor. Von den TeilnehmerInnen wurde diese Aufstellung sehr begrüßt.

## **2.3 Problemorientiertes Lernen**

Neben dem Dozentenunterricht findet das problemorientierte Lernen (POL) in Kleingruppen statt.

Mit dem POL wollen wir erreichen, dass die TeilnehmerInnen ihre Problemlösungsfähigkeiten verbessern, routinisierte Handlungspraktiken hinterfragen und somit ihr Handlungsrepertoire in Alltagssituationen erweitern (Deutungs- und Reflexionskompetenz). Zusätzlich eignen sich die TeilnehmerInnen methodische Kompetenzen zur Quellensuche und -kritik an und ihre kommunikative Kompetenz und Teamfähigkeit wird gefördert. POL wird nicht primär zum Wissenserwerb eingesetzt.

Die Erfahrungen, die wir bei unserer damaligen Planung (2001) mit einbezogen, kamen aus dem Bereich der Modellstudiengänge Medizin, insbesondere aus dem Reformstudiengang der Charité (vgl. Thömen 1998). In unserer ursprünglichen Form strebten wir hauptsächlich die Ziele Wissenserwerb und Förderung des eigenverantwortlichen Lernens an.

Im Laufe des Projektes erhielten wir aufgrund der prozessbegleitenden Evaluation viele Rückmeldungen, die zu diversen Veränderungen und letztendlich zu mehr Effizienz und zu einer höheren Akzeptanz der Methode bei den TeilnehmerInnen geführt haben.

### **2.3.1 Curricularer Rahmen**

POL hat eine fächerintegrative Funktion, da die Fälle unterschiedliche Dimensionen enthalten und sich die TeilnehmerInnen im Rahmen der Lernzielbearbeitung mit verschiedenen Schwerpunktbereichen auseinandersetzen.

Die erste Sitzung (Schritt 1-5) erstreckt sich über zwei Unterrichtsstunden (90 Min.), im Anschluss daran erhalten die TeilnehmerInnen vier Unterrichtsstunden Studienzeit zur Bearbeitung der Lernziele (Schritt 6) und in der nächsten Woche findet die zweite Sitzung, ebenfalls im Rahmen von zwei Unterrichtsstunden statt (Schritt 7).

## **Probleme und vorgenommene Veränderungen**

Durch eine praxisnahe Gestaltung des POL (Lernort und -zeit) erhofften wir uns zu Beginn des Projektes eine hohe Akzeptanz der neuen Lernform. POL fand im Anschluss an den Frühdienst in Räumen auf dem UKE Gelände statt. Die Studienzeiten für die Erarbeitung der Lernziele wurden den TeilnehmerInnen durch flexible freie Tage erstattet.

Die ersten Probleme machten sich an den Rahmenbedingungen (Lernort- und -zeit) fest. Die geplante frühzeitige Ablösung der TeilnehmerInnen gelang häufig nicht und die Gruppen konnten oft erst verspätet beginnen, da sie nicht vollständig waren. Zudem fiel es den TeilnehmerInnen ausgesprochen schwer, sich im Anschluss an die meist arbeitsaufwendigen Frühdienste auf die Arbeit in den POL-Gruppen zu konzentrieren. Die zusätzlichen variablen Studientage wurden nicht mit dem POL in Verbindung gebracht und die TeilnehmerInnen hatten subjektiv das Gefühl, die Erarbeitung der Lernziele komplett in ihrer „Freizeit“ bewältigen zu müssen. Ein weiteres Problem stellte die räumliche Situation dar. Es war ausgesprochen schwierig, geeignete (ungestörte) Räume auf dem UKE Gelände zu bekommen und es kam immer wieder vor, dass die Gruppen gestört wurden oder vorzeitig die Sitzungen beenden mussten, da andere Berufsgruppen (vorwiegend Ärzte) Ansprüche an die Räume stellten. Die Akzeptanz von POL wurde zunehmend mehr an den schlechten Rahmenbedingungen gemessen und dies bestätigten auch die ersten Ergebnisse der Evaluation. (siehe Zwischenbericht Teil II, Punkt 4.2.1.1.2)

Durch die Einführung eines zusätzlichen Studientags im Bildungszentrum verstanden die TeilnehmerInnen POL mehr als schulischen Unterricht und durch eine zeitnahe Einplanung der Studienzeiten zur Erarbeitung der Lernziele (immer im Anschluss an die erste Sitzung) wurden diese Zeiten entsprechend genutzt. Des Weiteren reduzierten wir die Zeit zwischen der ersten und zweiten Sitzung (nun 5-7 Tage), da der Bezug zum Fall nach 14 Tagen häufig nur schwierig wieder herzustellen war. Die Änderungen wurde von allen TeilnehmerInnen sehr positiv aufgenommen und die Leitungen meldeten uns zurück, dass sich der Planungsaufwand reduziert hätte.

### **2.3.2 POL Fälle**

Der Fall ist das Kernstück des Problemorientierten Lernens. Er sollte offene, ungelöste oder nicht befriedigend gelöste Problemsituationen beinhalten und die Probleme sollten aus wechselnden Perspektiven betrachtet werden können bzw. mehrere Deutungen / Hypothesen ermöglichen. Je mehr Bezüge zwischen Kontextbedingungen (wie z.B. die Erkrankung der Patientin, ihr sozialer Hintergrund, die Personallage auf der Station usw.) und der eigentlichen Pflegesituation hergestellt werden können, desto komplexer ist der Fall.

Pro Pflegesituation (Modul) werden im Durchschnitt zwei Fälle bearbeitet, dies entspricht 19 Fällen im Rahmen der gesamten Weiterbildung (siehe Anhang). Die Inhalte der Fälle stehen in engem Zusammenhang zu den Inhalten der Dozentenunterrichte und der klinischen Unterrichte.

## **Probleme und vorgenommene Veränderungen**

Aufgrund der ersten Evaluationsergebnisse (siehe Zwischenbericht Teil II Punkt 4.2.1.2.1) stellte sich heraus, dass die Fälle grundlegend geändert werden mussten, da diese weder komplex noch offen waren.

In unserer ursprünglichen Konzeption sahen wir vor, die POL Fälle durch die Praxisanleiterinnen erstellen zu lassen. Im Verlauf zeigte sich jedoch, dass die Praxisanleiterinnen mit dieser Aufgabe überfordert waren. Wir unterstützten sie anfangs durch diverse Fortbildungen, gingen jedoch im weiteren Verlauf dazu über, die Fälle im „Tandem“ von der Lehrgangsleitung und je einer Praxisanleiterin zu erstellen. Die Komplexität der Fallentwicklung wurde anfangs von uns unterschätzt.

Im Laufe des Projektes entwickelten wir einen strukturierten Ablauf zur Fallentwicklung:

- Im ersten Schritt legen wir den curricularen Rahmen fest, um einen engen Bezug zu den begleitenden Unterrichten zu gewährleisten (Fächerintegration).
- Im zweiten Schritt beziehen wir eine Praxisanleiterin in die Erstellung des Falles mit ein. Die Praxisanleiterin stellt den Bezug zur Praxis her, indem sie erlebte Situationen möglichst authentisch schildert. Die Aufgabe der Lehrgangsleitung ist es, auf die Komplexität zu achten und durch gezieltes Nachfragen die richtigen Formulierungen auszuwählen.
- Abschließend überprüfen die Autoren den Fall, indem sie die im Fall enthaltenen Probleme ermitteln und exemplarische Hypothesen entwickeln. Die Überprüfung dient zum einen der Kontrolle der Komplexität (verschiedene Problemschwerpunkte mit jeweils unterschiedlichen Deutungsmöglichkeiten) und zum anderen hilft diese Ausarbeitung den Tutoren, gezielter nachzufragen, falls bestimmte Aspekte von den Lernenden nicht benannt werden.

### **2.3.3 Die Moderation**

Das Problemorientierte Lernen findet in Kleingruppen unter Begleitung einer Tutorin statt. Die Moderation der POL Gruppen erfolgt anhand des Siebensprungs durch die TeilnehmerInnen. In Schritt 1-5 werden die Fall- bzw. Problemstrukturen analysiert und Lernziele formuliert, in Schritt 6 erfolgt die selbständige Wissensaneignung und in Schritt 7 das Zusammentragen der Ergebnisse. (vgl. van Meer 1994, Moust 1999, Schwarz-Govaers 2002; 2003)

## **Probleme und vorgenommene Veränderungen**

Im ersten Kurs 01/03 wurde die Moderation der Gruppen zunächst von den Praxisanleiterinnen durchgeführt und nach einem Jahr von den TeilnehmerInnen übernommen. Da wir den Eindruck hatten, dass die Fälle nach Abgabe der Moderation an die TeilnehmerInnen teilweise noch oberflächlicher als zuvor bearbeitet wurden, erfolgte die Moderation im Kurs 02/04 ausschließlich durch die Praxisanleiterinnen.

Anfang 2003 wurden durch die Evaluation Unzulänglichkeiten im Bereich der Moderation ermittelt (siehe Zwischenbericht Teil II, Punkt 4.2.1.2.4). Es wurde festgestellt, dass sich die TeilnehmerInnen in den POL-Gruppen mit sehr oberflächlichem Wissen zufrieden gaben und die Fälle nicht zur Ermittlung unterschiedlicher Deutungsmöglichkeiten und zur Entwicklung von Handlungsalternativen genutzt wurden. Die vorgenommenen Veränderungen folgten den Empfehlungen der Evaluation.

Die Moderation wurde dahingehend konkretisiert, dass die TeilnehmerInnen von den Moderatorinnen aufgefordert werden sollten, die Probleme fallorientiert zu formulieren. Des Weiteren sollten die Moderatorinnen die Gruppe vermehrt dazu anregen, Hypothesen /

Vermutungen zu den Hintergründen der bestehenden Probleme zu bilden. Außerdem sollten die Moderatorinnen durch gezieltes Nachfragen Wissenslücken aufdecken bzw. Begründungen zu Behauptungen einfordern. In der zweiten Sitzung sollten die Moderatorinnen stärker darauf achten, dass die Ergebnisse auf den vorliegenden Fall übertragen werden. Der Bezug zum Fall fand vorher in der Regel nur in der ersten Sitzung statt.

Im Anschluss an die vorgenommenen Veränderungen fanden erneute Aufnahmen der POL-Sitzungen statt (06/2003). Die Evaluatoren kamen zu dem Ergebnis, dass in den Sitzungen ein lehrerzentriertes Gesprächsmuster - ähnlich dem Frontalunterricht - vorherrschte. (siehe Pkt. 4.3.2.1) Mit der Zielsetzung, die Verantwortung für den Ablauf der Sitzungen an die TeilnehmerInnen abzugeben, folgten wir den Empfehlungen der Evaluatoren und führten das „Tutorenmodell“ ein. Mit dem Start des Kurses 04/06 wurde die Moderation wechselnd von einer / einem TeilnehmerIn übernommen und die Praxisanleiterinnen übernahmen die Rolle der Tutorin. Im Gegensatz zur Moderatorin, greift die Tutorin nur ein, wenn Unterstützung in der Moderation notwendig ist oder wenn die Bearbeitung zu oberflächlich erfolgt. Im Idealfall kann sich die Tutorin zunehmend mehr zurückziehen.

### **2.3.4 Zusammensetzung der POL Gruppe**

Die Zusammensetzung der POL Gruppen und der damit verbundene gruppenspezifische Prozess hat erheblichen Einfluss auf die Effektivität und Akzeptanz der Lernform. Basierend auf unseren bisherigen Erfahrungen werden wir zukünftige POL Gruppen häufiger neu zusammenstellen (pro Modul).

#### **Probleme und vorgenommene Veränderungen**

In den ersten beiden Kursen stellten wir die POL Gruppen durch Losverfahren zusammen. Beiden Kursen haben wir nach einem Jahr angeboten, die POL-Gruppen neu zusammenzustellen. Die Gruppen des ersten Kurses blieben bestehen, hier wechselten lediglich die Moderatorinnen. Der Kurs 02/04 erhielt ein Seminar mit einer externen Gruppenspezialistin zum Thema „Arbeit in Gruppen“ in welchem die Gruppenzusammensetzung teilweise verändert wurde. Auch in diesem Kurs wechselten die Moderatorinnen. Die Erfahrungen beider Kurse zeigte, dass es Gruppen gab, die sehr gut zusammen arbeiteten und wieder andere, die sich gegenseitig zu behindern schienen.

Zu Beginn des Kurses 04/06 stellten wir die Gruppen im Rahmen eines neu eingesetzten Unterrichtes zum Thema „Teambuilding“ zusammen. Im Teamteaching (externe Gruppenspezialistin und Lehrgangsführung) vermittelten wir spezifische Inhalte zur Zusammenarbeit, schlossen Regeln für die Zusammenarbeit ab und ließen die TeilnehmerInnen „spielerisch“ zwei POL Gruppen bilden. Unsere ursprüngliche Planung sah nach 7 Monaten einen weiteren Tag zum Thema „Gruppendynamik“ mit diesem Kurs vor. Wir planten die Auswertung der bisherigen Arbeit und die evt. neue Zusammensetzung der Gruppen. Auch in diesem Kurs arbeitete eine Gruppe sehr konstruktiv zusammen, die andere Gruppe versuchten wir mittels diverser Interventionen zu unterstützen, um den gruppenspezifischen Prozess in eine positivere Richtung zu lenken, doch war dieses eher weniger erfolgreich. Nach 6 Monaten verweigerte sich der gesamte Kurs dem oben genannten Angebot mit der Begründung, dass kein Vertrauen zur externen Dozentin bestehe. Durch die kurzfristige Absage des Termins konnte nicht zeitnah entsprechender Ersatz geschaffen werden, so dass der nächste Termin erst für Juni dieses Jahres angesetzt werden konnte (6 Monate später als ursprünglich geplant).

Grundsätzlich wäre es hilfreich zu eruieren, welchen Einfluss die Zusammenstellung einer POL Gruppe auf den Nutzen und somit auch auf die Akzeptanz von POL im allgemeinen hat. Bislang liegen hierzu noch keine wissenschaftliche Erkenntnisse vor.

## 2.4 Klinischer Unterricht

Der klinische Unterricht findet als individueller Einzelunterricht auf den Intensivstationen und in der Anästhesieabteilung statt und wird von den Praxisanleiterinnen der Weiterbildung durchgeführt. Im Durchschnitt erhalten die TeilnehmerInnen zwei punktuelle klinische Unterrichte (jeweils ca 2-3 Std.) pro Monat.

Mit den klinischen Unterrichten wird die Problemlösungsfähigkeit in Alltagssituationen gefördert, um langfristig die Handlungskompetenz in beruflichen Problemsituationen zu steigern. Die Lernenden werden aufgefordert, bereits erworbenes Wissen zur Situationsdeutung heranzuziehen (Theorie-Praxis-Transfer).

Die Schwerpunkte der klinischen Unterrichte und die entsprechenden Ziele sind dem praktischen Weiterbildungsordner zu entnehmen (siehe Anhang).

Die klinischen Unterrichte orientieren sich an den Schritten des Pflegeprozesses.

### Probleme und vorgenommene Veränderungen

In der Vergangenheit waren die Praxisanleiterinnen ausschließlich für die Einarbeitung und individuelle Anleitung der TeilnehmerInnen in einem Bereich zuständig. Es fehlte sowohl der Bezug zu den Dozentenunterrichten als auch ein Überblick über bereits absolvierte praktische Anleitungen. Die übergeordnete Tätigkeit der Praxisanleiterinnen auf den Intensivstationen und in der Anästhesieabteilung war anfangs mit großen Ängsten, Unsicherheiten und Widerständen verbunden.

Im Rahmen der ersten 16 C-AG Sitzungen standen die neuen Aufgabenfelder der Praxisanleiterinnen im Mittelpunkt. Es wurde ein praktischer Weiterbildungsordner zusammengestellt, der eine Übersicht der zu unterrichtenden klinischen Inhalte enthielt und in dem die Protokolle der klinischen Unterrichte abgeheftet werden.

Über die kontinuierliche Auseinandersetzung mit den Zielen und Inhalten der Weiterbildung erhielten die Praxisanleiterinnen zunehmend mehr Sicherheit und es fiel ihnen leichter, ihre Tätigkeit auch auf anderen Intensivstationen durchzuführen.

Aufgrund der übergeordneten Tätigkeit der Praxisanleiterinnen (seit Projektbeginn) konnten wir erreichen, dass jede/r TeilnehmerIn ca. zweimal im Monat einen klinischen Unterricht erhält. Die Praxisanleiterinnen berücksichtigen in ihrer Dienstplanung den aktuellen Stand der klinischen Stunden und verteilen die ihnen zur Verfügung stehende Arbeitszeit gleichmäßig auf die TeilnehmerInnen.

Im ersten POL basierten Weiterbildungskurs (01/03) betrug die Anzahl der klinischen Weiterbildungsstunden im Durchschnitt 140 Stunden, davon betrug die niedrigste Anzahl 90,4 und die höchste 173,4 Stunden.

Im zweiten POL basierten Weiterbildungskurs (02/04) betrug die Anzahl der klinischen Weiterbildungsstunden im Durchschnitt 178 Stunden, davon betrug die niedrigste Anzahl 140,2 und die höchste Anzahl 205,5 Stunden. Dies entspricht einer monatlichen Anzahl von durchschnittlich 7,4 Stunden.

Die Einbindung der Praxisanleiterinnen in die Curriculumentwicklung, die Unterrichte im Team-teaching (Lehrer der Weiterbildung und Praxisanleiterin) und die engen Absprachen mit der Lehrgangsheitung führten dazu, dass eine zeitnahe Umsetzung des in der Theorie erlernten Wissens in der Praxis erreicht werden konnte. Dennoch fiel z.B. in Prüfungen auf, dass es den TeilnehmerInnen schwer fiel, ihr „theoretisches Wissen“ auf (reale, klinische) Pflegesituationen zu transferieren. Der Wunsch nach Rezepten war hoch und es entstand der Eindruck, dass wie zuvor immer noch in erster Linie für Prüfungen gelernt wurde und das Verständnis für den eigenen Nutzen fehlte.

Anfang 2004 wurden im Rahmen einer C-AG Sitzung die Ergebnisse der TeilnehmerInnen Befragung, die ersten Eindrücke der Evaluatoren von den klinischen Unterrichtenden und die Bewertung des praktischen Weiterbildungsordners vorgestellt und gemeinsam diskutiert. Von Seiten der Evaluatorenin wurde beanstandet, dass die klinischen Unterrichte vor allem auf die motorisch-praktische Durchführung von Tätigkeiten und nicht auf die Urteils- und Handlungsfähigkeit in komplexen Situationen abzielten (siehe Pkt. 3.4.2, 3.5). In den daran anschließenden 7 C-AG Sitzungen beschäftigte sich die Gruppe mit der Modifizierung der klinischen Unterrichte.

Die Unterrichte wurden stärker anhand der Schritte des Pflegeprozesses gestaltet. Des Weiteren werden die TeilnehmerInnen aufgefordert, Hypothesen zur Deutung eines in der Praxis aufgetretenen Problems zu bilden und bereits erworbenes Wissen zur Situationsdeutung heranzuziehen. Anhand der folgenden Struktur erfolgen die klinischen Unterrichte:

- Zu Beginn des klinischen Unterrichtes stellt die TeilnehmerIn die / den PatientIn vor. Bezugnehmend auf das übergeordnete Thema des klinischen Unterrichtes (z.B. Aufstellung eines individuellen Programms zur Förderung der Wahrnehmung) wird dieser Teil der Anamnese vertieft und die entsprechende aktuelle Situation des Patienten ausführlicher dargestellt. Ein Schwerpunkt der Vorstellung liegt auf der Patientenbeobachtung. Die TeilnehmerInnen werden von den Praxisanleiterinnen durch Impulse und gezieltes Nachfragen unterstützt, um den Informationshorizont zu erweitern, bestimmte Aspekte stärker zu gewichten und den Informationsgehalt zu vertiefen.
- Im nächsten Schritt schildert die TeilnehmerIn die Ressourcen und Probleme der PatientIn und erhebt entsprechende Nahziele (für die Schicht / den Tag). Die Praxisanleiterinnen regen wiederum durch gezieltes Nachfragen eine Erweiterung der wahrnehmbaren Probleme und Ressourcen an und decken ggf. Wissenslücken auf. Im Anschluss daran erstellen die TeilnehmerInnen bezugnehmend auf die erhobenen aktuellen Probleme des Patienten einen individuellen Ablaufplan für die Pflege und legen gemeinsam mit der Praxisanleiterin die zeitliche Struktur und die Schwerpunkte des klinischen Unterrichtes fest.

Parallel zur Modifizierung des klinischen Unterrichtes wurde unter Berücksichtigung der Rückmeldung der Evaluatoren, der praktische Weiterbildungsordner überarbeitet. Die bisherige Ausrichtung auf ein Fertigkeitentraining wurde durch eine übergeordnete Zielformulierung ergänzt, um klinisches Urteilsvermögen zu fördern. Weiterhin sind einige Fertigkeiten aufgelistet, die im Rahmen der Fachweiterbildung in den klinischen Unterrichtenden eingeübt werden. Ergänzend verfolgen wir das Ziel, die Deutungs- und Urteilsfähigkeit in konkreten Pflegesituationen zu fördern und diesen Verlauf zu dokumentieren. Die TeilnehmerInnen werden aufgefordert, ihre Beobachtungen schriftlich im Ordner festzuhalten und individuelle Planungen zu erstellen. Die Protokolle der klinischen Unterrichte wurden dahingehend verändert, die Reflexionsfähigkeit der TeilnehmerInnen zu fördern, ergänzend wurde die Eigen- und Fremdreiflexion aufgenommen. Der Entwicklungsprozess der klinischen Unterrichte und der entsprechenden Dokumentation ist noch nicht abgeschlossen. Wir planen, im Rahmen einer allgemeinen Einführung, die Handhabung des Ordners zu verdeutlichen.

Die Veränderungen der klinischen Unterrichte trafen anfangs bei den Praxisanleiterinnen auf Vorbehalt, da diese die Unterrichte als ihren vertrauten und sicheren Bereich ansahen und diese Sicherheit nur ungern aufgeben wollten. Trotz der Vorbehalte arbeiteten alle konstruktiv an den Vorschlägen mit und waren bereit, die Änderungen auszuprobieren. Aufgrund der vielen Änderungen im Weiterbildungskurs 02/04 und der daraus resultierenden Verunsicherung der TeilnehmerInnen (Widerstand), entschieden wir, die modifizierte Form erst mit Beginn des dritten POL basierten Weiterbildungskurses 04/06 umzusetzen.

### **3 Konzeption des Curriculums**

Ziel ist die Entwicklung eines modularisierten fächerintegrativen und situationsorientierten Curriculums, basierend auf der Methode des Problemorientierten Lernens.

#### **3.1 Ziele der Weiterbildung**

Die WeiterbildungsteilnehmerInnen sollen nach Abschluss der Weiterbildung

- ... ihr Pflegehandeln mittels wissenschaftlich fundiertem Fachwissen (pflegerisch und medizinisch) begründen können.
- ... Pflegesituationen im Gesamten und in ihren Elementen einschätzen und analysieren sowie entsprechend der Zielsetzung Interventionen planen, anwenden und beurteilen können.
- ... Situationen aus ihrem Berufsalltag reflektieren, vor dem Hintergrund neuen Wissens ihre Deutungen erweitern und Handlungsalternativen ableiten können.
- ... Veränderungen einer Pflegesituation erkennen und unter Berücksichtigung der Prioritäten begründet Entscheidungen treffen und Initiative ergreifen können.
- ... Werte, Auffassungen und Überzeugungen von PatientInnen und deren Bezugspersonen erfassen und dieses Wissen in ihre pflegerischen Entscheidungen integrieren können.
- ... den Pflegeprozess in der Interaktion mit den PatientInnen gestalten und Bezugspersonen frühzeitig und kontinuierlich integrieren können.
- ... Gesprächssituationen mit PatientInnen, deren Bezugspersonen und Mitgliedern des multiprofessionellen Teams professionell einschätzen, geeignete Kommunikationsformen auswählen und einsetzen können.
- ... PatientInnen und deren Bezugspersonen präventiv, begleitend und rehabilitativ beraten können.
- ... PatientInnen und deren Bezugspersonen in Krisensituationen und während des Sterbens begleiten können.
- ... Bewältigungsstrategien im Hinblick auf die eigene Belastung durch die Konfrontation mit Leiden, Sterben und Tod anwenden und eigene Grenzen wahrnehmen können.
- ... über verschiedene Quellen Informationen erschließen, diese kritisch bewerten und pflegerische Konsequenzen daraus ableiten können.
- ... ihr Wissen mittels geeigneter Methoden präsentieren können.
- ... ihr Wissen im Rahmen einer prozesshaften Anleitung weitergeben können.

#### **3.2 Lehr- und Lernphilosophie**

- Die Lehrenden verstehen ihre Rolle als Lernbegleiter, welche die individuellen Lernprozesse der WeiterbildungsteilnehmerInnen fördern.
- Lehren und Lernen wird als Interaktionsprozess verstanden, in dem die WeiterbildungsteilnehmerInnen zur Selbstbestimmung und zur Festlegung des eigenen Bildungsbedarfs befähigt werden.
- Im Zusammenhang mit der Entwicklung einer größeren Eigenkompetenz im Pflegeberuf kommt dem selbstgesteuerten Lernprozess eine besondere Bedeutung zu. Die WeiterbildungsteilnehmerInnen werden befähigt, sich neues und erweitertes Wissen selbstständig zu erarbeiten.

- Aktuelle Methoden und Kenntnisse der Pflegedidaktik sowie der Berufspädagogik und Pflegewissenschaften werden kontinuierlich in die Weiterbildung integriert.
- Durch die exemplarische Vermittlung von Wissen werden die WeiterbildungsteilnehmerInnen befähigt, Erkenntnisse auf berufliche Situationen zu transferieren und die eigenen Kompetenzen zu erweitern oder zu modifizieren.

### 3.3 Aufbau des Curriculums

Im Mittelpunkt des Curriculums stehen typische, komplexe Pflegesituationen aus der Praxis der Anästhesie- und Intensivbereiche. Das Curriculum umfasst 725 Stunden und ist in 9 Module unterteilt:

Modul 1: Einführung in die Intensiv- und Anästhesiepflege (116 Stunden)

Modul 2: Pflegesituationen mit atembeeinträchtigten Patienten (70 Stunden)

Modul 3: Pflegesituationen mit wahrnehmungsbeeinträchtigten Patienten I (72 Stunden)

Modul 4: Kommunikation in Pflegesituationen (82 Stunden)

Modul 5: Pflegesituationen mit herz-kreislauf-beeinträchtigten Patienten (78 Stunden)

Modul 6: Pflegesituationen in der Anästhesiologie (72 Stunden)

Modul 7: Pflegesituationen mit stoffwechselbeeinträchtigten Patienten (68 Stunden)

Modul 8: Pflegesituationen in der Intensivtherapie (98 Stunden)

Modul 9: Pflegesituationen mit wahrnehmungsbeeinträchtigten Patienten II (70 Stunden)

**Module** werden als abgeschlossene Lerneinheiten verstanden. Sie enden alle mit einer sich an komplexen beruflichen Anforderungen orientierenden Prüfung. Die einzelnen Module unterliegen der fächerübergreifenden Unterrichtskonzeption. Jedes Modul berücksichtigt die Vermittlung beruflicher Handlungskompetenzen und die zugrunde liegenden Leitziele des Gesamtcurriculums.

## Teil II Evaluation

### 1. Fragestellungen und Methodologie der Evaluation

Drei Schwerpunkte wurden mit der vorliegenden Evaluationsstudie verfolgt: erstens die Überprüfung und Verbesserung der Qualität der reformierten Lehr-/Lernsituationen im Sinne formativer Evaluation (vgl. Beywl 1988; Heiner 1998; Klafki 1975<sup>1</sup>), zweitens die Ermittlung von Wirkhintergründen der curricularen Reformen mit den Methoden der interpretativen Unterrichtsforschung und drittens die Untersuchung der Wirkungen der getroffenen Maßnahmen auf die Kompetenzentwicklung der Teilnehmer aus Sicht der Beteiligten (Akzeptanzforschung).

Der erste Schwerpunkt stand zunächst im Mittelpunkt der Evaluation, da sowohl Wirkhintergründe als auch Beteiligtenakzeptanz nur dann sinnvoll untersucht werden können, wenn das Lehr-/Lernarrangement auch im Sinne der angestrebten Intentionen umgesetzt wird. Die Wirkhintergründe wurden vor allem bei der Methode des problemorientierten Lernens analysiert. Beim problemorientierten Lernen konnte bisher eine Evidenz für die Überlegenheit dieser Lehr-/Lernform gegenüber anderen Lehr-/Lernformen nicht nachgewiesen werden (vgl. Colliver 2000; Smits et al. 2002). Das heißt aber noch lange nicht, dass das problemorientierte Lernen nicht wirkungsvoll ist oder wirkungsvoll sein könnte. Zur Verbesserung der Wirkungen werden Informationen darüber gebraucht, wie die curricularen Reformen wirken und warum Wirkungen auftreten oder auch nicht. Solche Informationen liegen aber bislang noch nicht vor. Ziel der Evaluation war es im zweiten Schwerpunkt daher, die Zusammenhänge zwischen dem Lernangebot, den Voraussetzungen der Lernenden und der Qualität der Interaktion in der Lernsituation zu erhellen. Der dritte Schwerpunkt, der sich auf den Nutzen der getroffenen Reformen hinsichtlich der Kompetenzentwicklung der Teilnehmer bezog, konnte in der vorliegenden Studie nur anhand der Einschätzungen der Beteiligten ermittelt werden. Tatsächlich eingetretene Effekte/Wirkungen können mit dem Studiendesign und mit der finanziellen Ausstattung der Evaluation nicht erfasst werden, denn dieses Anliegen hätte einer feldexperimentellen Vergleichsstudie bedurft.

Folgende Fragen wurden im Einzelnen verfolgt: Wie werden die geplanten Maßnahmen durchgeführt? Funktionieren die Maßnahmen? Wenn nicht, warum nicht? Treten unerwünschte Wirkungen auf? Wodurch zeichnen sich qualitativ gute Lehr-/Lernsituationen aus (welche Merkmale kennzeichnen die Interaktion in gelungenen Lehr-/Lernsituationen)? Wie kann die Qualität des Lehrens und Lernens in den Lehr-/Lernsituationen gesteigert werden? Wie nutzen die Teilnehmer das Lernangebot? Welche Gründe gibt es für eine mangelnde Nutzung des Lernangebots? Welche Effekte sind aus Sicht der Beteiligten festzustellen?

Zur Beantwortung der o. g. Fragestellungen eignen sich vorzugsweise qualitative Forschungsmethoden. Bei der Datenerhebung wurden vor allem qualitative Interviews und unstrukturierte Formen der Beobachtung eingesetzt (vgl. Lamnek 1995). Quantitative Verfahren (in Form von Fragebögen mit geschlossenen Fragen) wurden dann verwendet, wenn sich bei den vorhergehenden Untersuchungen bereits Kategorien herauskristallisiert hatten. Die Beobachtungsprotokolle, die qualitativen Interviews und die offenen Fragen in den Fragebögen wurden mit dem Verfahren der qualitativen Inhaltsanalyse (vgl. Mayring 2003), Transkripte der POL-Sitzungen wurden gesprächsanalytisch und die geschlossenen Fragen in den Fragebögen mit statistischen Verfahren ausgewertet.

Folgende **Untersuchungen** wurden durchgeführt:

---

<sup>1</sup> Klafki (1975) verwendet den Begriff der Handlungsforschung im Schulfeld.

**Zeitraum 1/ 04-12/04**

<b>Methode</b>	<b>Sample</b>	<b>Zeitpunkt</b>
Nicht-teilnehmende unstrukturierte Beobachtung von 6 POL-Sitzungen mit Tonbandaufzeichnung	3 PA und drei POL-Gruppen des Kurses 02/04	11-12/03, Auswertung 2004
Fragebogen	Alle TN des Kurses 02/04	2/04
Nicht-teilnehmende Beobachtung von insgesamt 6 klinischen Unterrichten	Alle 6 Praxisanleiterinnen	5-6/04
Dokumentenanalyse	Analyse des bis dahin vorliegenden Curriculums	8-9/04
Fragebogen	Alle TN des Kurses 02/04	9/04
Nicht-teilnehmende Beobachtung von 6 POL-Sitzungen	2 PA und 2 POL Gruppen des Kurses 04/06	10-11/04
Qualitative Befragung	6 TN des Kurses 04/06	12/04

**Zeitraum 12/02-12/03**

<b>Methode</b>	<b>Sample</b>	<b>Zeitpunkt</b>
Qualitative Befragung	6 TN des Kurses 01/03	12/02
Befragung per Fragebogen	Alle TN des Kurses 01/03	1/03
Dokumentenanalyse: POL-Fall		1/03
Unstrukturierte Beobachtung zweier Sitzungen einer POL-Gruppe	1 POL-Gruppe, 1 PA	1/03
Analyse eines POL-Protokolls		1/03
Unstrukturierte Beobachtung zweier Sitzungen einer zweiten POL-Gruppe	1 POL-Gruppe, 1 PA	2/03
Befragung per Fragebogen	Alle Mitglieder von Stationsleitungsteams (31 Bögen, Rücklauf 39%)	2/03
Qualitative Befragung	Alle (5) Praxisanleiterinnen	5/05

Unstrukturierte Beobachtung von zwei klinischen Unterrichten	2 PA	6/03
Dokumentenanalyse: Praktischer Weiterbildungsordner	Dokumente	9/03
Dokumentenanalyse: Mind-maps zu zwei Unterrichtseinheiten	Dokumente	10/03

Zu jeder Einzeluntersuchung wurde ein Bericht angefertigt, die Ergebnisse wurden der Lehrgangsführung zeitnah zurückgemeldet. Gemeinsam wurden Konsequenzen aus den Ergebnissen erwogen. Neben den aus den Untersuchungen resultierenden Rückmeldungen war das Evaluationsteam außerdem beratend im Hinblick auf die konkrete Durchführung des veränderten POL-Konzeptes tätig, z. B. durch zwei Fortbildungen für die Praxisanleiterinnen (Ingrid Darmann), Moderation von 6 Fallgremien (Matthias Zündel, studentischer Mitarbeiter der Evaluation) sowie mehrfache Rückmeldungen auf von den Praxisanleiterinnen verfasste Fälle und deren Ausarbeitung (Ingrid Darmann und Matthias Zündel).

Im Folgenden werden die Ergebnisse gebündelt nach den geplanten curricularen Reformen (2. Curriculumentwicklung; 3. Klinischer Unterricht; 4. Problemorientiertes Lernen; 5. Dozentenunterricht) sowie den angestrebten Wirkungen (6. Theorie-Praxis-Transfer; 7. Persönlichkeitsentwicklung der Teilnehmer) zusammengefasst. Die Evaluationskriterien werden jeweils vorangestellt.

## 2. Curriculumentwicklung

- 2.1 Zusammenfassung
- 2.2 Fragestellung
- 2.3 Beschreibung des vorliegenden Curriculums
- 2.4 Methode und Analyseverfahren
- 2.5 Ergebnisse
- 2.6 Empfehlungen

### 2.1 Zusammenfassung

Die Entwicklung des Curriculums wurde von der Lehrgangsführung der FWB in Zusammenarbeit mit Dozenten und Praxisanleiterinnen prozessbegleitend vorgenommen. Eine ausführliche Analyse eines Zwischenprodukts erfolgte im September 2004. Demnach ist es gelungen, zumindest auf der Makroebene ein fächerintegratives und situationsorientiertes Curriculum vorzulegen. Verbesserungsbedarf besteht hinsichtlich der Umsetzung der curricularen Prinzipien auf der Mikroebene (vor allem im Dozentenunterricht) und der Integration emanzipatorischer bzw. bildender Gehalte in das Curriculum. Es wird empfohlen, auch den Dozentenunterricht stärker anhand von beruflichen Situationen auszurichten. Dabei sollten neben idealtypischen, auch problem- und konflikthafte, widersprüchliche Situationen bzw. "Schlüsselprobleme" der Berufswirklichkeit aufgegriffen werden. Um von einem krankheits- zum verständigungsorientierten Pflegeverständnis zu kommen, sollte die Patientenperspektive systematisch in das Curriculum aufgenommen werden.

## 2.2 Fragestellung

Die folgende Untersuchung richtet sich auf ein in der Entwicklung befindliches Curriculum, folglich sollen Problembereiche und Weiterentwicklungsmöglichkeiten ausgewiesen werden, die bei der weiteren Ausgestaltung des Curriculums berücksichtigt werden können.

Aufgrund mangelnder Expertise für den Aufgabenbereich von Pflegekräften in der Anästhesie- und Intensivpflege verzichten wir darauf, die Vollständigkeit der zusammengestellten Inhalte und der dadurch zu erwerbenden fachlichen Qualifikationen zu überprüfen. Das Hauptaugenmerk der vorliegenden Analyse liegt auf dem Bildungsgehalt der im Curriculum zusammengestellten Ziele und Inhalte.

## 2.3 Beschreibung des vorliegenden Curriculums

Der den Autorinnen am 19. Juli 2004 überreichte Curriculumentwurf bildete die Datengrundlage für die vorliegende Analyse. Das Curriculum hat einen Umfang von 725 Stunden für den theoretischen Unterricht und ist in sechs Themenbereiche bzw. Pflegesituationen strukturiert, nämlich

- PSI (Pflegesituation) von Patienten mit beeinträchtigter Atmung,
- PSI von wahrnehmungsbeeinträchtigten Patienten,
- PSI in der Anästhesiologie,
- Recht und Organisation,
- Spezielle PSI in der Intensivtherapie,
- PSI von herz-/kreislaufbeeinträchtigten Patienten,
- Lernen,
- Kommunikative und psychosoziale Kompetenzen.

Der Stundenumfang dieser Bereiche beträgt zwischen 66 (PSI von herz-/kreislaufbeeinträchtigten Patienten) und 124 Stunden (spezielle PSI in der Intensivtherapie). Für die einzelnen Themenbereiche liegt jeweils ein Deckblatt vor, das in Form eines Mind Maps einen Überblick über die drei curricularen Elemente (Dozentenunterricht, POL, Klinischer Unterricht) gibt. Der Dozentenunterricht zu jedem der Themenbereiche/Pflegesituationen ist in mehrere Unterrichtseinheiten gegliedert, die größtenteils bestimmten Dozenten zugeordnet sind. Detailliert werden für jede Unterrichtseinheit Inhalte und Ziele aufgelistet. Des Weiteren enthält das Curriculum für jeden Themenbereich die POL-Fälle einschließlich Anlagen und Ziele für den klinischen Unterricht.

## 2.4 Methode und Analysekriterien

Die Auswertung des Materials wurde anhand des Verfahrens der hermeneutischen Textanalyse vorgenommen. Dabei wird ein definiertes, theoretisch gewonnenes Vorverständnis als Interpretationsrahmen an den Text (das Curriculum) herangetragen.

Die Curriculumanalyse folgt einem emanzipativen Bildungsverständnis im Anschluss an Klafki (1993). Damit wird der normative Anspruch erhoben, dass auch berufliche Aus-, Fort- und Weiterbildungen nicht nur die funktionale Qualifizierung der Teilnehmer bewirken, sondern auch zu deren Bildung beitragen sollen. Mit Bildung ist eine identitätsförderliche Persönlichkeitsentwicklung mit dem Ziel der Mitbestimmungs-, Selbstbestimmungs- und Solidaritätsfähigkeit gemeint. In der Pflegedidaktik existieren mehrere Ansätze zur Identifikation von bildungshaltigen Inhalten. Bildungshaltig sind Inhalte, anhand derer sich

die angestrebten Kompetenzen und Erkenntnisse vermitteln lassen. Der Analyse liegen die folgenden bildungstheoretisch fundierten Ansätze zugrunde.

- Wittneben (2003) geht davon aus, dass das Bildungspotenzial pflegerischer Inhalte umso größer ist, desto weiter der zugrundeliegende Pflegebegriff gefasst wird. Als Referenzrahmen für ein pflegedidaktisches Konzept entwickelte Wittneben das sog. "Modell der multidimensionalen Patientenorientierung". Das Modell ist als ein heuristisches Stufenmodell angelegt, in dem unterschiedliche Pflegekonzepte integriert und nach ihrem Grad der Patientenorientierung angeordnet werden. Als minimal patientenorientiert stuft Wittneben beispielsweise die verrichtungsorientierte, als stärker patientenorientiert die handlungsorientierte Pflege nach Orem (1991) ein. Aber auch diese Pflegelehre verbleibt noch in einem expertokratischen, paternalistischen und zweckrationalen Pflegeverständnis. Um das zweckrationale Pflegehandeln zu überwinden, favorisiert Wittneben einen "radikal-demokratischen" Rationalitäts- und Praxisbegriff im Anschluss an Habermas' "Theorie des kommunikativen Handelns" (vgl. Wittneben in Obex 1995). Im Hinblick auf die Förderung von Identitätsbildung und Persönlichkeitsentwicklung stellt Wittneben die Hypothese auf, dass ein an den Prinzipien des kommunikativen Handelns orientiertes Pflegeverständnis (im Folgenden verständigungs- oder interaktionsorientiertes Pflegeverständnis) eher geeignet ist, um vor allem die höheren Stufen der Kompetenzentwicklung, wie generalisiertes Rollenhandeln oder argumentative Rede zu fördern, als beispielsweise die krankheitsorientierte Krankenpflege. Dennoch verfügt jede Dimension der Patientenorientierung über ein Bildungspotenzial.
- Darmann (2000) betont im Unterschied zu Wittneben stärker den Bezugspunkt der Pflegeberufswirklichkeit. Sie geht von einem situationsorientierten Ansatz aus, wonach Berufsausbildung zur "Ausstattung zur Bewältigung von Lebenssituationen" bzw. Berufssituationen verstanden wird (vgl. Robinsohn 1969). Um zu bildungshaltigen Situationen zu gelangen, legt Darmann den Begriff der beruflichen Situation weit aus und zwar in Anlehnung an Klafki (1993) als "Schlüsselsituation" oder "Schlüsselproblem". Schlüsselsituationen sind berufliche Situationen, an denen sich allgemeine Zusammenhänge, Gesetzmäßigkeiten und Widersprüche aufzeigen lassen, die sich auf eine Vielzahl von (beruflichen) Situationen übertragen lassen. Um emanzipative Zielsetzungen zu erreichen, müssen solche Situationen identifiziert werden, in denen überhaupt kritische Urteilsfähigkeit verlangt wird, also in denen unterschiedliche Handlungsoptionen möglich sind. Nicht geeignet sind idealtypische, regelhafte Situationen, die von problematischen Anteilen der Berufspraxis gereinigt sind. Darmann plädiert für eine stärkere Integration von solchen Schlüsselsituationen oder Schlüsselproblemen in pflegeberufliche Curricula (vgl. Darmann 2001a).
- Greb (2000; 2001; 2003) verfolgt einen bildungstheoretischen Ansatz im Anschluss an Blankertz Strukturgitteransatz und an Adornos Dialektik der Aufklärung und stellt Bildung durch Widerspruchserfahrung in den Mittelpunkt ihres – hochschuldidaktischen – Konzepts. In der Pflege konstatiert Greb den zentralen Widerspruch von Patientenorientierung und Vergleichsgültigkeit. Weitere grundlegende Widersprüche bzw. "fachdidaktische" Brennpunkte ermittelt Greb mithilfe von Strukturgittern, die aufgewiesenen Widersprüche sollen zum dialektischen Denken herausfordern.

Die im Folgenden beschriebenen Kriterien für die Analyse der vorliegenden Curriculum-elemente berücksichtigen im Wesentlichen die oben genannten theoretischen Ansätze (2.4.2 Wittneben, 2.4.3 Darmann, 2.4.4 Greb). Das erste Kriterium bezieht sich auf die Ausgewogenheit der Ziele

### 2.4.1 Ziele: Kompetenzdimensionen und innerhalb der Dimensionen die Niveaus

Das Curriculum wurde daraufhin untersucht, inwiefern die folgenden Kompetenzen berücksichtigt werden:

- **Kognitive Kompetenz:** Auf der höchsten Stufe ist damit die Fähigkeit zum formal-operativen Denken als Voraussetzung für die Identifikation und Analyse von Pflegeproblemen bzw. für die Erstellung einer Pflegediagnose und für die Formulierung von Pflegezielen angesprochen (vgl. Wittneben 2003, 240 f.).

Nach der Lernzieltaxonomie von Bloom für den kognitiven Bereich lässt sich dieses höchste Niveau den Stufen Analyse, Synthese und Bewertung zuordnen. Formulierungen, die diese Kompetenzen benennen, sind: Vergleichen, Folgerungen ableiten, anhand von Kriterien gliedern oder untersuchen, Lösungswege vorschlagen, Hypothesen formulieren, einen Sachverhalt anhand von inneren und äußeren Kriterien beurteilen, Alternativen gegeneinander abwägen (vgl. Meyer 1974; Dubs 1995, 98).

Die niedrigeren Stufen des Wissens und Verstehens werden durch folgende Formulierungen erfasst: Begriffe, Definitionen, Fakten nennen oder aufzählen, einen Sachverhalt mit eigenen Worten erklären, Beispiele anführen für einen Sachverhalt (vgl. Meyer 1974; Dubs 1995, 98).

- **Sprachlich-kommunikative Kompetenz:** Ein verständigungsorientiertes Pflegekonzept verlangt ein hohes Maß an Kommunikationsfähigkeit. Sprachlich-kommunikative Kompetenzen kommen vor allem in der *Dialogfähigkeit* zum Ausdruck. Im Anschluss an Habermas "Theorie des kommunikativen Handelns" wird unter sprachlich-kommunikativer Kompetenz die Fähigkeit, Geltungsansprüche begründet zu behaupten, zu akzeptieren oder zurückzuweisen, verstanden. Diese Geltungsansprüche können sich auf die Wirksamkeit von zielgerichteten Handlungen, auf die Richtigkeit von Handlungsnormen oder Regeln sowie auf die Wahrhaftigkeit subjektiver Äußerungen beziehen (vgl. Wittneben 2003, 242 ff.).
- **Soziale Kompetenz:** Als höchste Stufe der sozialen Kompetenz kann im Anschluss an den symbolischen Interaktionismus das generalisierte Rollenhandeln, d.h. das Vermögen, die eigenen Handlungen und die Handlungen anderer von unterschiedlichen Standpunkten aus sehen und bewerten zu können, betrachtet werden (vgl. Wittneben 2003, 249 ff.).
- **Moralische Urteilsfähigkeit:** Die moralische Urteilsfähigkeit ist Bestandteil der sozialen Kompetenz. Die höchste Stufe besteht nach Kohlberg (1997) in der Fähigkeit, sich im Denken und Handeln auf allgemeine Werte (Freiheit, Gleichheit, Gerechtigkeit) zu beziehen und deren Geltungsanspruch in konkreten Situationen (auch Dilemmata) zu beurteilen (vgl. Wittneben 2003, 252 f.).
- **Psychomotorische Kompetenz:** Sie ist Wittneben (2003, 257) zufolge als körperlich-kinästhetische Kompetenz Teil der Fachkompetenz.

### 2.4.2 Pflegeverständnis: Krankheitsorientierung oder Verständigungsorientierung

Bezugnehmend auf die pflegedidaktischen Arbeiten von Wittneben wird das Curriculum im Hinblick auf das darin zum Ausdruck kommende Pflegeverständnis geprüft.

Unter Krankheitsorientierung wird verstanden: "Eine krankheitsorientierte Krankenpflege bezieht sich auf die Überwachung und Durchführung ärztlich verordneter Maßnahmen der Diagnostik und Therapie, denen so umfassende Kenntnisse der Krankheitslehre zugrunde liegen, dass eine eigenständige Erkenntnis des Krankheitsbildes und Beurteilung der Therapie ermöglicht wird. Die die medizinische Diagnostik und Therapie unterstützenden pflegerischen

Maßnahmen lassen sich einerseits als quantifizierende Methoden des Zählens und Messens von Patientendaten und andererseits als eine Methode des Verstehens kleinster Phänomene im Erscheinungsbild des Patienten charakterisieren. Die durch Zählen, Messen und Verstehen von Patienten gewonnenen Wissensbestände tragen über die Sicherung der aktuellen Diagnose und Therapie hinaus zur Konstituierung der medizinwissenschaftlichen Forschung und letztlich des medizinischen Fortschritts bei." (Wittneben 1991, 39) Die Dimension der Krankheitsorientierung beinhaltet eine expertokratische Sicht der Pflegekraft-Patienten-Beziehung. Demnach setzt die über das medizinische und/oder pflegerische Wissen verfügende Person, hier die Pflegekraft, Ziele und wählt die zur Zielerreichung geeigneten Mittel aus. Die Perspektive der Pflegeabhängigen bleibt weitgehend unberücksichtigt. Ihre Kompetenz, über sich selbst und ihre Lebensführung zu entscheiden, wird negiert, dies führt zu paternalistischen patientenignorierenden Entscheidungen (vgl. Darmann 2001b, 20 f.).

Unter Verständigungsorientierung wird verstanden: Die Dimension der Verständigungsorientierung geht von einer Vermittlung zwischen den Perspektiven der an der Interaktion Beteiligten aus. Sie kommt vor allem dann zum Tragen, wenn zwischen Pflegenden (oder anderen in der Gesundheitsversorgung Tätigen) und Patienten das normalerweise vorhandene Einverständnis nicht (mehr) gegeben ist (z. B. sog. "unkooperativen" oder "fordernden" Patienten). Nach dem Konzept der Verständigungsorientierung sollen pflegebezogene Entscheidungen in diesen Fällen in einem Diskurs zwischen Pflegenden und Patienten ausgehandelt werden. Das heißt, dass beide Perspektiven, die der Pflegenden und die der Patienten als gleichwertig und gleichberechtigt betrachtet werden und im Gespräch ein Konsens gesucht wird (vgl. Darmann 2001b, 21 ff.). Dieses Kriterium setzt z. B. voraus, dass die Patientenperspektive überhaupt aufgegriffen und die Möglichkeit, dass Patienten eine andere Sichtweise haben, in Betracht gezogen wird. Dadurch erhalten die Teilnehmer einen Einblick in die Multiperspektivität von Situationen.

### 2.4.3 Didaktische Strukturierung

**Situations- oder Wissenschaftsorientierung:** Unter diesem Kriterium wird untersucht, ob das Curriculum, wie angekündigt, tatsächlich anhand von beruflichen Situationen strukturiert ist, oder ob die Struktur primär durch die Systematik der Fachwissenschaften geprägt ist.

**Regel- oder Fallorientierung:** Dieses Kriterium bezieht sich auf die Art der ausgewählten Situationen sowie auf das Wissen, das anhand der Situationen vermittelt werden soll.

- Regelorientierung bedeutet, dass allgemeine Handlungsregeln für typische Pflegesituationen aufgestellt werden. Sie werden als Maßstab für die berufliche Praxis betrachtet. Indem die Handlungsregeln unabhängig von der möglichen Unterschiedlichkeit beruflicher Situationen als verallgemeinerbar dargestellt werden, können sie auch als Rezeptologien bezeichnet werden. Handlungsregeln können auch anhand von Situationen angeeignet werden, dabei handelt es sich aber dann um idealtypische und nicht um authentische, komplexe Situationen. Durch "Regelorientierung" wird ein mechanistisches Pflegeverständnis begünstigt, die Fähigkeit zum klinischen Urteil kann nicht angeeignet werden (vgl. Darmann 2005a).
- Fallorientierung bedeutet, dass für spezifische Situationen, also für Bedürfnisse eines bestimmten Patienten und seine spezifische Problemlage, passende Lösungen gefunden werden. Anhand eines fallorientierten Unterrichts kann die Aneignung der so genannten klinischen Urteilsfähigkeit, also der Fähigkeit, in komplexen und einzigartigen Pflegesituationen schnell und intuitiv das Wesentliche zu erkennen und situationsangemessen zu handeln, angeregt werden (vgl. Benner et al. 2000). Bei der Entwicklung der situationsangepassten Lösungen fließt auch Regelwissen mit ein, es ist aber nicht zwingend handlungsleitend, sondern wird zusammengebracht mit den Informationen, die die Pflegekraft über die Pflegesituation gewonnen hat.

Fallorientierung kann anhand von komplexen beruflichen Problemsituationen realisiert werden, die unterschiedliche Deutungen und Lösungen ermöglichen.

#### **2.4.4 Reflexions-/Kritik-/Widerspruchsorientierung: Gesellschaftliche Widersprüche oder reine Qualifikationsorientierung**

Das Curriculum wird auf den Bildungsgehalt und auf die Reflexion gesellschaftlicher Widersprüche geprüft. Bildung, verstanden als Selbstbestimmung, Mitbestimmungsfähigkeit und Solidarisierungsfähigkeit ( Klafki 1993, 52), setzt voraus, dass die Menschen über ihre historischen, ökonomischen, gesellschaftlichen und kulturellen Lebens- und Arbeitsbedingungen reflektieren können.

Greb (2000; 2001; 2003) beschreibt, inwieweit die angestrebten Kompetenzen in Widerspruch zu gesellschaftlichen Strukturen geraten können (Bsp. Empathie und Marktrentabilität). Pflege als gesellschaftliche Praxis entfaltet sich in einem Netz von Zwängen zwischen Markt und Staat. Mithilfe von Strukturgittern ermittelt Greb eine Reihe von Widersprüchen, die in der Pflegeausbildung reflektiert werden sollten. Pflegenden müssten die konflikthaften Widersprüche in ihrem Beruf erkennen, ohne sie als individuelles Versagen zu begreifen, indem ihr kritisch-rationales Bewusstsein gestärkt werde. Aus dem Hauptwiderspruch von *Professionalisierung und Vergleichgültigung* resultieren nach Greb u. a. folgende Widersprüche:

- *Individualität und Standardisierung*.: aktivierende, an den Fähigkeiten und Bedürfnissen des Einzelnen ausgerichtete Pflege gerate in Widerspruch zu ihrer Marktfähigkeit, die Messbarkeit und Operationalisierung voraussetze.
- *Tradition und Emanzipation*: Der Widerspruch zwischen karitativen und professionellen Anteilen der Pflege spiegelt sich in einem Identitätskonflikt (Dienstleistung oder Berufung) und im Thema Burn-Out.
- *Marktliberalität und soziale Gerechtigkeit*: Der Rentabilitätsanspruch im Gesundheitswesen gerate zunehmend in Widerspruch zur Forderungen nach sozialer Gerechtigkeit.

Bildung, so Greb, entsteht durch Widerspruchserfahrung (Adornos Identitätskritik), d. h. in der Aus-, Fort- und Weiterbildung müssen die für das Handlungsfeld typischen Widersprüche in ihrer dialektischen Spannung reflektiert und dürfen nicht einseitig aufgelöst werden.

Einen anderen Ansatz, die Lernenden zur kritischen Reflexion von und zur Positionierung in gesellschaftlich geprägten Konflikten und Widersprüchen zu befähigen, verfolgt Darmann (2000). Sie schlägt die empirische Ermittlung von pflegeberuflichen "Schlüsselproblemen oder -situationen" vor. Schlüsselsituationen sind berufliche Situationen, an denen sich allgemeine Zusammenhänge, Gesetzmäßigkeiten, Konflikte und Widersprüche aufzeigen lassen, die sich auf eine Vielzahl von (beruflichen) Situationen übertragen lassen. Anhand von Lernsituationen, die auf Schlüsselproblemen aufbauen, können sich Lernende emanzipatorische Einsichten in paradoxe und restriktive gesellschaftliche Strukturen erarbeiten. Beispielhaft ermittelt Darmann pflegerische Schlüsselsituationen in Bezug auf die Kommunikation zwischen Pflegenden und Patienten und gelangt etwa zu den Kategorien der "Macht der Pflegenden" und der "Entscheidungsfreiheit der Patienten". In der Curriculumentwicklung ermittelt Darmann die Schlüsselprobleme einzelner Handlungsfelder in einem an die qualitative Sozialforschung angelehnten Prozess anhand von Narrativa beruflich Pflegenden (oder anderer Personen) (vgl. Darmann 2005b).

## **2.5 Ergebnisse**

### **2.5.1 Ziele: Kompetenzdimensionen und innerhalb der Dimensionen die Niveaus**

- *Kognitive Kompetenz* wird im Dozentenunterricht v.a. auf dem Niveau des *Wissens* und *Verstehens* angesprochen: definieren, beschreiben, nennen, kennen, erklären sind die meistgenannten Verben. Themen, die zur *Analyse* (Gliedern, Kriterien finden, Folgerungen ableiten, Widersprüche und Fehler aufzeigen), zur *Synthese* (verschiedene Lösungswege, Hypothesen) und zur *Bewertung* auffordern, finden sich selten (Ausnahme Boonen und Dr. Bentzien). Unterschiedliche Auffassungen zu einem Problem, die zu Diskussion anregen könnten, werden kaum genannt. Überhaupt fehlen Fragen, die das Problembewusstsein schärfen. Diesbezüglich gelungen sind die Lernziele für die Dekubitusprophylaxe (Boonen). Ablesbar ist hier deutlich die Aufforderung, Zusammenhänge zu erkennen, Kriterien auszuwählen, d.h. zu analysieren, zu deuten und aus den Daten Entscheidungen abzuleiten. Eine genaue Wahrnehmung und Beobachtung von Phänomenen als Grundlage für Erkenntnisse und Deutungen wird nur vereinzelt angeregt.

Die Zielbeschreibungen zu den POL-Fällen sind auf die Ausbildung *kognitiver Deutungskompetenz* gerichtet. Es sollen Hypothesen gebildet, Ursachenanalysen vorgenommen und Handlungsalternativen entwickelt werden, um so perspektivisches Denken und hermeneutisches Verstehen zu fördern.

- *Sprachlich - kommunikative Kompetenz* wird im Lernbereich "Kommunikation und psychosoziale Kompetenzen" in den Lernzielen explizit ausgewiesen. Im Dozentenunterricht und im Klinischem Unterricht werden sprachliche Kompetenzen durch Argumentieren und Begründen eher wenig angeregt (Ausnahme Boonen, Dr. Bentzien, Dr. von Sritzky). Beim POL werden entsprechende Lernziele nicht angegeben, es ist aber davon auszugehen, dass in der Kleingruppenarbeit die Fähigkeit zur argumentativen Rede gut angeeignet werden kann.
- *Soziale Kompetenz* steht explizit im Mittelpunkt des Lernbereichs "*Kommunikative und psychosoziale Kompetenzen*". In den anderen Lernbereichen werden entsprechende Lernziele nicht aufgeführt.
- *Moralische Urteilsfähigkeit* wird ausschließlich in den Zielen der Unterrichtseinheit "Ethik" an Fallbeispielen, selbst erlebten Fällen und Konflikten (Dilemmasituationen) anvisiert.
- *Psychomotorische Kompetenz* steht im Mittelpunkt des klinischen Unterrichts ("Fertigkeitstraining"), außerdem wird sie in einigen Unterrichtseinheiten des Dozentenunterrichts (Kinästhetik, RÜPT) geübt. Diese Unterrichtseinheiten werden von den Praxisanleiterinnen durchgeführt.

### 2.5.2 Pflegeverständnis

Bislang ist im Curriculum durchgängig ein krankheitsorientiertes Pflegeverständnis vorherrschend (Ausnahme Lernbereich "Kommunikative und psychosoziale Kompetenzen"). Medizin- und Technikorientierung sind weiterhin stark ausgeprägt. Dies ist insofern legitim, als damit wichtige Bezüge des beruflichen Handelns auf Intensivstationen und in der Anästhesie aufgegriffen werden. Allerdings kommt die Patientenperspektive vergleichsweise zu kurz. So weit sich aus den vorliegenden Materialien ersehen lässt, wird das Erleben von Patienten auf Intensivstationen vor allem in einem Unterricht zum Thema "medizinische Psychologie" thematisiert, der von einem renommierten Wissenschaftler (Prof. Dr. Hannich) abgehalten wird. Dadurch bleiben die Sichtweise und das Erleben von Patienten aber isoliert, sie werden nicht systematisch mit den Pflegesituationen verknüpft.

### 2.5.3 Didaktische Strukturierung

Auf der Makroebene ist das Curriculum situationsorientiert strukturiert. Auf der Mikroebene, also der Ebene der konkreten Ziele und Inhalte, sind Situations- und Fallorientierung beim POL und beim klinischen Unterricht gegeben. Beim Dozentenunterricht wird, soweit aus den vorliegenden Materialien erkennbar, nicht anhand von Fällen, zumindest nicht anhand von pflegerischen Problemsituationen gearbeitet (Ausnahme Lernbereich "Kommunikative und psychosoziale Kompetenzen"). Dies gilt sowohl für den medizinischen als auch für den pflegerischen Unterricht. In der Sequenz zum Thema "atemunterstützende Maßnahmen" beispielsweise stehen Handlungsregeln und das gegenseitige Üben von Handlings im Mittelpunkt. Natürlich muss nicht jeder Unterricht problemorientiert gestaltet werden, auch die Präsentation von Orientierungswissen, wie etwa zum Thema "Grundlagen der maschinellen Beatmung", ist sinnvoll. Es sollte aber auch Einheiten geben, in denen anhand von Beispielen die pflegerische Diagnostik und die auf die Situation abgestimmte Auswahl von Interventionen geübt werden können.

#### **2.5.4 Reflexions-/Kritik-/Widerspruchsorientierung**

Fragen, die auf gesellschaftliche Widersprüche zielen, in denen die Pflegepraxis eingebunden ist, finden sich im Curriculum nicht. Fragen zur beruflichen Identität werden ansatzweise diskutiert (Ethik, Umgang mit Sterben). Insgesamt orientiert das Curriculum stärker auf Qualifikation als auf die Ausbildung der Fähigkeit zur kritischen Reflexion der strukturellen Widersprüche und Alltagszwänge in der Pflegepraxis und der Konflikte der beruflichen Identität.

## 2.6 Empfehlungen

Folgende Möglichkeiten bestehen, um das Curriculum stärker mit bildungshaltigen Elementen anzureichern.

### 2.6.1 Überarbeitung der Zielformulierungen

In den *Lernzielen* sollten vor allem beim Dozentenunterricht mehr anspruchsvollere Ziele auf der Ebene der Analyse (Kriterien bilden, Widersprüche aufzeigen, Folgerungen ableiten), Synthese (divergente Ideen, begründete Hypothesen) und Bewertung (Alternativen abwägen) integriert werden.

Beispiel Sedierung: Die Lernziele beschränken sich hier im Wesentlichen auf Kenntnisse zur Unterscheidung von Sedierung und Narkose, auf Sedierungskonzepte, Medikamente und ihre Wirkungsweisen sowie auf Komplikationen. Das Wissen um die regelhafte Anwendung von Sedierungsmaßnahmen im Pflegealltag beinhaltet aber noch kein Bewusstsein vom therapeutischen Sinn und von möglichen problematischen Aspekten dieser Maßnahmen. Deshalb könnten Lernziele folgendermaßen ergänzt werden:

Reflexion von Sedierungsmaßnahmen in folgenden Punkten:

- Therapeutische Angemessenheit
- Konflikt mit dem Konzept der aktivierenden Pflege
- Patientengerechtigkeit versus institutioneller bzw. ökonomischer Erfordernisse des Pflegebetriebs (scheinbare Optimierung alltäglicher Abläufe - Patientenruhigstellung, Bequemlichkeit, beschränkte Pflegekapazität, etc.).
- Erlernen einer fallbezogenen Hermeneutik im Sinn eines strikt patienten- und therapiezielorientierten Einsatzes von Sedierungsmaßnahmen.
- Hinterfragen des aktuell gesellschaftspolitisch und medizinisch vorherrschenden Postulat der Schmerzvermeidung, Einschätzung der negativen Folgen einer uneingeschränkten Chemikalisierung (Gewöhnung, Abhängigkeit, Sucht, etc.)

Spezielle Lerneinheiten zur Entwicklung *psychosozialer und kommunikativer Kompetenz* sind sicher sinnvoll. Darüber hinaus sollte die Förderung dieser Kompetenzen durchgängig in der gesamten FWB verfolgt werden. Nachholbedarf besteht soweit ersichtlich vor allem im Dozentenunterricht. In den anderen curricularen Bereichen kann aus Sicht der Evaluation davon ausgegangen werden, dass psychosoziale und kommunikative Kompetenz zwar gefördert, aber nicht im Curriculum ausgewiesen werden. Dies gilt etwa für die Fähigkeit zur argumentativen Rede, zum Fallverstehen oder zur Teamfähigkeit beim POL und beim klinischen Unterricht. Um Transparenz (auch für die Teilnehmer) zu schaffen, ist zu empfehlen, dass entsprechende Ziele im Curriculum ergänzt werden.

Die Förderung der *Moralischen Urteilsfähigkeit* sollte von Beginn der FWB an auf dem Plan stehen. Dabei könnten jeweils die einem Themenbereich zugehörigen Dilemmata erörtert werden. Dies ist auch dann möglich und sinnvoll, wenn die Teilnehmer noch nicht über Definitionen oder Hintergrundwissen zur (Pflege-)Ethik verfügen (s. hierzu auch 2.6.4).

### **2.6.2 Erweiterung der Inhalte im Sinne eines verständigungsorientierten Pflegeverständnisses**

Empfohlen wird die systematische Integration der Perspektive des Patienten in jede PSI. Dies könnte etwa gelingen, indem ehemalige Beatmungspatienten (in der PSI "Pat mit beeinträchtiger Atmung") in den Unterricht eingeladen und von den Teilnehmern befragt oder indem Selbsterfahrungsberichte von ehemaligen Intensivpatienten im Unterricht gelesen werden (z. B. Strätling-Tölle 2000). Durch diese "gelebten Krankheitserfahrungen" erhalten die Teilnehmer einen Einblick in die Bedeutung von Krankheit und Intensivbehandlung für die Patienten sowie in Bewältigungsstrategien und können daraus Schlussfolgerungen für pflegerische Interventionen ableiten (vgl. Benner et al. 2000, 390). Außerdem könnten innerhalb der PSIs kommunikative Konfliktsituationen mit Patienten aufgegriffen werden, etwa in der "PSI von Patienten mit beeinträchtiger Atmung" solche mit Beatmungspatienten (s. hierzu auch 3.3). Durch eine systematische Integration der Patientenperspektive würden Ziele im Bereich der Sozial- und Personalkompetenz stärkeres Gewicht erhalten (etwa Empathie, Argumentationsfähigkeit), befördert würde auch die klinische Urteilsfähigkeit der Teilnehmer.

### **2.6.3 Integration von problemhaltigen "curricularen Inseln"**

Der Situations- und Fallbezug könnte verbessert werden, indem in jeder PSI ca. 1-2 situationsorientiert gestaltete curriculare Inseln eingefügt werden. Diese Inseln könnten zum einen typische Probleme und Konflikte in der jeweiligen PSI ("Schlüsselprobleme") aufgreifen (darunter auch kommunikative Konfliktsituationen, s. 3.2 oder Situationen, in denen sich die widersprüchlichen Anforderungen an die Intensivpflege widerspiegeln, s. 3.4 oder moralische Dilemmasituationen), zum anderen könnte es sich um Situationen handeln, anhand derer die fallspezifische Anwendung der allgemeinen Handlungsregeln eingeübt werden kann.

Möglicherweise könnte das Curriculum auch durch die Einführung sogenannter Feldtage ergänzt werden. Dabei gehen die Teilnehmer in Kleingruppen (zu zweit oder zu dritt) mit einem Arbeitsauftrag in die Praxis (untersuchen z. B. die Beatmungssituation eines ausgewählten Patienten, wählen eine patientenangepasste Intervention aus und führen diese ggf. auch durch), dokumentieren die Ergebnisse und werten diese anschließend im Plenum aus. In der Auswertung müsste insbesondere der Theorie-Praxis-Transfer thematisiert werden. Begleitet würden die Teilnehmer während der Feldtage von den Praxisanleiterinnen.

### **2.6.4 Erweiterung der Inhalte um pflegerelevante gesellschaftliche Diskurse**

Zur Förderung der Persönlichkeit über eine enge Berufsqualifikation hinaus und zur Stärkung des kritisch-reflexiven Vermögens sollte das Curriculum um emanzipatorische Bildungsinhalte erweitert werden. Ziel sollte es sein, den Pflegeberuf unter gesundheitspolitischer, ökonomischer sowie ethischer Perspektive zu betrachten und die Auswirkungen dieser Einflüsse auf das konkrete Pflegehandeln zu reflektieren.

Für die Fachdidaktik Intensivpflege veröffentlichte Greb (2001) folgendes Strukturgitter, in dem sie spezifische Widersprüche für die Intensivpflege erfasst:

<b>Strukturelle Aspekte des Pflegeprozesses</b>	<b>PatientInnen</b>	<b>Pflegende</b>
Vitale Bedrohung	Depressive Ängste und Schmerz	Verantwortungsstress und "Gefühlsarbeit"
Überwachung	Hypochondrische Selbstbeobachtung und Verleugnung	Aufmerksamkeit und Routinebildung
Medizintechnik	Funktionsersatz und Frembestimmung	Arbeiterleichterung und "Gefahr"
Rehabilitation	Selbstaufgabe und Hoffnung	Wiederherstellungswunsch und Sterbebegleitung
Angehörige	Geborgenheit und Verlustängste	Entlastung und Belastung

Diese und weitere Widersprüche könnten in den unterschiedlichen Themenbereichen anhand von real erlebten empirisch identifizierten problemhaften Situationen bearbeitet werden (vgl. Darmann 2000; 2005b).

### **3. Der Klinische Unterricht**

#### 3.1 Zusammenfassung

#### 3.2 Fragestellung und Datenerhebung

#### 3.3 Theoretische Begründung und Kennzeichnung der Veränderungen

#### 3.4 Ergebnisse

#### 3.4.1 Ergebnisse zur Teilnehmerzufriedenheit

#### 3.4.2 Ergebnisse aus didaktischer Sicht

#### 3.5 Empfehlungen

### **3.1 Zusammenfassung**

Zwar wurde der klinische Unterricht von Anfang an von allen Beteiligten als besonders wirksam gelobt, aus didaktischer Sicht konnte aber durch die Analyse des "praktischen Weiterbildungsordners" und zweier klinischer Unterrichte schon im Zwischenbericht ein instrumentelles und auf Fertigkeiten abzielendes Pflegeverständnis festgestellt werden. Mit Unterstützung durch die Evaluatoren wurde das Konzept des Klinischen Unterrichts in Richtung auf ein prozess- und patientenorientiertes Pflege-, ein kritisches Bildungs- und ein subjektorientiertes Lehr-/Lernverständnis weiterentwickelt. Die Praxisanleiterinnen haben begonnen, diese Veränderungen umzusetzen. Dass die Teilnehmer in jüngeren Interviews Effekte hinsichtlich einer stärkeren Patientenorientierung und Perspektivenvielfalt registrieren, könnte möglicherweise damit zusammen hängen. Der Verbesserungsprozess ist aber, wie anhand von Beobachtungen klinischer Unterrichte nachgewiesen wurde, noch nicht abgeschlossen und bedarf weiterer Unterstützung.

### **3.2 Fragestellung und Datenerhebung**

Anfang 2004 wurden die Ergebnisse der Analyse des praktischen Weiterbildungsordners und der explorativen nicht-teilnehmenden Beobachtung von zwei klinischen Unterrichten an die Leitung der Fachweiterbildung und die Praxisanleiterinnen zurückgemeldet. Sowohl die Inhalte des praktischen Weiterbildungsordners als auch die Beobachtungen ließen auf ein eher instrumentelles und technokratisches Verständnis von klinischem Unterricht schließen. Im Mittelpunkt stand die Vermittlung von Fertigkeiten und Handgriffen. Von Seiten der Evaluation wurden daraufhin Verbesserungsvorschläge gemacht. Gemeinsam mit den Praxisanleiterinnen und der WB-Leitung wurden diese weiter konkretisiert und ab April 2004 wurde die veränderte Form des klinischen Unterrichts im neu beginnenden Kurs 04/06 umgesetzt. Die in den Monaten darauf stattfindenden nicht-teilnehmenden Beobachtungen von klinischen Unterrichten aller sechs Praxisanleiterinnen hatten zum Ziel, die Realisierung der vereinbarten Veränderungen zu überprüfen. Des Weiteren war es das Ziel der Evaluation, anhand von Befragungen die Zufriedenheit der Teilnehmer mit der Durchführung und den Wirkungen des klinischen Unterrichts zu ermitteln.

Insgesamt wurden zur Evaluation des klinischen Unterrichts folgende Untersuchungen durchgeführt:

<b>Methode</b>	<b>Sample</b>	<b>Zeitpunkt</b>
Halbstrukturierte Interviews	Kurs 01/03 (6 TN)	Dezember 2002
Fragebogen (weitgehend standardisiert)	Kurs 01/03 (alle TN)	Januar 2003
Fragebogen (offene und geschlossene Fragestellungen)	Stationsleitungsteams	Februar 2003
Halbstrukturierte Interviews	Praxisanleiterinnen (alle 5 PA)	April 2003
Fragebogen (weitgehend standardisiert)	Kurs 02/04 (alle TN)	Februar 2004
Explorative nicht-teilnehmende Beobachtung von 2 klinischen Unterrichten	Praxisanleiterinnen (2 PA)	August 2003
Dokumentenanalyse	Praktischer Weiterbildungsordner	September 2003
Halbstrukturierte Interviews	Kurs 02/04 (6 TN)	Dezember 2003
Fragebogen (weitgehend standardisiert)	Kurs 02/04 (alle TN)	Februar 2004
Nicht-teilnehmende Beobachtung von insgesamt 6 klinischen Unterrichten	Praxisanleiterinnen (alle 6 PA)	Mai – Juni 2004
Fragebogen (weitgehend standardisiert)	Kurs 02/04 (alle TN)	September 2004
Halbstrukturierte Interviews	Kurs 04/06 (6 TN)	Dezember 2004

### 3.3 Theoretischer Hintergrund

Leitend für die Veränderungsvorschläge ist zum einen ein prozess- und patientenorientiertes Pflegeverständnis und zum anderen ein subjektorientiertes Lehr-/Lernverständnis. Mit einem **prozess- und patientenorientierten Pflegeverständnis** ist eine Pflege gemeint, die auf die aktuellen Gegebenheiten eines Einzelfalls Bezug nimmt und situativ angepasste spezifische Ziele und Lösungen entwickelt. Voraussetzung für eine prozess- und patientenorientierte Pflege ist das Vorhandensein von klinischem Urteilsvermögen (vgl. Benner et al. 2000; Neuweg 1999). Darunter wird die Kompetenz verstanden, den Sinn einer Situation anhand der wahrgenommenen Konfiguration angemessen zu rekonstruieren und daraus Schlussfolgerungen für Handlungsoptionen zu ziehen. Wird der Prozess der Deutung und Urteilsbildung ignoriert, dann resultiert daraus standardisierte und patientenignorierende Pflege. Nach der Theorie des "impliziten Wissens" von Polanyi (1958) lässt sich die Fähigkeit zum situativen (kontextsensiblen) Urteil nicht auf explizites Wissen und auf analytische Denkprozesse zurückführen, sondern auf Prozesse impliziten Integrierens (vgl. Neuweg 1999, 169). Implizit bedeutet, dass diese Leistung zwar in der praktischen Performanz einer Person zum Ausdruck kommt, aber nicht oder nicht angemessen verbalisiert werden kann. Die Fähigkeit zum impliziten Integrieren kann, weil sie nur bedingt durch Regeln beschreibbar ist, nicht durch das Erlernen expliziten Wissens erworben werden, sondern indem Lernende tun, was sie lernen sollen, indem sie also für komplexe Situationen ein Urteil bilden und dabei implizit integrieren müssen (vgl. Neuweg 2000, 210). Klinischer Unterricht ist in besonderem Maße zur Ausbildung von klinischer Urteilsfähigkeit geeignet. Folgende Aspekte sind dabei zu beachten:

- Klinisches Urteilsvermögen kann nicht durch die Explikation von Regeln erworben werden, sondern nur, indem die Lernenden selbst klinisch urteilen. Ausgangspunkt für den klinischen Unterricht darf daher nicht eine einzelne Fertigkeit, sondern muss die Pflegesituation sein, die einer Deutung und Urteilsbildung bedarf. Zwar kann auch mal ein Handling geübt werden, nach Möglichkeit sollten aber Pflegehandlungen aus einer Situation abgeleitet werden. Diese Grundsätze müssen sich auch in Dokumenten, wie dem "praktischen Weiterbildungsordner", niederschlagen. Auch hier sollten nicht nur Handlings aufgeführt werden, sondern der gesamte Pflegeprozess der zu einer Handlung und schließlich auch zu deren Evaluation führt, sollte abgebildet werden. Auch wenn das klinische Urteil nicht, wie durch den Pflegeprozess suggeriert wird, schrittweise zustande kommt, kann dieser dennoch als Hilfsinstrument genutzt werden.
- Könnerschaft entsteht außerdem durch die Beobachtung von und Interaktion mit Könnern. Damit ist nicht das Imitieren von Könnern, sondern das Einfühlen in die Könnerschaft gemeint, um so ein "Gefühl für das Geschick des Experten", d. h. für seine impliziten Integrationen, zu gewinnen (vgl. Neuweg 1999, 382). Der Lernende erwirbt durch die Einbindung in die Expertenkultur (vgl. Zimmermann 1996) implizit implizites Wissen. Die Umsetzung des sogenannten Expertenkulturansatzes setzt voraus, dass in der Praxis auch tatsächlich Experten vorhanden sind.
- Die Fähigkeit zum impliziten Urteil hat nicht automatisch richtige Urteile zur Folge, vielmehr ist das implizite Urteil – gerade, weil es implizit ist – auch anfällig für Fehler (vgl. Neuweg 1999, 344 ff.) oder zumindest für einen Mangel an Perspektivenvielfalt und damit für die Bevorzugung von Routinelösungen. Der situativen Urteilsfähigkeit muss daher die Fähigkeit zur kritischen Reflexion der gefundenen Urteile an die Seite gestellt werden. Reflexion bedeutet, dass sich die Lernenden dem eigenen Urteilen und Handeln oder dem Urteilen und Handeln anderer gegenüber in eine Beobachterposition begeben. Die Reflexion kann im Rahmen von klinischem Unterricht z. B. gefördert werden, indem die Praxisanleiterinnen die Teilnehmer anregen, sich ihre einem Urteil zugrunde liegenden

Wissensbestände, Vorerfahrungen, Gefühle usw. bewusst zu machen, indem sie sie auf bisher nicht gesehene Phänomene hinweisen oder indem gemeinsam gezielt nach alternativen Lösungen gesucht wird. Ziel ist es, vielfältige und bisher nicht gesehene Deutungen für Pflegephänomene oder Patientenverhalten zu entwickeln, die Begrenztheit der bisherigen Deutungen zu erkennen und ein Bewusstsein von der Perspektivität und Konstruktivität von Deutungen zu entwickeln (vgl. Siebert 1999, 114; Stemmer 2001; Darmann 2004b).

Dem **kritischen Bildungsverständnis** (vgl. Klafki 1993) und dem **subjektorientierte Lehr-/Lernverständnis** (vgl. Ertl-Schmuck 2000; Landwehr 2001) zufolge sollte die Fachweiterbildung nicht nur auf die Vermittlung speziellen Wissens abheben, sondern auf die Förderung umfassender pflegeberuflicher Handlungskompetenz im emanzipativem Sinne. Dieser Anspruch spiegelt sich in Klafkis drei Grundfähigkeiten der Selbstbestimmungs-, Mitbestimmungs- und Solidaritätsfähigkeit wider (vgl. Klafki 1993, 52). Damit autonomes Denken angeeignet werden kann, ist eine prozessorientierte Wissensvermittlung erforderlich, d. h. nicht das Wissen (Begriffe, Handlungsregeln, Theorien) sollte den Teilnehmern präsentiert werden, sondern die Probleme und Fragestellungen, aus denen das Wissen hervorgegangen ist (vgl. Landwehr 2001). In diesem Bildungs- und Lehr-/Lernverständnis werden die Teilnehmer als Subjekte betrachtet, die ihr Wissen auf der Basis ihrer Vorerfahrungen und ihres Vorwissens konstruieren. Die Beziehung zwischen Lehrenden und Lernenden gestaltet sich im Unterschied zum produktorientierten objektivistischen Lehr-/Lernverständnis eher dialogisch, der Lehrende wird zum Moderator und Begleiter des Lernprozesses, er leitet einen gemeinsamen Reflexions- und Problemlösungsprozess an.

### 3.4 Ergebnisse

#### 3.4.1 Ergebnisse zur Zufriedenheit der Beteiligten

Von den Teilnehmern wurde der **Nutzen des klinischen Unterrichts** von Beginn an übereinstimmend als sehr hoch bewertet, diese Einschätzung setzte sich auch in den Erhebungen des Jahres 2004 fort. Bei der **Fragebogenerhebung im Februar 2004** waren 94% der Teilnehmer vollkommen oder größtenteils der Auffassung, dass die klinischen Unterrichte zum Erreichen ihrer persönlichen Ziele beigetragen haben. Bei der Frage, welche Fähigkeiten/Kenntnisse durch die einzelnen Elemente der Weiterbildung (neben dem klinischen Unterricht noch das problemorientierte Lernen sowie der Pflege- und der Medizinunterricht) angeeignet wurden, erhielt der klinische Unterricht in allen Items die beste Bewertung. Besonders hoch wurden der Wissenserwerb (100% vollkommen oder zu einem großen Teil), die Aneignung neuer Pflorgetechniken (81%) und das Hinterfragen gewohnter Handlungsmuster (75%) eingeschätzt. Aber auch die Fähigkeit, für Pflegeprobleme mehrere Handlungsalternativen zu entwickeln und eigene Defizite zu erkennen erhielten noch relativ hohe Zustimmung. Bei der **Fragebogenerhebung im September 2004** schneidet der klinische Unterricht nicht mehr ganz so gut ab. Beispielsweise ist der Neuigkeitswert des klinischen Unterrichts gesunken und auch neue Pflorgetechniken oder Handlungsalternativen haben sich die Teilnehmer nicht mehr in dem Umfang wie zuvor angeeignet. Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass die Teilnehmer des Kurses 02/04 bei der letzten Befragung kurz vor Abschluss der Fachweiterbildung stehen. Es überwiegt aber weiterhin eine positive Einschätzung.

In den **qualitativen Interviews mit 6 Teilnehmern des Kurses 04/06** konkretisieren die Teilnehmer den Nutzen des klinischen Unterrichts. Sie heben hervor, dass der klinische Unterricht in besonderem Maße zum **Theorie-Praxis-Transfer** beitrage.

*"Themen aus der Theorie werden noch mal besprochen und geübt. Es ist gut, dass man das Handling nochmal üben kann."*

*"Theorie und Praxis sind hier optimal vernetzt, auch mit den Pflegesituationen."*

*"Praxisanleitung ist mir extrem wichtig, lieb und teuer. Sie gibt die Möglichkeit, theoretisches Wissen zu überprüfen, Handlings teilweise neu zu lernen, zu üben, zu vertiefen und den Erfolg der Wirksamkeit zu erleben."*

Während in den Interviews, die im Dezember 02 und 03 geführt wurden, von den Teilnehmern vor allem das Erlernen von Handlings und Handgriffen genannt wurde, geben die Teilnehmer in den Interviews vom Dezember 04 außerdem an, sie hätten sich durch die klinischen Unterrichte **neue Perspektiven und Handlungsmöglichkeiten** aneignen können und seien zu einer individuelleren, **stärker an der Situation der Patienten orientierten Pflege** angeregt worden.

*"Man kann das theoretisch Gelernte gut umsetzen. Man hat Zeit, mal etwas anderes auszuprobieren, nicht nach Schema F zu handeln."*

*"Man hat Zeit, sich zurückzukoppeln, über andere Blickwinkel zu diskutieren."*

*"Man beobachtet genauer. Die Pflege wird individueller und patientenorientierter. Früher habe ich Dinge oft für die nachfolgende Schwester gemacht, oft am Patienten vorbei. Alle im Kurs fragen sich, was haben wir eigentlich früher gemacht, ein Wunder, dass die Patienten noch leben."*

*"Aber man hat Zeit zu reflektieren, wie man etwas tut und warum."*

Wie bereits im Zwischenbericht dargelegt, wird der Nutzen des klinischen Unterrichts auch von den **Praxisanleiterinnen** als sehr hoch eingeschätzt – auch wenn es immer auf den einzelnen Teilnehmer ankomme.

*"Ich denke, dass Lernerfolg und Kompetenz der TN stark zunehmen durch die Anleitungen."*

Die **Stationsleitungsteams** sehen in der Freistellung der Praxisanleiterinnen eine Steigerung der Ausbildungsqualität, da Ausbildung unabhängig von den personellen Gegebenheiten auf der Station möglich ist. Die Praxisanleiterinnen arbeiten mit den Teilnehmern längere Zeit unmittelbar zusammen, geben ihnen Rückmeldung zu den "Grundlagen" pflegerischer Tätigkeit und vermitteln neueste Erkenntnisse. Strukturell beruteilen die Stationsleitungen positiv, dass die Praxisanleiterinnen nicht zu Lasten des Stellenplanes gehen und dass die eigene Verantwortung für die Praxisanleitungen gesunken ist.

Auch mit der **Durchführung** sind alle Beteiligten sehr zufrieden. Verbesserungsvorschläge existieren nicht.

### 3.4.2 Ergebnisse aus didaktischer Sicht

Im Folgenden werden die Ergebnisse der nicht-teilnehmenden Beobachtung von jeweils einem klinischen Unterricht pro Praxisanleiterin präsentiert. Bis auf einen fanden die Unterrichte immer im Frühdienst und auf unterschiedlichen Intensivstationen statt. Die Beobachtungen wurden in narrativer Form festgehalten und im Anschluss daran für die Auswertung abgetippt. Die Auswertung erfolgte anhand eines inhaltsanalytischen Verfahrens. Vor Beginn der Datenerhebung wurde auf der Grundlage theoretischer Vorüberlegungen (siehe 3.3) ein Kategoriensystem erstellt, dieses wurde mit den Praxisanleiterinnen rückgekoppelt und geringfügig verändert. Anhand dieser Kategorien wurden die Aufzeichnungen analysiert, indem Textteile den jeweiligen Kategorien zugeordnet wurden. Bei dieser Analyse stellte sich heraus, dass einige neue Kategorien gebildet und andere verworfen werden mussten, das Kategoriensystem musste also modifiziert werden. Dies betraf insbesondere die Unterkategorien. Nicht bewährt hat sich beispielsweise die Kategorie "äußert bei Fehlern, Defiziten u.ä. Kritik", neu wurde die Kategorie "dialogische Gestaltung der Kritik" gefunden. Die folgende Darstellung erfolgt überblicksartig. Ausführlicher präsentiert und belegt werden

nur problematische Aspekte. Zitate aus den Beobachtungsprotokollen werden kursiv gedruckt.

**Motivierende und erwachsenderechte Beziehungsgestaltung:** Insgesamt wurde festgestellt, dass die Praxisanleiterinnen einen höflichen, freundlichen und offenen Umgang mit den Teilnehmern pflegen. Kritik wird wertschätzend, ermutigend und konstruktiv geäußert. Lob wird sowohl verbal als auch nonverbal (durch Gestik und Mimik) ausgedrückt. Mängel hinsichtlich der Beziehungsgestaltung bestehen in der Partizipation der Teilnehmer sowohl an unterrichtsbezogenen Entscheidungen als auch an der Reflexion der klinischen Unterrichte.

Viele Entscheidungen werden von den Praxisanleiterinnen allein gefällt, wie folgende Beobachtung belegt. *"Die weitere Planung findet nur ganz kurz statt, indem die PA sagt, dass sie nachher dann zusammen zu Herrn M wegen der Mobilisation gehen würden"* oder *"Wieder im Zimmer, klärt die PA die Rollenaufteilung, indem sie von sich aus vorgibt, dass die Teilnehmerin sie delegieren solle. Sie als PA stehe ihr zur Seite, die TN müsse ihr jedoch sagen was sie zu tun habe"*.

In fünf der sechs Anleitungen war die Gestaltung der Reflexionsphasen zumindest stellenweise nicht geglückt. Folgende Notiz soll das Hauptproblem innerhalb dieser Unterkategorie verdeutlichen: *"In der Reflexion fragt die PA zuerst die TN nach ihrer Meinung und wie sie diesen Tag empfunden hat. Zudem versucht sie herauszufinden, was nach Ansicht der Teilnehmerin im Moment das Wichtigste für die Patientin sei. Die Teilnehmerin führt dies kurz aus. Im Anschluss daran gibt die Praxisanleiterin ihr ein Feedback, ohne der Teilnehmerin die Möglichkeit zu lassen, zu den Einzelsequenzen noch einmal etwas zu sagen."* Die Teilnehmer erhalten in der Reflexion in den meisten Fällen nicht die Chance, sich selbst einzuschätzen und Selbstkritik zu üben. Die Reflexion besteht in erster Linie aus einem Feedback durch die Praxisanleiterinnen.

**Urteilsfähigkeit und Problemlösekompetenzen fördern:** Den Praxisanleiterinnen gelingt es, die Teilnehmer durch Impulse zur selbstständigen Entwicklung von Hypothesen und Problemlösungen anzuregen und sie durch Hinweise auf bisher nicht wahrgenommene Probleme und Ressourcen aufmerksam zu machen. Schwierigkeiten, die Eigenaktivität der Teilnehmer zu fördern, sind daran erkennbar, dass die Praxisanleiterinnen des Öfteren mit offenen Fragen an die Teilnehmer beginnen, aber dann sehr schnell selbst einen Vorschlag unterbreiten. Ein weiteres Problem besteht dann, wenn Handlungsnormen nur deswegen durchgeführt werden, weil sie von der Schule oder in der Literatur so vertreten werden im Sinne von "Wir können das ja für unsere Schicht richtig machen." Die Praxisanleiterinnen machen sich und die Handlungsnormen damit unglaubwürdig. In zwei klinischen Unterrichten wurde das prozess- und patientenorientierte Pflegeverständnis überzeugend umgesetzt, in den übrigen 4 Unterrichten waren mehr oder weniger große Anteile an regel- und tätigkeitsorientierter Pflege zu beobachten.

**Patient steht im Mittelpunkt, ist nicht Mittel zum Zweck:** Die Praxisanleiterinnen haben die Situation des Patienten fast immer im Blick und berücksichtigen seine Belastungsfähigkeit. Sehr positive Beispiele pflegerischer Begegnung konnten beobachtet werden. In den Beobachtungsprotokollen gab es nur eine Situation, in der die Bedürfnisse und die Lage des Patienten nicht angemessen aufgegriffen und stattdessen der klinische Unterricht fortgeführt wurde. Diese Situation wurde vom Beobachter als grenzwertig empfunden.

**Strukturierung und Organisation der klinischen Unterrichte:** Die klinischen Unterrichte waren gut strukturiert. Ein sinnvoller Wechsel zwischen expliziten und impliziten Unterrichtsphasen fand statt. Störungen kamen meistens von außen (bspw. das Warten auf den Arzt bei geplanter Umlagerung). Zuständigkeiten wurden i.d.R. klar abgesprochen, allerdings hatten die Praxisanleiterinnen vor allem dann Schwierigkeiten, sich an die Abmachungen zu

halten, wenn sie den passiven Part übernommen hatten und die Teilnehmer in der aktiven Rolle waren.

**Gestaltung des klinischen Unterrichts als Lernprozess:** Eine gezielte Planung des Lernprozesses erfolgte i.d. R. nicht. Dies würde z. B. beinhalten, dass gemeinsam Lernziele für den Unterricht bestimmt und diese Ziele nach Abschluss des klinischen Unterrichts evaluiert werden. In manchen Anleitungen bestimmten fast ausschließlich die pflegerischen Erfordernisse (und nicht die Lernerfordernisse) den Tag.

### 3.5 Empfehlungen

Viele Elemente des gemeinsamen verabredeten Konzepts des klinischen Unterrichts konnten beobachtet werden. Da aber das Konzept für die Praxisanleiterinnen noch neu war, wurden natürlich noch nicht alle Aspekte umgesetzt. Folgende Punkte bedürfen der Aufmerksamkeit:

- Die Teilnehmerinnen sollten stärker an unterrichtsbezogenen Entscheidungen beteiligt werden, dies betrifft beispielsweise die Tagesstrukturierung, die Aufteilung der Arbeit oder das Aufstellen von Lernzielen.
- Die Reflexion des klinischen Unterrichts am Ende sollte mit einer Selbstreflexion der Teilnehmer beginnen.
- Die Praxisanleiterinnen sollten sich noch stärker mit eigenen Ideen zurückhalten und die Teilnehmer dazu anregen, ihrerseits Probleme zu entdecken, zu analysieren und Lösungen zu entwickeln.
- Wenn Handlungsnormen aufgestellt werden, dann müssen sie auch begründet werden können. Handlungsnormen, die von den Praxisanleiterinnen selbst nicht befolgt werden, sollten zumindest einer kritischen Prüfung unterzogen werden.
- Die Praxisanleiterinnen sollten weiter darin unterstützt werden, das prozess- und patientenorientierte Pflegeverständnis in den klinischen Unterrichten umzusetzen. Die gemeinsame Arbeit am "praktischen Weiterbildungordner" stellt eine Möglichkeit dar, den Praxisanleiterinnen die Bedeutung und Umsetzungsmöglichkeiten zu zeigen.
- Wenn die Teilnehmerinnen ein verrichtungsorientiertes, mechanistisches Pflegeverständnis erkennen lassen, sollten die Praxisanleiterinnen dieses hinterfragen.
- Ziele des klinischen Unterrichts und Schwerpunktthemen sollten gemeinsam klarer herausgearbeitet werden. Dies ermöglicht eine bessere Strukturierung des klinischen Unterrichts als Lernprozess. Außerdem könnten Phasen impliziten (gemeinsames Arbeiten) und expliziten Unterrichts gemeinsam festgelegt werden. Dies könnte die Praxisanleiterinnen entlasten und sie hätten nicht mehr das Gefühl, sie müssten ständig anleiten.

## **4. Das Problemorientierte Lernen**

### 4.1 Zusammenfassung

#### 4.2 Fragestellung sowie Datenerhebung

#### 4.3 Ergebnisse

##### 4.3.1 Das Problemorientierte Lernen aus Teilnehmer-Sicht

##### 4.3.2 Das Problemorientierte Lernen aus didaktischer Sicht

###### 4.3.2.1 Die Durchführung des POL

###### 4.3.2.2 Die Wirkhintergründe des POL

#### 4.4 Diskussion und Empfehlungen

### **4.1 Zusammenfassung**

Das problemorientierte Lernen war das curriculare Element, das am intensivsten evaluiert wurde. Zum einen deswegen, weil das POL im Unterschied zu den anderen Lehr-/Lernformen bisher noch kaum in der Fachweiterbildung Anästhesie- und Intensivpflege eingesetzt wird und zum anderen, weil auch die am Projekt Beteiligten (vor allem die Teilnehmer) sich besonders am POL rieben. Während der ersten eineinhalb Jahre stand vor allem die Verbesserung der Durchführung des POL im Mittelpunkt: Anfangs wurden die Rahmenbedingungen (POL findet jetzt an Studientagen statt), die Fälle (jetzt offen und komplex) und die Moderation durch die Praxisanleiterinnen (sollten bei naivem und oberflächlichem Wissen intervenieren) verändert (s. Zwischenbericht), nach etwas über einem Jahr wurde die Moderation auf die Teilnehmer übertragen und die Praxisanleiterinnen fungierten nur noch als Tutoren, außerdem wurde die zweite Sitzung stärker strukturiert.

Von Beginn an wurde das problemorientierte Lernen von den Teilnehmern sehr ambivalent beurteilt. Bis zum Schluss kam das problemorientierte Lernen im Vergleich zu den anderen Lehr-/Lernformen bei allen Kriterien schlechter weg. Insbesondere die Teilnehmer des letzten Kurses (04/06) gelangten aber zu einer sehr differenzierten Einschätzung und konstatierten, sich durch POL Deutungs- und Reflexionskompetenz sowie die Fähigkeit zum selbstständigen Lernen angeeignet zu haben. Dass die Teilnehmer des Kurses 04/06 eine positivere Haltung gegenüber dem POL an den Tag legen, dürfte nicht zuletzt auf die genannten Verbesserungen in der Durchführung zurückzuführen sein.

Hintergründe zu den Wirkzusammenhängen des POL konnten anhand der Analyse von Gesprächsprotokollen der Kleingruppensitzungen ermittelt werden. Es wurden zwei Formen der Gruppeninteraktion identifiziert, nämlich die reflexions- und die aufgabenorientierte Gruppeninteraktion. Diese Befunde belegen die Motivation der Gruppe für einen gelingenden Lernprozess. Je nachdem, in welcher Gruppe sich ein Lernender befindet, wird er mehr oder weniger lernen.

Die aus den Ergebnissen resultierenden Empfehlungen richten sich weniger auf die Durchführung der POL-Sitzungen als vielmehr auf die Arbeit an der Haltung und den Erwartungen der Teilnehmer.

### **4.2 Fragestellung sowie Datenerhebung und –auswertung**

Ziel der Evaluation war es erstens, die Zufriedenheit der Teilnehmer und anderer an dem Projekt Beteiligter mit dem Nutzen und der Durchführung des problemorientierten Lernens (POL) zu ermitteln. Diese Frage wurde in erster Linie anhand der durch Befragungen gewonnenen Daten beantwortet (4.3.1 Das Problemorientierte Lernen aus Teilnehmer-Sicht).

Zweites wurde das Ziel verfolgt, mithilfe von Methoden der interpretativen Unterrichtsforschung die Wirkhintergründe des POL zu erforschen. Dabei wurden folgende Fragen

fokussiert: Wie gehen die Teilnehmer mit dem Lernangebot (POL) um und wie nutzen sie es? Welche Gründe gibt es für eine mangelnde Nutzung des Lernangebots? Welche Merkmale kennzeichnen die Interaktion beim POL? Diese Fragen sind deswegen wichtig, weil mittels feldexperimenteller Studien eine Evidenz für die Überlegenheit des POL gegenüber traditionellem Unterricht bislang noch nicht nachgewiesen werden konnte (vgl. Colliver 2000; Smits 2002). Warum die mit dem POL intendierten Wirkungen nicht eintreten, darüber sagen die Studien aber nichts aus. Hierüber mehr Klarheit zu erlangen, war das Anliegen der Analyse der Transkripte von POL-Sitzungen (4.3.2 Das Problemorientierte Lernen aus didaktischer Sicht). Aber auch Ansatzpunkte für Verbesserungen des Lehr-/Lernarrangements wurden durch die Transkriptanalyse gefunden.

<b>Methode</b>	<b>Sample</b>	<b>Zeitpunkt</b>
Qualitative Befragung	6 TN des Kurses 04/06	12/04
Nicht-teilnehmende Beobachtung von 6 POL-Sitzungen	2 PA und 2 POL Gruppen des Kurses 04/06	10-11/04
Fragebogen	Alle TN des Kurses 02/04	9/04
Fragebogen	Alle TN des Kurses 02/04	2/04
Qualitative Interviews	6 TN des Kurses 02/04	12/03
Nicht-teilnehmende unstrukturierte Beobachtung von 6 POL-Sitzungen mit Tonbandaufzeichnung	3 PA und drei POL-Gruppen des Kurses 02/04	11-12/03, Auswertung 2004
Qualitative Interviews	Alle (5) Praxisanleiterinnen	5/03
Befragung per Fragebogen	Alle Mitglieder von Stationsleitungsteams (31 Bögen, Rücklauf 39%)	2/03
Unstrukturierte Beobachtung zweier Sitzungen einer zweiten POL-Gruppe	1 POL-Gruppe, 1 PA	2/03
Analyse eines POL-Protokolls		1/03
Unstrukturierte Beobachtung zweier Sitzungen einer POL-Gruppe	1 POL-Gruppe, 1 PA	1/03
Dokumentenanalyse: POL-Fall		1/03
Befragung per Fragebogen	Alle TN des Kurses 01/03	1/03
Qualitative Befragung	6 TN des Kurses 01/03	12/02

Diese wurden auf Tonband aufgenommen und transkribiert. Die Auswertung erfolgte anhand der Methode der Grounded Theory (vgl. Glaser/Strauss 1967; Strauss 1994), für die Feinanalyse wurden Aspekte der Konversationsanalyse integriert (vgl. Bergmann 1981; 1995).

## 4.3 Ergebnisse

### 4.3.1 Das Problemorientierte Lernen aus Teilnehmer-Sicht

Der **Fragebogenbefragung der Teilnehmer des Kurses 02/04 im Februar 2004** zufolge hat sich die geringe Akzeptanz des POL im Vergleich zu den Befragungen im Januar 2003 nicht wesentlich erhöht. Die Teilnehmer sehen ihre vorrangigen Ziele wie "Wissenserwerb" und "Praxisverbesserung" nur zu einem sehr geringen Teil durch POL erreicht. Relativ zum Stellenwert des Dozentenunterrichts, des Klinischen Unterrichts und der Praktischen Einsätze wird der des POL erheblich niedriger eingeschätzt: Während fast 100 % der Teilnehmer die Bedeutung des Klinischen Unterrichts für die Zielerreichung hoch bis sehr hoch einstufen, liegt der entsprechende Anteil für POL nur bei 6 %. Für 31 % der Teilnehmer hat POL eine teilweise Bedeutung für die Zielerreichung .

Dieses Ergebnis korrespondiert mit den Antworten auf die Frage nach der Verbesserung folgender Fähigkeiten durch POL: unter 20 % geben an, sich "neues Wissen" angeeignet ("vollkommen" und "zum großen Teil"), mehr "Praxissicherheit", "Kommunikationsfähigkeit", "Teamfähigkeit" sowie die "Fähigkeit, Handlungsalternativen zu entwickeln" erlangt zu haben. Etwas günstiger wird POL in den Kategorien "eigenen Standpunkt vertreten" (25%), "eigene Stärken und Schwächen erkennen" (38%) sowie "sich selbstständig Wissen aneignen" (51%) beurteilt. Die meisten Teilnehmer ordnen dem POL Werte im mittleren Bereich zu.

Auf die Frage, ob POL, so wie es ist, beibehalten werden soll, antwortet 1 Teilnehmer zustimmend, 7 Teilnehmer antworten mit "teils, teils", 3 Teilnehmer mit "gering" und 5 Teilnehmer mit "völlig unzutreffend".

In der **Wiederholungsbefragung vom September 2004** verbessert sich diese Einschätzung nur unwesentlich. Die in der Befragung vom Februar 2004 erkennbare Distanz zu POL hat sich allerdings abgeschwächt. Keiner der Teilnehmer lehnt POL vollständig ab. Insgesamt entfallen extreme Einschätzungen, alle Teilnehmer werten im mittleren Bereich.

In den **qualitativen Interviews mit sechs Teilnehmern des Kurses 04/06** wird POL differenzierter und positiver bewertet als in den vorangegangenen Erhebungen bei anderen Kursen. Die Akzeptanz der POL-Gruppenarbeit hat sich spürbar erhöht. Es gibt keine einhelligen Ablehnungen mehr, jedoch auch keine begeisterte Zustimmung wie bei den klinischen Unterrichten. Im Unterschied zum Kurs 02/04 wird POL nicht mehr nur unter der Perspektive des Wissenserwerbs beurteilt, sondern auch als eine Methode, die Reflexionsfähigkeit, Urteilsvermögen und Begründungsfähigkeit fördert.

POL wird als **sinnvolle Lernmethode** bewertet, weil sie die Eigenaktivität beim Recherchieren sowie **selbstständiges und nachhaltiges Lernen** fördere. Das Recherchieren gilt den meisten Teilnehmern als wirkungsvollster Lerneffekt.

*"POL ist nachhaltiger. "*

*"Das Wissen wird intensiviert."*

*"POL finde ich gut, weil man in die Tiefe geht und sich mit den Lernzielen den Stoff selbst erarbeiten muss. Inzwischen passen die Hypothesen häufig."*

Einige Teilnehmer benennen die produktive Vermittlung zwischen Theorie und Praxis. Die im Kurs 02/04 kritisierte mangelnde Verbindung mit dem Dozentenunterricht wurde überwunden.

*"POL finde ich sehr gut, man hat immer den Transfer von Theorie und Praxis, weil das Thema zeitnah von den Dozenten behandelt wird. Man kann seine Recherchen auch in die Hausarbeit integrieren."*

Eine positive Einschätzung des POL geht auch aus folgendem Gesprächsausschnitt aus einem Transkript einer POL-Sitzung hervor.

*Tn: Ich fand es super. Also ich hab richtig viel gelernt von Neuro, GBS und ich fand es auch sehr angenehm, wie es gelaufen ist, letztes Mal und auch heute, schön. So macht Lernen Spaß. (eine lacht) Nee, ehrlich.*

*Tn: Ich auch, ich konnte gut meine Lücken beantworten, die ich ja durchaus hatte, ja. Ich fand es gut.*

*Tn: Ich bin auch ganz zufrieden und ich finde, wir hören uns zunehmend besser zu.*

Mehrfach wird darauf verwiesen, dass POL das Bewusstsein über das "Wie" des täglichen Handelns fördere und damit Perspektiven jenseits von Routine und Regelmäßigkeit eröffne: **Deutungs- und Reflexionskompetenz.**

*"In den Fällen werden oft negative Dinge dargestellt, die falsch laufen, aber die im Praxisalltag üblich sind. Wenn wir darüber diskutieren, wird uns manches bewusster und das schult unsere Professionalität."*

*"Das schärft die Wahrnehmung auf Station."*

*"Durch die verschiedenen Hypothesen und Lösungsmöglichkeiten eines Falls wird klarer, dass man es eben auch anders und nicht nur nach Schema F machen kann."*

*"Positiv bei POL finde ich das breitere Verständnis für Pflegeprobleme, das Aufzeigen von alternativen Handlungsweisen und verschiedenen Problemlösungen."*

Die Frage nach den **Möglichkeiten der Anwendung von POL im Stationsalltag** löst eher Unverständnis aus.

*"POL ist eine didaktische Methode, die in der Praxis nicht umsetzbar ist. Dafür brauche ich Raum und Zeit. Die Methode ist einfach ineffektiv bezüglich der Zeit. Sie ist nur für die Ausbildung geeignet, nicht für die Praxis, da gehe ich nicht nach POL vor, ich habe keine Zeit, Hypothesen zu bilden und zu recherchieren."*

*"In der Praxis hat man keine Zeit, Hypothesen zu bilden, man muss allein sofort reagieren. Nur in der Praxisanleitung kann ich POL so umsetzen."*

Die von POL intendierte **Ausbildung von Deutungskompetenz** wird nach Ansicht einiger Teilnehmer in der Praxis nicht abverlangt.

*"Ja, aber mit Deutung haben wir in der Pflege nicht so viel zu tun, Diagnose wird von uns nicht verlangt auf der Intensivstation im Unterschied zur Notaufnahme."*

*"Wird vielleicht nicht unbedingt nachgefragt, da muss man sich zu Wort melden. Hallo, ich stehe hier acht Stunden am Bett und ich habe das und das beobachtet."*

Deutlich wird auch, dass die Perspektivität des Urteilens häufig nicht bewusst wird.

*"Ja, aber dieses bewusste Hypothesenbilden macht man ja nicht in der Praxis, ich glaube, das ist ein unbewusster Prozess, man kommt ins Zimmer, hat seine Patienten, überlegt, was das Problem sein könnte, hat dann seine eigenen Hypothesen, aber dann kommuniziert man mit dem Arzt, ich habe jetzt das und das wahrgenommen bei dem Patienten."*

Die meisten Teilnehmer finden POL allerdings nach wie vor nur **eingeschränkt sinnvoll** als Lernmethode, weil sie zeitlich zu aufwendig sei. Das fehlende Fachwissen zu Beginn und die Hypothesenbildungen erscheinen im Vergleich zum Frontalunterricht **ineffektiv**.

*"Der Weg zum Lernziel über die einzelnen Schritte ist oft zu lang. Als Praktiker habe ich oft schneller im Kopf, worum es geht und brauche nicht solche Umwege."*

*"Mit der Hypothesenbildung kann ich mich nicht arrangieren, man kommt ja von Pontius zu Pilatus."*

*"Das fehlende Fachwissen am Anfang finde ich nicht sinnvoll; wir hangeln uns allein durch, ohne fachliche Anleitung. Ich habe mir mein Wissen durch Frontalunterricht angeeignet und ich finde es besser, wenn da ein Fachmann vorn steht und Wissen vermittelt, worüber man dann auch diskutieren kann."*

Hinsichtlich der **Durchführung des POL** wünschen sich die Teilnehmer eine **gestraffte und weniger formalisierte Umsetzung** des POL.

*"Das Problem ist die Zeit und das strukturierte Abarbeiten der Schritte, da könnte man manches überspringen und raffen. Die starre Formalisierung verhindert manchmal eher die Diskussion über verschiedene Ansichten."*

Das gemeinsame **Lernen in der Gruppe** wird von den Teilnehmern aus den beiden befragten POL-Gruppen sehr unterschiedlich beurteilt. Offensichtlich hängen Effektivität und Lernfreude von der Gruppenstruktur und Gruppenatmosphäre ab.

*"Wir kommen aus verschiedenen Fachabteilungen und lernen viel voneinander, weil jeder ein anderes Vorwissen einbringt."*

*"Es herrscht eine gute Atmosphäre, in der man seine Meinung äußern kann."*

*"Die Methode, die 7 Schritte werden inzwischen gut beherrscht, der Moderator achtet v.a. auf das Zeitmanagement, aber die Gruppe strukturiert sich auch schon selbst, weil sich jeder beteiligt."*

*"Wir arbeiten noch viel gegeneinander, sind noch auf der Suche nach Zusammenarbeit. Jeder pocht auf seine Meinung und fühlt sich angegriffen oder wird niedergeschmettert. Dann reden nur noch die Dominanten, die Stillen halten sich raus."*

Die durch die Evaluation eingeführte **Moderation durch Gruppenmitglieder** wird von den Teilnehmern positiv beurteilt.

*"Die Gruppe arbeitet gut und effektiv, wenn wir selbst moderieren. Wenn man die Schritte verinnerlicht hat, dann läuft es fast ohne Tutor, das diszipliniert, man erzieht sich gegenseitig. Das Gruppenverhalten ändert sich, man hört besser zu."*

Die **Fälle** werden nach den umgesetzten Empfehlungen überwiegend positiv bewertet. Die Teilnehmer schätzen Fälle, die komplex, offen und praxisnah sind.

*"Ja, da hat man mehr Ideen, wenn es offener ist. Bis jetzt waren die Fälle sehr praxisnah."*

*"In den Fällen werden oft negative Dinge dargestellt, die falsch laufen, aber die im Praxisalltag oft üblich sind. Wenn wir darüber diskutieren, wird uns manches bewusster und schult unsere Professionalität."*

Bemerkt wurde auch die gute Vernetzung der Fälle mit der Theorie.

*"Hilfreich war auch, dass die Probleme aus den Fällen in der Theorie wiederkehrten."*

Die **Unterstützung durch die Tutoren (Praxisanleiterinnen)** wurden überwiegend positiv beurteilt. Ein gut strukturiertes Setting und sparsame Impulse fördern die Selbstlernkompetenz nach Einschätzung der Teilnehmer. Vertiefende Nachfragen bei oberflächlichem Wissen oder vorschnellen Hypothesen erweitern das Problembewusstsein.

*"Die Selbstständigkeit der Gruppe ist gut, die Mischung macht es. Manchmal sind Hinweise wichtig auf dies oder jenes zu achten, manchmal müssen wir gebremst werden und auf das Wesentliche zurückgeholt werden."*

*"Sie fragen genauer nach, geben sich nicht mit einer Lösung zufrieden, Beispiel Bauchfellentzündung, was kann noch dahinter stecken? Und dann müssen wir neue Hypothesen finden und selbst recherchieren."*

### 4.3.2 Das Problemorientierte Lernen aus didaktischer Sicht

Die Analyse der Transkripte von POL-Sitzungen wurde unter zwei Fragestellungen vorgenommen. Erstens wurde im Sinne der formativen Evaluation die Qualität der Durchführung des POL, insbesondere im Hinblick auf die Moderation der POL-Sitzungen durch die Praxisanleiterinnen, überprüft (4.3.2.1) und zweitens wurden Wirkhintergründe des POL ermittelt (4.3.2.2).

#### 4.3.2.1 Die Durchführung des POL

Nach den vorhergehenden Untersuchungen im Frühjahr 2003 waren die Moderatorinnen dahingehend geschult worden, den Siebensprung mehr am Fall auszurichten, stärker das oberflächliche Wissen der Teilnehmer zu hinterfragen, die Teilnehmer durch Impulse zur Vertiefung und zur Reflexion ihres Wissens anzuregen sowie die Teilnehmer zu Quellenkritik aufzufordern. Zur inhaltlichen und didaktischen Vorbereitung der Praxisanleiterinnen auf die POL-Sitzungen war ein Fallgremium etabliert worden, in dem die Fälle jeweils mit Problemen und Hypothesen sowie dem antizipierten Vorverständnis der Teilnehmer und möglichen Impulsen durchgesprochen wurden. Mittels der Analyse der Gesprächsprotokolle sollte nun untersucht werden, wie sich diese Veränderungen ausgewirkt haben und ob weitere Veränderungen erforderlich sind.

Durch die Analyse wurden drei Probleme der Moderation ermittelt, nämlich erstens die insgesamt zu starke Steuerung des Lehr-/Lern- bzw. Interaktionsprozesses durch die Praxisanleiterinnen, zweitens eine zu direkte Art der Intervention bei falschen oder naiven Teilnehmer-Äußerungen und drittens eine mangelnde Strukturierung der zweiten POL-Sitzung. Die einzelnen Problembereiche werden im Folgenden jeweils anhand von Ausschnitten aus dem Datenmaterial veranschaulicht.

Eine zu **starke Steuerung des Lehr-/Lern- bzw. Interaktionsprozesses** durch die Moderatorin/Praxisanleiterin ist an folgenden Merkmalen des Unterrichtsgesprächs erkennbar:

- Das Gespräch verläuft über die Moderatorin.
- Die Moderatorin strukturiert annähernd jeden Schritt.
- Die Moderatorin verifiziert und falsifiziert Teilnehmerantworten.
- Die Teilnehmer entwickeln kaum selbst aktiv Fragen oder Ideen, sie nehmen eine ähnlich passive Rolle ein wie im Fachunterricht.

An einem Gesprächsausschnitt aus einer 2. POL-Sitzung zu einem Fall mit dem Titel "Eine Patientin schreckt auf" kann dieses Moderationsproblem verdeutlicht werden. In dem Fall wird eine Patientin mit einer rechtsseitigen intracerebralen Blutung beschrieben, die Teilnehmer haben in der ersten Sitzung das Lernziel "Wie kann ich Frau T. mit ihrer linksseitigen Parese nach Bobath lagern und warum?" entwickelt. In der zweiten Sitzung tragen sie nun ihre Rechercheergebnisse zusammen. Die fett gedruckten Äußerungen stammen jeweils von der Moderatorin/Praxisanleiterin (s. Datenband S. 75, Z. 865 – S. 77, Z. 940).

**L:** *Das dritte ist dann, wie kann ich Frau T. mit ihrer linksseitigen Parese nach Bobath lagern und warum? Hier erwarte ich wieder Großes.*

**Tn:** *Ich fange mal an. Ich habe mehrere Artikel gefunden, hm, Entschuldigung und*

*Auch im Krankenpflegeleitfaden und hm, da sind überall die gleichen Lagerungen drin. Man kann Frau T. auf allen Seiten lagern, ob Rücken, rechts oder links und auch auf der betroffenen Seite oder nicht, das kann man alles machen. Hier steht in den Büchern steht drin, dass sie auf der betroffenen Seite, dass die Lage auf der betroffenen Seite am günstigsten ist, weil die Wahrnehmung dann optimal gefördert wird so. Ich habe jetzt aber eine Bobath-Therapeutin gefragt und sie hat gesagt, man sollte eher die betroffene Seite oben liegen lassen, aber es hängt von dem Befund ab und von dem Stadium, je nachdem, ob sie schlaff oder spastisch ist, damit man die betroffene Seite aktivieren kann am Geschehen. Das habe ich rausgefunden. Ansonsten die Bobath-lagerung an sich, hm, soll ich die jetzt aufzeigen? Da haben wir, glaube ich, alle so ein ungefähres Bild, ne?*

**L:** ***Vielleicht können wir einmal zur Erarbeitung für das Ganze die Knackpunkte aufschreiben.***

*Tn:* *Vor allen Dingen wichtig ist vor allen in der Seitenlage, dass man eine neunzig Grad Seitenlagerung macht.*

**L:** ***Und da eben wichtig, warum?***

*Tn:* *Weil eine, eine hohe Spürinformation gegeben wird, steht im Buch.*

*Tn:* *Ich habe hier Ziele allgemein bei...*

**L:** ***Nimm doch erst mal Bezug auf E. vielleicht.***

*Tn:* *Ja, wollte ich jetzt ja warum so..*

**L:** ***Wolltest du, ganz klar***

*Tn:* *Da steht hier Hemmung pathologischer Muster bei der Hemiplegie und Regelung von Muskeltonus durch Retraktion Beugendenz von Hand und Arm sowie der <..> des Beins, steht bei der Bobath (..).*

*Tn:* *Hier steht, verlorene Körperfunktion wiederherstellen, Bewusstmachen der gelähmten Körperseite, aber das gehört ja alles mit dazu. Das Zusammenspiel der Körperhälften soll neu organisiert werden, Sicherheit und Wohlbefinden soll neu gestärkt werden. Die Wahrnehmungsfähigkeit soll geschult werden und so auch Sensibilität und Orientierung. Die Förderung des Selbstwertgefühls durch die Selbstständigkeit, wenn die Seite oben liegt und hm neu erlernte Bewegungsabläufe sollen automatisiert werden.*

**L:** ***Ihr habt euch ja alle damit befasst. War das Quatsch, was E. jetzt vorgelesen hat oder habt ihr einiges bei euch auch, wo ihr gesagt habt, Mensch das wiederholt sich oder habt ihr was anderes oder?***

*Tn:* *Ja, E. hat ja eben dieses von Bobath, das habe ich auch gelesen.*

**L:** ***Also du hast das, was E. eben vorgelesen hat, hast du identisch auch?***

*Tn:* *Ja.*

**L:** ***Oder andere Punkte oder einige Punkte, die da nicht sind, die man ergänzen könnte oder ?***

*Tn:* *Ich muss sagen, ich hab, gebe mich nicht soviel mit diesem Warum oder so ab, ich wusste die Lage oder so, aber dass ich da so gezielt sage, <5>.*

**L:** ***Und das deckt sich genau?***

*Tn:* *Ja.*

**L:** ***Hm, wie ist das bei den anderen? <7> T. ((spricht T an))***

*Tn:* *<sehr leise gesprochen: Urlaub>*

**L:** ***Dann mal rein. Hast du ergänzend zu E. noch was, oder?***

*Tn:* *Nein, es deckt sich alles, also ich glaube schon, dass man jetzt hier, ich weiß nicht drei Bücher rausholen kann, dass sich im Groben alles deckt. Es gibt wahrscheinlich zwei, drei Feinheiten, aber ob das nun relevant ist, ist eine andere Frage. Sie werden alle auf die Seite gedreht.*

**L:** ***Das können wir hier besprechen.***

Annähernd jede zweite Äußerung stammt von der Moderatorin/Praxisanleiterin. Sie strukturiert den Interaktionsprozess, indem sie die Teilnehmer auffordert, ihre Rechercheergebnisse vorzutragen, Ergebnisse schriftlich festzuhalten, ihre Aussagen zu belegen ("wichtig, warum?"), sich auf die Vorredner zu beziehen ("Nimm doch erst mal Bezug auf E"), zu einer Aussage eines anderen Teilnehmers Stellung zu beziehen oder Informationen zu ergänzen. Die Teilnehmer reagieren auf die Intervention der Moderatorin, entwickeln selbst in diesem Ausschnitt aber keinerlei Aktivitäten, Fragen oder Ideen. Eine Teilnehmerin erläutert im weiteren Verlauf des Gesprächs die Vor- und Nachteile des Lagerens auf die stärker und die weniger stark betroffene Seite.

*Tn: Das heißt auf die betroffene Seite gedreht und neunzig Grad und es wird auch beschrieben, dass der Arm da 90 Grad abgewinkelt werden soll, Ellenbogen gedreht, gestreckt, das gesunde Bein liegt vor dem gelähmten und so weiter und so fort. Und es wird auch erklärt warum ...usw. ((erklärt ca. 2 min die mögliche Lagerungen von halbseitengelähmten Patienten))*

**L: Genau und was erreicht man dadurch?**

*Tn: Eh, mehr oder weniger antispastisch, dass es also nicht irgendwie anfängt.*

**L: Genau, Spastizität hemmend, antispastisch gibt es nicht. Spastizität hemmend, das ist der Fachausdruck.**

Die Moderatorin/Praxisanleiterin verifiziert die Erläuterung der Teilnehmerin, stellt eine Wissensfrage zur Begründung des Gesagten und verifiziert anschließend die Antwort. Was richtig ist und was falsch, wird demnach durch die Moderatorin/Praxisanleiterin definiert, während die Teilnehmer Antworten produzieren. Die Teilnehmer lernen dadurch nicht, diese Einschätzung selbst vorzunehmen.

Als ein weiteres Moderationsproblem konnten **zu direktive Impulse** der Praxisanleiterinnen festgestellt werden. Grundsätzlich dienen Impulse dazu, die Teilnehmer zur Konstruktion oder zur Reflexion von Wissen oder Deutungen/Konstruktionen anzuregen. Im folgenden Gesprächsausschnitt, der einer 1. POL-Sitzung entnommen wurde, verwendet die Moderatorin/Praxisanleiterin hierfür zahlreiche Wissensfragen, also Fragen, mit denen z. B. die Reproduktion von Begriffen, Definitionen, Fakten, Merkmalen, Kriterien, Regeln oder Gesetzmäßigkeiten gefordert wird. Wissensfragen haben ein vergleichsweise niedriges Anspruchsniveau (s. Datenband, S. 109, Z. 673 - S. 110, Z. 696).

*Tn: Ja, vielleicht weil er einen AV-Block hat.*

**L: Was ist das?**

*Tn: Dass die Reizleitung nur noch von da weitergeht und nicht mehr vom Sinus nach dem AV-Knoten.*

**L: Von wo aus?**

*Tn: Was kommt danach?*

**L: Genau, wie sieht die überhaupt aus, die Herzreizleitung?**

*Tn: Ah, Sinus, AV, Tawaraschenkel, His-Bündel*

**L: Was? ((weitere leise im Hintergrund))**

*Tn: Purkinje-Fasern.*

*Tn: Genau.*

**L: Was, Tawaraschenkel, His-Bündel?**

*Tn: Andersrum.*

*Tn: Andersrum.*

**L: Gut.**

*Tn: Und da ist die Frequenz wie?*

**L: Wo befindet sich das so ungefähr?**

*Tn: Der Sinusknoten ist im <...>, rechten AV ist zwischen Kammer und Hisbündel weiter unten und die Tawaraschenkel laufen nachher außen an der Herzspitze.*

**L: Tawaraschenkel wo?**

*Tn: Die laufen von der Kammer so unten längs.*

*Tn: ((gleichzeitig)) Die laufen zwischen den Kammern lang und draußen sind das dann die Purkinje-Fasern.*

*Tn: Genau.*

Auch in diesem Beispiel ist der hohe Redeteil der Moderatorin/Praxisanleiterin auffällig. Das vorherrschende Gesprächsmuster besteht in dem eigentlich für den lehrerzentrierten Frontalunterricht typischen Dreischritt von Lehrerfrage-Schülerantwort-Lehrerbewertung. Dass die Lehrerin diese Form der Gesprächsstrukturierung wählt, hängt möglicherweise damit zusammen, dass im vorangegangenen Gespräch oberflächliches Wissen und große Wissenslücken erkennbar waren und sie den Teilnehmern auf diese Weise ihre Wissenslücken vor Augen führen wollte. Die Moderatorin/Praxisanleiterin stößt die Teilnehmer dadurch aber nicht nur auf Wissenslücken, sie übernimmt zugleich auch die Verantwortung für die Wissenskonstruktion. Die Teilnehmer liefern auf die Fragen nur kurze, unvollständige Antworten, konstruieren selbst nicht aktiv, sondern reagieren lediglich und konstruieren keine größeren Zusammenhänge.

Während sich die Moderatorinnen/Praxisanleiterinnen bei der Moderation der ersten Sitzung an den Schritten 1-5 orientieren können, fehlt eine solche Struktur in der zweiten Sitzung. Dieser Mangel führte in zwei der analysierten Transkripte zu einer etwas orientierungslosen Gestaltung der zweiten Sitzung (**Schwierigkeiten bei der Strukturierung der zweiten Sitzung**) und zu mangelndem Fallbezug. Letzteres kam darin zum Ausdruck, dass die Praxisanleiterinnen in der Moderation vor allem auf allgemeines Wissen abhoben und auch die Teilnehmer vorwiegend Wissen referierten, ohne es auf den Fall zu beziehen.

#### 4.3.2.2 Wirkhintergründe des POL

Zwar wird in der Literatur mit dem problemorientierten Lernen primär das Ziel des situierten Wissenserwerbs verbunden, empirische Wirksamkeitsanalysen haben aber, wie oben bereits deutlich wurde, diese Hypothesen bislang nicht bestätigen können. Auch wenn die vorliegenden Studien methodische Defizite aufweisen, lässt sich eine hohe Übereinstimmung hinsichtlich der Ergebnisse zum Wissenserwerb dahingehend feststellen, dass POL-Studierende in den Abschlussexamina keine besseren, sondern sogar eher schlechtere Werte erzielen als konventionell ausgebildete Studierende. Welche Wirkhintergründe wurden nun bezüglich des Wissenserwerbs durch die qualitativen Analysen ermittelt?

Dargestellt werden in diesem Kapitel ausgewählte Ergebnisse der Analyse von Gruppengesprächen während der POL-Sitzungen. Diese wurden auf Tonband aufgenommen und transkribiert. Die Auswertung erfolgte anhand der Methode der Grounded Theory (vgl. Glaser/Strauss 1967; Strauss 1994), für die Feinanalyse wurden Aspekte der Konversationsanalyse integriert (vgl. Bergmann 1981; 1995).

Bei der Analyse der Transkripte von POL-Sitzungen wurden zwei Typen der Gruppeninteraktion in den POL-Sitzungen identifiziert, nämlich reflexionsorientierte und aufgabenorientierte Gruppeninteraktionen. Diese beiden Typen sollen anhand von Auszügen aus dem Datenmaterial veranschaulicht werden.

**Reflexionsorientierte Gruppeninteraktionen** sind dadurch gekennzeichnet, dass in den Sitzungen kontrovers diskutiert wird. Die Teilnehmer bringen unterschiedliche Sichtweisen ein, hinterfragen die Positionen der Anderen, behaupten die eigene und gelangen dadurch zu neuen Erkenntnissen. In der ersten Sitzung artikulieren die Teilnehmer ihr Vorwissen, stellen Hypothesen auf, entwickeln Argumente, mit denen sie diese verifizieren oder falsifizieren

können und identifizieren selbst Wissenslücken. In der zweiten Sitzung wird recherchiertes Wissen referiert, von den anderen Teilnehmern ergänzt und vertieft oder mit widersprüchlichen Ergebnissen konfrontiert und mit eigenen Praxiserfahrungen in Verbindung gebracht.

Beispielhaft für die Interaktion einer reflexionsorientierten Kleingruppe in der ersten Sitzung ist die Interaktion zum Fall „Wer geht in Zimmer 4?“. In dem Fall steht ein Patient mit einem GBS<sup>2</sup>-Syndrom im Mittelpunkt, der unter der Beatmung Anzeichen für Luftnot hat („saugt die Luft mit einer starken Thoraxbewegung in sich hinein“, „ringt tachypnoeisch nach Luft“). In der folgenden Sequenz entwickeln die Teilnehmer Hypothesen für diese Beobachtung zu entwickeln. Einige Hypothesen wurden bereits gesammelt, die Moderatorin/Tutorin<sup>3</sup> (L) fordert mit einem Impuls dazu auf, weitere Hypothesen zu generieren.

- L: Und was kann bei der Luft auch sein?*  
*B: Dass er kein Gefühl für den Thorax hat, also für die Luftröhre.*  
*A: Also dass er nur denkt, dass er keine Luft kriegt?*  
*Tn: Das ist diese, genau, dieses psychisch überlagert sein.*  
*B: Aber wir können es ja nur...*  
*L: Das muss aber etwas spezieller sein, psychisch überlagert finde ich einen sehr weiten Begriff, also für mich heißt das auch, was weiß ich....*

Teilnehmer B entwirft eine Hypothese, wonach der Patient aufgrund seiner Erkrankung nicht wahrnehmen kann, ob er genügend Luft bekommt oder nicht. Ein Teilnehmer fasst diese Hypothese in den Begriff „psychisch überlagert“ und bringt damit eine typische Alltagsdeutung von den Stationen ein. Mit dem Label „psychisch überlagert“ wird ausgesagt, dass eine Person/ein Patient Gefühle erkennen lässt, die aus Sicht dessen, der das Label gebraucht, nicht angemessen sind. Diese Etikettierung führt häufig dazu, dass die Patienten nicht ernst genommen und diskreditiert werden. Die Moderatorin/Tutorin bemängelt, dass der Begriff nicht „speziell“ genug sei und erreicht dadurch, dass die psychosoziale Perspektive nicht weiter verfolgt wird. Die Ebene des Etiketts wird überschritten, indem die Teilnehmer im weiteren Verlauf des Gesprächs differenzierte Überlegungen zu den Hintergründen des Patientenverhaltens anstellen. Im folgenden Abschnitt beschäftigen sich die Teilnehmer weiter mit der Wahrnehmung des Patienten. Die Hypothese, dass der Patient möglicherweise nicht spürt, ob er genügend Luft bekommt, kann nur dann zutreffend sein, wenn beim GBS auch sensible Nervenbahnen betroffen sind. Das wird von anderen Teilnehmern im Verlauf des weiteren Gesprächs in Frage gestellt.

- D: Soll ich noch mal ergänzen, dass er einen Wahrnehmungsverlust hat, wobei die haben ja, die fühlen ja alles, die haben ja nur...*  
*Tn: Genau, mitkriegen, wie sein Thorax sich füllt, das tut er ja schon.*  
*A: Er hat ja keine Hemiplegie, also er hat ja nur...*  
*L: Sicher?*  
*Tn: Das, was sich an ihm bewegt, das spürt er ja oder nicht?*

<sup>2</sup> Bei einem GBS-Syndrom (= Guillain-Barré-Syndrom) handelt es sich um eine akute oder chronische entzündliche Schädigung überwiegend motorischer Nerven. Dadurch kommt es zu Lähmungserscheinungen der Gliedmaßen und in einigen Fällen aufsteigend zu Atemstörungen, die eine künstliche Beatmung notwendig machen können.

<sup>3</sup> Zu Beginn des Projekts „Neue Lehr-/Lernformen in der Fachweiterbildung Anästhesie- und Intensivpflege“ nahmen die Tutoren zugleich die Rolle der Moderatoren wahr. Dies widerspricht den Vorgaben zum POL, wie sie in der Literatur zu finden sind. Tatsächlich hat sich diese Vermischung als eher ungünstig erwiesen, da die Moderatoren/Tutoren den Prozess häufig stark steuerten und die Teilnehmer dadurch in der Konsumentenrolle verharren. Aus diesem Grund wurde die Moderation später den Teilnehmern übertragen und die Tutoren fungieren seit dem ausschließlich als Lernbegleiter. Die obenstehenden Gesprächssequenzen wurden vor der Veränderung aufgezeichnet.

- B: *Ich denke, die haben keine sensiblen Störungen, sondern nur motorische.*  
 A: *Da bin ich mir nicht sicher.*  
 B: *Das hat Re. ((Dozent)) gesagt.*  
 Tn: *Ja?*  
 B: *Ja. Dass es eine motorische Störung ist und keine sensible Störung.*  
 A: *Also heißt das, wenn man sie anfasst...*  
 B: *Genau.*  
 A: *Sie lagert, dass sie es mitkriegen?*  
 B: *Genau.*  
 A: *Aber ich weiß auch nicht, ob es bei jedem so ist, also ich könnte mich da nicht so hundertprozentig festlegen.*  
 Tn: *Ich gerade auch nicht.*  
 B: *Ich habe Re. ((Dozent?)) jetzt so verstanden, dass es eben nicht also nicht sensible Störungen sind.*

Die Annahme, dass beim GBS auch die Sensibilität gestört ist, wird von einigen Teilnehmern verworfen. Ihrer Meinung nach ist nur das motorische, nicht das sensorische System betroffen („die fühlen ja alles“). Sie berufen sich dabei auf den Dozenten in Neurologie. Andere Teilnehmer können sich nicht mit Sicherheit daran erinnern.

- Tn: *Aber müssen wir, weil die haben doch auch immer diese Gelenkschmerzen, wenn du die in den Gelenken...*  
 D: *Ja, aber das haben, kriegen sie dann auch vermehrt, wenn es praktisch wieder auf dem Rückweg ist, also auf dem Weg der Besserung, wenn die Lähmungserscheinungen wieder weggehen sozusagen, aber wenn es sozusagen komplett gerade gelähmt ist, bin ich mir jetzt nicht sicher, ob sie nicht auch Sensibilitätsstörungen haben oder Sensibilitätsverlust.*  
 Tn: *Machen wir mal ein Lernziel?*

Dass die Sensibilität erhalten bleibt, belegt ein Teilnehmer mit der Beobachtung, dass GBS-Patienten häufig über Schmerzen in den Gelenken klagen. Er bringt damit seine Erfahrungen bei der Pflege von GBS-Patienten in Zusammenhang mit der Frage um den Erhalt oder Nichterhalt der Sensibilität und gelangt dadurch zu einer Einsicht. Eine andere Teilnehmerin führt diesen Gedanken weiter, indem sie feststellt, dass die Gelenkschmerzen erst dann auftreten, wenn sich der Zustand bessert und die Lähmungen zurückgehen. Sie zieht daraus den Schluss, dass möglicherweise im Vollstadium beide Systeme betroffen sind, im Verlauf der Heilung aber beide wieder funktionieren. Ob die Hypothese stimmt oder nicht bzw. ob der Patient seine Atmung spürt oder nicht, wäre demnach von der Krankheitsphase abhängig. Aus diesem unklaren Sachverhalt zieht ein Teilnehmer den Schluss, dass daraus ein Lernziel abgeleitet werden könnte.

(...)

- A: *Hier steht Schädigung von Myelin, alle motorischen, sensiblen und vegetativen Nerven.*  
 Tn: *Ja.*  
 A: *Bei GBS.*  
 B: *Also auch sensible.*  
 Tn: *Einfach die Frage vielleicht, inwiefern sensible Nervenfasern bei GBS betroffen sind, also ob Tiefensensibilität erhalten geblieben ist, weil Oberflächensensibilität ist doch erhalten, wenn man so macht, merken sie, wo man anfasst oder?*  
 B: *Ja.*

*D: Also geht es um die Tiefensensibilität, ob die bleibt. Weil dann wird er ja auch merken, wie weit er einatmet.*

Der Einwand, dass die Sensibilität bei GBS-Patienten erhalten bleibt, wird von einem Teilnehmer durch eine Aussage aus einem Buch entkräftet, wonach alle motorischen, sensiblen und vegetativen Nerven betroffen sind. Daraufhin kommt ein Teilnehmer auf die Idee, dass es Unterschiede zwischen Tiefen- und Oberflächensensibilität geben könnte und dass bei GBS möglicherweise nur die Tiefensensibilität geschädigt sein könnte.

*Tn: Aber ich bin mir jetzt auch nicht sicher, ob das nicht auch was damit zu tun hat mit eben, wenn die Lähmung beginnt und wenn es praktisch wieder zurückgeht, ob das nicht ein Unterschied ist, also ob sie nicht mehr spüren, wenn es eben wieder auf dem Rückzug ist. Die Erkrankung sozusagen, die Lähmung.*

*D: Aber das würde ja bedeuten, dass wenn es auf den Höhepunkt zugeht, sie sensible Schäden haben.*

*Tn: Ja genau.*

*(...)*

*D: Sollten wir eine Frage daraus formulieren und ich habe jetzt geschrieben, ist die Tiefensensibilität bei GBS erhalten und verändert sie sich im Verlauf?*

Ein anderer Teilnehmer greift das Argument wieder auf, dass die Sensibilität nur im Vollstadium geschädigt sein könnte und bei Besserung wieder zurückkehrt. Aus diesen unterschiedlichen Vermutungen heraus, formulieren die Teilnehmer ein Lernziel.

In dem analysierten Gesprächsausschnitten wird die Hypothese eines Teilnehmers, dass der Patient seine Atmung nicht spüren könne, von der Gruppe geprüft. Es werden sowohl Argumente vorgebracht, die für die Hypothese, als auch solche, die dagegen sprechen. Die Hypothese wird außerdem mit weiteren Informationen und Praxiserfahrungen verknüpft. In der Pflegepraxis übliche Etikettierungen (“psychisch überlagert”) werden nicht übernommen, sondern es werden die Hintergründe für das Patientenverhalten untersucht. Die Gesprächsimpulse kommen überwiegend aus der Gruppe selbst und seltener von der Moderatorin/Tutorin, das heißt, die Gruppe setzt sich aktiv mit dem Gegenstand auseinander.

Aber auch wenn die Teilnehmer in der reflexionsorientierten Gruppeninteraktion ihre Deutungen erweitern, so wird doch das Erkenntnispotenzial des Falls durch die Gruppe nicht voll aufgeschöpft. Die Situation des Patienten wird primär aus der biomedizinischen Perspektive gedeutet, die psychosoziale Lage des Patienten und die daraus resultierende Beziehungsdynamik zwischen dem Patienten und der Pflegeperson bleiben ausgeblendet und werden in der gesamten Sitzung nur am Rande thematisiert und schon gar nicht reflektiert. Es wäre die Aufgabe der Moderatorin/Tutorin gewesen, die Begrenztheit der Deutungen zu erkennen und den Teilnehmern zurückzumelden.

In der **aufgabenorientierten Gruppeninteraktion** arbeiten die Lernenden die vorgegebenen Schritte ab, ohne sich wirklich mit dem Fall und ihrem Wissen zu beschäftigen. Eine Auseinandersetzung wird zwar durch Impulse der Moderatoren/Tutoren angeregt, sie erfolgt dann aber eher reaktiv, es fehlt der eigenständige Konstruktionsprozess. In der ersten Sitzung nennen die Teilnehmer Punkte zu den jeweiligen POL-Schritten, sie bemühen sich aber nicht, die Zusammenhänge zu durchdenken. In der zweiten Sitzung sind die Teilnehmer häufig schlecht vorbereitet, haben in der Regel zwar recherchiert, sich das Wissen aber nicht angeeignet und lesen es daher vor. Unterschiedliche Ergebnisse werden nicht diskutiert. Nur wenige Teilnehmer beteiligten sich überhaupt am Gespräch. Im Folgenden wird eine “aufgabenorientierte Gruppeninteraktion” am Beispiel der ersten Sitzung zum Fall “Was ist los?” dargestellt. In dem Fall wird ein 30-jähriger Patient mit den Symptomen Schmerzen in der

Magengegend, Kaltschweißigkeit, niedrige Herzfrequenz (HF=40), niedriger Blutdruck (85/45 mm Hg), unregelmäßig geformtes EKG, schnelle, angestrenzte Atmung und galliges Erbrechen geschildert. Die Gruppe befindet sich in der Phase der Hypothesenbegründung /Lernzielformulierung. Die Sequenz beginnt mit einem Impuls der Moderatorin.

- L: *Und zwar ward Ihr beim Rhythmus, gibt es da noch irgendwas?*  
 A: *Herzinsuffizienz hatten wir vor...*  
 C: *Schon mal durchgekaut.*  
 L: *Was wäre da noch wichtig zu wissen, was für ein, wie kommt man dahinter, der Patient ist kaltschweißig und er hat einen niedrigen Blutdruck. Wie, was, irgendwie können wir ja auch helfen, denke ich mal. Ich sage mal, ich glaube, dass ich dem helfen könnte mit zwei Handgriffen von der pflegerischen Seite, mit der Schweißigkeit und auch mit dem Blutdruck. Aber wie käme ich jetzt dahinter, dass ich diesen Mechanismus erkenne und dass ich das dann auch machen kann. Was muss ich wissen dafür?*  
 A: *Das meine ich, Blutdruck messen.*  
 B: *Routine ist, du gehst doch zu dem Patienten hin, dann schließt du ihn an ans Monitoring, dann machst du ihm eine Lagerung, eine vernünftige, kommt drauf an wie, also ich würde ihm den Oberkörper hoch, aber trotzdem die Beine hochpacken, weil er niedrigen Blutdruck hat und ihm irgendwie...*  
 L: *Wie, dann sitzt er so da? (lachend, macht „Klappmesser“ vor)*  
 B: *Ja, aber auch so, dass der Bauch entlastet ist, weil er den Druck auf dem Magen.*  
 C: *Ja, Herzbett eben lagern.*

Die Moderatorin/Tutorin beginnt die Sequenz mit dem Impuls, sich mit dem Herzrhythmus des Patienten zu beschäftigen. Die Teilnehmer geben daraufhin an, vor kurzem erst die Herzinsuffizienz in der Fachweiterbildung bearbeitet zu haben. Dass die Aussage nicht nur als Information gemeint ist, sondern die Teilnehmer vermutlich darauf hinweisen wollen, dass sie schon gut über die Herzinsuffizienz Bescheid wissen und sie das Thema eher langweilt, wird im weiteren Verlauf des Gesprächs deutlich. Auf die erneute Frage der Moderatorin/Tutorin, wie Pflegende dem Patienten „mit zwei Handgriffen“ helfen können, nennen die Teilnehmer Handlungsstandards und Routinemaßnahmen (Blutdruck messen, an den Monitor anschließen, lagern). Weitere Handlungsmöglichkeiten oder neue Hintergründe für das Patientenproblem der Herzrhythmusstörungen werden von den Teilnehmern nicht in Erwägung gezogen. Sie nehmen damit den Impuls der Moderatorin/Tutorin nicht auf. Eine Teilnehmerin (B) entwickelt zwar Ideen für eine individuelle Lagerung, mit der sie den geschilderten Symptomen gerecht werden kann, kommt aber zu einem eher abstrusen, von der Moderatorin dementsprechend kommentierten Vorschlag. Eine andere Teilnehmerin bringt auch die Lagerungsideen in eine standardisierte Form: Herzbett.

- D: *Dann legst ihm irgendwie einen nassen Lappen auf die Stirn.*  
 C: *Muss erst der Blutdruck <.>.*  
 Er: *Ich mein, irgendwann kommt doch mal, da wird man ihm doch mal was geben dürfen oder, ich meine.*  
 D: *Zack, Flüssigkeit und den Schweiß weggewischt und gut ist.*  
 L: *Was war das? Was hast du gemacht?*  
 D: *Flüssigkeit angehängt und...*  
 L: *Aber warum, da...*  
 A: *(lachend) Wir hängen doch immer die Dinger an, wegen des Druckes.*  
 L: *Kannst du es erklären oder wäre das vielleicht so ne, was ihr daraus...*  
 A: *Wir wollen ihm Volumen geben.*

In diesem Abschnitt führen die Teilnehmer weitere Maßnahmen an. Der “nasse Lappen” für die Stirn ist ein eher zynischer Einwurf angesichts der lebensbedrohlichen Situation des Patienten und kann als Hinweis darauf gedeutet werden, dass der Teilnehmer die Aufgabe nicht ernst nimmt, möglicherweise weil sie ihm aufgrund des gerade erfolgten Dozentenunterrichts zu dem Thema als zu einfach erscheint. Mit dem Vorschlag, Flüssigkeit zu geben, setzen die Teilnehmer dann das Sammeln von Standardmaßnahmen fort. Dass wenig Interesse oder geradezu Widerwillen vorhanden ist, sich weiter mit dem Fall auseinanderzusetzen und die feste Überzeugung besteht, mit “Flüssigkeit” das Problem gelöst zu haben, signalisiert Teilnehmer D durch die Behauptung “Zack, Flüssigkeit und den Schweiß weggewischt und gut ist”. Auf die Nachfragen der Tutorin/Moderatorin nach den Gründen für diese Intervention, nennen die Teilnehmer Floskeln, wie “wegen des Drucks”, “Volumen” und “hängen wird doch immer an”, wodurch die Flüssigkeitsgabe als Routinehandlung bei niedrigem Blutdruck gekennzeichnet wird. Die widersprüchlichen Symptome des Patienten (niedrige Herzfrequenz und niedriger Blutdruck) werden von den Teilnehmern dabei nicht differenziert beurteilt.

*L: Oder wäre das vielleicht so ne...*

*Er: Scheiße, nachher kriegt er ein Lungenödem und du hast das angehangen und kein Arzt hat das angeordnet.*

*B: Genau. Wir müssen immer erst mal auf die Ärzte warten. So.*

Der Einwand eines Teilnehmers, dass die Gabe von “Flüssigkeit” ein Lungenödem zur Folge haben könnte, führt nicht dazu, dass die Teilnehmer sich über Alternativen Gedanken machen, sondern zu einem Rückzug hinter die formale Zuständigkeit des Arztes. Die ärztliche Zuständigkeit wird als Argument dafür genutzt, dass sich Pflegende und damit auch die Teilnehmer der POL-Gruppe mit weiteren Zusammenhängen und daraus resultierenden Handlungen nicht auseinander setzen müssen.

Die Gesprächsausschnitte belegen, dass die Teilnehmer in der “aufgabenorientierten Gruppeninteraktion” wenig oder kaum Bemühungen erkennen lassen, ihr vorhandenes Wissen zu erweitern oder zu hinterfragen. Sie geben sich mit Schemata, Standards und Routinen zufrieden, die mehr dahingesagt als hergeleitet werden, und lassen sich davon auch nicht durch die Impulse der Moderatorin abbringen. Indem die Teilnehmer auf ihrem oberflächlichen Wissen beharren und die Notwendigkeit einer Vertiefung durch die Zurückweisung eigener Verantwortung verneinen, kommt der Prozess der Hypothesenbegründung und Lernzielgewinnung ins Stocken. Infolge dessen werden anspruchsvollere kognitive Lernprozesse im Sinne formal-operationalen Denkens (was wäre, wenn...) nicht vollzogen, d. h. der Lerneffekt ist eher gering.

Welche Wirkhintergründe zum Wissenserwerb können nun hieraus abgeleitet werden? Sowohl für die reflexionsorientierte als auch für die aufgabenorientierte Interaktion kann festgestellt werden, dass das Ausmaß an angeeignetem Wissen im Verhältnis zum Frontalunterricht eher gering ist. In der reflexionsorientierten Gruppeninteraktion eignen sich die Teilnehmer aber Einsichten und Fähigkeiten an, die als mindestens ebenso wichtig zu bewerten sind, z. B. die Einsicht in die Perspektivität wissenschaftlichen und individuellen Wissens (etwa durch die Diskussion unterschiedlicher Rechercheergebnisse) oder die Fähigkeit zur kritischen Reflexion häufig routinierter Praxis (durch Verknüpfung der Praxiserfahrungen mit dem recherchierten Wissen). Diese Fähigkeiten sind deswegen so wichtig, weil den Teilnehmern der Fachweiterbildung die Routine- und Regelmäßigkeit ihres alltäglichen Handelns oft nicht bewusst ist und sie im Berufsalltag eher zu Standardlösungen greifen und nicht gezielt nach alternativen, vielleicht angemesseneren Handlungsalternativen suchen. Im Typus der aufgabenorientierten Gruppeninteraktion eignen sich die Teilnehmer nicht nur verhältnismäßig wenig Wissen, sondern auch kaum andere Einsichten und Fähigkeiten an.

#### 4.4 Zusammenfassung, Diskussion und Empfehlungen

- In beiden durch die Transkriptanalysen identifizierten Typen der Gruppeninteraktion ist, wie deutlich geworden sein dürfte, das Ausmaß an erworbenem Wissen geringer als im konventionellen Unterricht. Dieser Befund legt die Schlussfolgerung nahe, dass die Stärken des POL weniger im Bereich des Wissenserwerbs liegen, sondern dass damit vielmehr andere Fähigkeiten gefördert werden können, wie Reflexions- und Deutungskompetenz, Selbstlernkompetenz und die Fähigkeit zur argumentativen Rede (vgl. Darmann 2004). Ob diese Fähigkeiten durch das POL tatsächlich besser als durch konventionellen Unterricht angeeignet werden können, muss allerdings erst noch mittels feldexperimenteller Studien überprüft werden. Geht man davon aus, dass diese These zutrifft, so wäre es nicht sinnvoll, Curricula ausschließlich oder größtenteils POL-gestützt zu konzipieren, vielmehr wäre einem Curriculum den Vorzug zu geben, in dem sich unterschiedliche Lehr-/Lernformen ergänzen.
- Die Fragebogenerhebungen belegen, dass die Wirkungen des POL vorwiegend an den persönlichen Erwartungen und Zielen des Wissenserwerbs und der Praxissicherheit gemessen werden. Diejenigen, die von der Weiterbildung v. a. "neues Wissen" und die "Verbesserung ihrer praktischen Fähigkeiten" erwarten, schätzen die diesbezüglichen Effekte des POL besonders gering ein. In den Interviews wird das POL differenzierter und positiver beurteilt. Die Erwartungen bleiben aber auch hier auf die genannten Ziele gerichtet. Im Vergleich zu den anderen curricularen Elementen wird das POL eher als ineffektiv beurteilt, wobei die Einschätzung des Kurses 04/06 deutlich positiver ausfällt als die des Kurses 02/04. In Bezug auf das "Schließen von Wissenslücken" wird das POL zwar von einigen Teilnehmern als "nachhaltiger" und "intensiver" beurteilt, andere halten aber insbesondere die erste Phase der Problemanalyse für zu langwierig und infolge des mangelnden Fachwissens und der vielen Hypothesen für ineffizient und verwirrend. Neben dieser "Ineffektivität" des POL im Hinblick auf Wissenserwerb und Handlungssicherheit beschreiben die Teilnehmer aber Wirkungen des POL hinsichtlich anderer, umfassenderer Kompetenzen, wie Deutungs- und Reflexionskompetenz. Ein stärkeres Nachdenken über das tägliche Tun, das Bewusstwerden von Routine und Schematisierung im Stationsalltag wird als Effekt der gesamten Weiterbildung mehrfach benannt. Im Gespräch wird deutlich, dass sich bei allen Teilnehmern in der Einstellung zur Arbeit und zu den Patienten Wesentliches geändert hat. So beschreiben sie eine größere Sensibilität für die individuelle Situation des Patienten. Allerdings werden die zuletzt genannten Kompetenzen nicht von allen Teilnehmern als für die pflegerische Praxis wesentlich erachtet.
- Die Ergebnisse der Transkriptanalysen belegen zum einen Defizite in der Moderation der POL-Sitzungen, zum anderen die Bedeutsamkeit der Gruppenzusammensetzung und der Motivation der Teilnehmer für die Wirksamkeit des POL.

Folgende Empfehlungen für weitere Verbesserungen können aus den Erkenntnissen abgeleitet werden:

- Es ist wichtig, in der **Einführung von POL** den Sinn und Zweck der Lehrmethode zu erklären. Die Motivation der Teilnehmer hängt offenbar nicht nur von der Kenntnis der Methode, sondern auch von der Einsicht in die Philosophie des POL und in Hintergründe des Lernens ab. Es gilt zu vermitteln, dass POL nicht primär auf Wissenserwerb, sondern auf die Ausbildung von Deutungs- und Reflexionskompetenz gerichtet ist. Dabei muss auch deutlich werden, warum die Methode nicht den kürzesten Weg der "richtigen Lösung" wählt, sondern produktive Umwege nötig macht. Äußerungen der Teilnehmer weisen darauf hin, dass sie primär auf den formalen Ablauf der Methode (Siebenschritt) vorbereitet wurden und weniger auf deren Sinn. Auch die Aussagen, dass man POL in der

Praxis nicht anwenden könne, lassen vermuten, dass hier v.a. das standardisierte Verfahren und weniger die Intention des Kompetenzerwerbs vermittelt wurde. Die Aussagen beruhen offensichtlich auf dem Missverständnis, man könne diese Methode in ihren einzelnen Schritten im Detail auf den Stationsalltag übertragen. Das ist weder intendiert noch sinnvoll.

Eine gezielte methodische und inhaltliche Vorbereitung auf POL ist auch deshalb wichtig, weil diese Art des Lernens den meisten Teilnehmern aus ihrer Lernbiographie nicht vertraut ist. In den Interviews waren es vor allem die jüngeren Frauen (Anfang bis Mitte zwanzig), die dem POL offener, während die Männer (überwiegend Mitte 20) dem POL eher skeptischer gegenüber standen. Die Männer stellen sich als erfahrene Praktiker dar und stufen das POL als für die Erwachsenenqualifizierung unangemessen ein. Sie kannten diese Art des Lernens im Unterschied zu den jüngeren Frauen nicht aus ihrer Schulzeit. Das ist ein Hinweis darauf, wie die Lernbiographie und das Verständnis der Rollen von Lehrer und Schüler offensichtlich die Akzeptanz und Wirksamkeit von POL maßgeblich beeinflussen. Die Annahme, dass es nur eine richtige Lösung gibt und der Lehrende sie kennt, scheint doch tief verwurzelt und ist wahrscheinlich eine Ursache für die Präferenz des Frontalunterrichts.

- Die Aussagen zur **Deutungskompetenz** zeigen, dass den Teilnehmern der unwillkürliche Vorgang des Deutens im Konstruieren von Hypothesen gar nicht bewusst ist. Hypothesenbildung wird eher als theoretische Prozedur verstanden, denn als Denkvorgang, der handlungsleitend ist. Genaues Wahrnehmen und Beobachten von Phänomenen wird unterbewertet und die eigenen Kompetenzen diesbezüglich werden eher unterschätzt. Deuten verstehen die meisten Teilnehmer als Diagnose, wofür sie sich als Intensivpflegende nicht zuständig fühlen. Es wird empfohlen, über die Notwendigkeit von Deutungskompetenz in pro und kontra zu diskutieren und die Verantwortung von Intensivpflegern im Stationsalltag zu klären. Dabei gilt es auch, die Konstruiertheit und Perspektivität des Urteilens bewusst zu machen. Eine Übung mit der Aufforderung, einen eigenen Fall ohne Deutung zu beschreiben, könnte veranschaulichen, wie schwierig das ist, weil bereits Wahrnehmungen mit Wertungen in die Schilderung einfließen.
- Die sehr unterschiedlichen Aussagen zur **Gruppenarbeit** in den beiden POL-Gruppen sowie die Befunde der Transkript-Analysen zeigen deutlich, wie abhängig der Lernerfolg und die Zufriedenheit der Teilnehmer von der Zusammensetzung der Gruppe sind. Gruppendynamik und Gruppenkonstellation bedürfen größerer Aufmerksamkeit und gegebenenfalls supervisorischer Unterstützung.

Bezüglich der **Durchführung der POL-Sitzungen** wurde durch die Transkript-Analysen festgestellt, dass die Praxisanleiterinnen den Lernprozess zu stark steuern und dadurch die Eigenaktivität der Teilnehmer unterbinden. Vor diesem Hintergrund wurden von Seiten der Evaluation im Frühjahr 2004 folgende Veränderungen vorgeschlagen:

- Die Teilnehmer sollten den Prozess zukünftig selbst moderieren, die Praxisanleiterinnen sollten nur noch als Tutoren fungieren.
- Die Praxisanleiterinnen sollten eher Rückmeldungen zu oberflächlichem Wissen geben, nicht aber eine engschrittige Frage-Antwort-Abfolge praktizieren.
- Die zweite Sitzung könnte besser strukturiert werden durch die Schritte: Vortragen/Referieren des recherchierten Wissens; Fallbezug; Formulierung der Ergebnisse.

In den Interviews im Dezember 2004 bemängelten einige Teilnehmer, dass die Durchführung zu formalisiert sei und eine offene Diskussion dadurch mitunter verhindert werde.

Möglicherweise werden die Schritte von den Praxisanleiterinnen/Tutorinnen zu starr gehandhabt. Es wird empfohlen, dass die Tutoren sich nicht so eng an die Regeln halten, zumal die Teilnehmer weitgehend mit der Methode vertraut sind und die Schritte relativ routiniert abarbeiten.

## 5. Der Dozentenunterricht

- 5.1 Zusammenfassung
- 5.2 Fragestellung sowie Datenerhebung
- 5.3 Ergebnisse
- 5.4 Diskussion und Empfehlungen

### 5.1 Zusammenfassung

Der Dozentenunterricht wird von den Teilnehmern über den gesamten von der Evaluation erfassten Zeitraum (12/02-12/02) außerordentlich positiv bewertet. In Bezug auf den Nutzen wird der Medizinunterricht etwas besser beurteilt als der Pflegeunterricht, hinsichtlich der didaktischen Gestaltung wird dagegen der Pflegeunterricht sehr gelobt, der Unterricht der Ärzte kritisiert. Die Vernetzung der einzelnen Elemente der FWB (Dozentenunterricht, POL, Klinischer Unterricht) hat sich nach Einschätzung der Teilnehmer im Verlauf des Evaluationszeitraums verbessert. Veränderungsbedarf besteht v. a. hinsichtlich der Vermittlungskompetenz der Ärzte.

### 5.2 Fragestellung sowie Datenerhebung

Ziel der Evaluation ist es, die Zufriedenheit der Teilnehmer mit dem Nutzen und der Durchführung des Dozentenunterrichts zu erfassen.

Folgende Daten liegen der Auswertung zu Grunde:

Methoden	Sample	Zeitpunkt
Qualitative Befragung	6 TN des Kurses 04/06	12/04
Fragebogen	Alle TN des Kurses 02/04	9/04
Fragebogen	Alle TN des Kurses 02/04	2/04
Qualitative Befragung	6 TN des Kurses 02/04	12/03
Qualitative Interviews	Alle (5) Praxisanleiterinnen	5/03
Befragung per Fragebogen	Alle Mitglieder von Stationsleitungsteams (31 Bögen, Rücklauf 39%)	2/03
Befragung per Fragebogen	Alle TN des Kurses 01/03	1/03
Befragung per Fragebogen	Alle TN des Kurses 02/04	12/02
Qualitative Befragung	6 TN des Kurses 01/03	12/02

### 5.3 Ergebnisse

Die überwiegend positive Bewertung des Dozentenunterrichts aus den Jahren 2002 und 2003 hat sich bei den **Fragebogenerhebungen bei Kurs 02/04 im Jahr 2004** verstärkt. Angesprochene Mängel wie ungenügende Abstimmung der Fächer wurden behoben.

90% der Teilnehmer halten den Dozentenunterricht in medizinischer Theorie für die Erreichung ihrer Ziele ( v.a. "Wissenserwerb" und "Verbesserung der Praxis") für förderlich ("voll & ganz", "größtenteils"). Im Fach Pflege sind es 62 % und 31 % bei "teils, teils". Dennoch hat sich die Akzeptanz des Faches Pflege im Vergleich zu 2003 verbessert. Damals wurde es von mehr als 50 % der Teilnehmer als lediglich als 'mittelmäßig wichtig' für die Zielerreichung eingeschätzt.

Bei der Beurteilung der einzelnen Elemente der Weiterbildung zur Förderung spezieller Fähigkeiten rangiert der Dozentenunterricht an erster Stelle bezüglich "Wissensvermittlung" mit 100 % in medizinischer Theorie und 88% im Pflegeunterricht. ("voll & ganz", "größtenteils") Mehr "Praxissicherheit" wird von der Hälfte der Teilnehmer als Effekt benannt. Das Fach Pflege wird in den Items "Begründungswissen", "Kommunikation" und "Handlungsalternativen" positiver bewertet als der medizinische Unterricht.

Zwei Drittel der Befragten plädieren dafür, den Dozentenunterricht so beizubehalten, wie er ist ("voll & ganz", "größtenteils").

In den **qualitativen Interviews mit sechs Teilnehmern des Kurses 04/06 im Dezember 2004** wird dieses positive Bild bestätigt. Im Unterschied zum Jahr 2003 wird v.a. eine **gute Vernetzung der Fächer untereinander** von der Mehrzahl der Teilnehmer genannt.

*"Die Inhalte sind gut vernetzt durch die Themenschwerpunkte. Zusammenhänge sind gut nachvollziehbar."*

*"Die Fächer sind gut aufeinander bezogen."*

Auch die Koordination mit dem Klinischen Unterricht und dem POL wird als gelungen bewertet.

*"Hilfreich war auch, dass die Probleme aus den Fällen in der Theorie wiederkehren."*

*"Der POL – Fall kam immer vor der Theorie, dann hatten wir im Unterricht schon ein Grundwissen und haben besser verstanden, worum es geht."*

*"Das pädagogische Konzept der FWB: die Pflegesituationen, den klinischen Unterricht und den Fachunterricht, das Curriculum, finde ich hervorragend. Leider sind nicht alle Ärzte darin eingebunden."*

Der **Pflegeunterricht wird überwiegend positiv bewertet**. Er sei praxisbezogener und verständlicher vermittelt als der medizinische Unterricht.

*"Der Pflegeunterricht ist sehr aufwendig und gut strukturiert, praxisbezogen und verständlich. Man kann viel mitnehmen. Die Pflegelehrer machen sich mehr Gedanken über das 'wie mache ich etwas' und das ist qualitativ zu merken."*

Die Kritik an der **geringen pädagogischen Vermittlungskompetenz der Ärzte** aus dem Jahr 2003 wiederholt sich. Der Unterricht sei manchmal so unstrukturiert, dass Wesentliches nicht von Unwesentlichem zu unterscheiden sei.

*"Der Fachunterricht wird oft von Ärzten ohne pädagogische Bildung und ohne Talent, Wissen zu übermitteln, gegeben. Es kam schon vor, dass der gesamte Kurs rausgegangen ist, ohne etwas verstanden zu haben und wir mussten es zu Hause komplett nacharbeiten."*

*"Die Ärzte haben meist keine pädagogische Kompetenz und das ist ein Unding."*

*"Manche Dozenten sind so unstrukturiert, dass nicht greifbar wird, was wichtig ist."*

*"Die Dozenten fragen nicht nach, lassen sich kein Feedback geben, sie gehen davon aus, dass sie es gut machen. Das Problem wird nur in der Evaluation der Kursleitung gegenüber angesprochen."*

Zudem sei der medizinische Unterricht nicht gut auf das Berufsbild Pflege, sondern eher auf Medizinstudenten abgestimmt und vermittele zu viel Detailwissen ohne Praxisbezug.

*"Viel theoretisches Wissen wird gebracht, das wir in der Praxis so nicht brauchen, zu viele unwichtige Details. Wir sind keine Mediziner, sondern Pflegepersonal. Manche Ärzte unterrichten uns wie Medizinstudenten. Das hat sich trotz Kritik nicht geändert. Manche Ärzte sind gut, andere eher schlecht. Beispiele: Schlecht: Beatmung und Atmungsphysiologie, sehr viel Details, die wir aus der Ausbildung nicht kannten und mit denen wir in der Praxis nie konfrontiert wurden. Es ist sehr schwierig, ohne Vorwissen etwas aufzunehmen. Sehr gut: Anästhesie und Narkose"*

*"Der Unterricht sollte besser auf unser Berufsbild abgestimmt sein. Ich will unseren Beruf nicht schlecht machen, aber es gibt Dinge, die wir so nicht brauchen"*

Der Dozentenunterricht schließt an die Lern- und Lehrerfahrungen vieler Teilnehmer an.

*"Frontalunterricht kenne ich aus 12 Jahren Schule, liegt mir gut. Es könnte mehr Leistungsnachweise geben als Leistungsstimulus, ich fange erst für eine Klausur an zu lernen, ich brauche Druck."*

Andere Teilnehmer betonen aber auch die größere Nachhaltigkeit des Lernens durch selbstgesteuertes Lernen beim POL.

*"Wenn mir ein Dozent etwas erzählt, zum Beispiel heute Schmerzmanagement, dann ist das interessant, man hört sich das an und man schaut es sich vielleicht vor der Klausur noch mal an, aber wenn ich mich selbst damit selbst auseinandersetzen muss, dann schau ich ins Internet, such mir Literatur und lese es mir bewusst durch. Man lernt nachhaltiger."*

#### **5.4. Diskussion und Empfehlungen**

Der Dozentenunterricht wird v.a. hinsichtlich der Vernetzung der einzelnen Fächer und der Koordination mit dem POL und dem klinischen Unterricht positiver bewertet als in den vorausgegangenen Erhebungen. Die Wertschätzung des Unterrichts im Fach Pflege hat sich deutlich erhöht. Der Dozentenunterricht wird von einigen Teilnehmern deshalb besonders geschätzt, weil er ihren Lernerfahrungen entspricht. Er gebe viel Input und die Dozenten seien auch bereit, auf Fragen einzugehen. Bei diesen Teilnehmern korreliert die Bevorzugung des Frontalunterrichts mit einer kritischen Distanz zu POL. Die Vermittlung prüfungsrelevanten Wissens für erwartete Leistungsnachweise spielt offenbar eine große Rolle für die Lernmotivation.

Zu empfehlen bleibt eine pädagogisch-didaktische Qualifizierung der ärztlichen Dozenten und eine praxisnähere Abstimmung des medizinischen Unterrichts auf das Berufsbild Pflege.

## Teil III      **Gemeinsames Resümee**

### **1. Zusammenfassende Bewertung des Projekts**

Ein Großteil der Ressourcen der Evaluation wurde darauf verwendet, die curricularen Reformen so zu verbessern, dass die erhofften Wirkungen sich überhaupt entfalten können. Dies betraf insbesondere das problemorientierte Lernen und den klinischen Unterricht. Während das problemorientierte Lernen für das Team neu war und es daher nicht überraschend war, dass noch Weiterentwicklungsbedarf bestand, war dies beim klinischen Unterricht, der ja schon lange in Kliniken etabliert ist, nicht unbedingt zu erwarten. Tatsächlich zeigte sich in allen Bereichen vor allem ein fachdidaktisches Defizit. Gewinnbringend für alle Seiten war die daraus resultierende intensive Zusammenarbeit. Die Schritte von Evaluation, Rückmeldung, gemeinsamer Weiterentwicklung der Konzepte und erneuter Evaluation führten zu einem fruchtbaren Austausch und zur Weiterentwicklung nicht nur der Konzepte für das problemorientierte Lernen und den klinischen Unterricht, sondern auch der Kompetenzen der Beteiligten.

Im Hinblick auf den Nutzen der getroffenen Maßnahmen wird in diesem Kapitel auf die in den Bewilligungsbedingungen der Robert-Bosch-Stiftung angegebenen Fragestellungen eingegangen:

#### **Welche erweiterten Fähigkeiten und Kompetenzen bringen die Absolventen des Projekts aufgrund dieser neuen Lehr-/Lernformen mit?**

Während traditionelle Formen des Unterrichts in der Fachweiterbildung Anästhesie- und Intensivpflege vor allem auf Wissenserwerb und Aneignung von Fertigkeiten abheben, können durch die in dem Projekt eingesetzten neuen Lehr-/Lernformen (das POL und die neu konzipierten klinischen Unterrichte) zusätzlich Deutungs- und Reflexionskompetenz erworben werden. Dies belegen eindrücklich die Ergebnisse der Teilnehmerbefragung. Im Antrag von 2002 war von diesen Kompetenzen noch nicht die Rede. Die dort formulierten Intentionen konzentrierten sich auf die Förderung der Selbstlernkompetenz der Teilnehmer und die Verbesserung des Theorie-Praxis-Transfers. Theorie-Praxis-Transfer wurde im Antrag an die Robert-Bosch-Stiftung vornehmlich verstanden als Anwendung neuen Wissens im Sinne von Problemlösung. Tatsächlich geben die Teilnehmer an, sich z. B. zu den Themen „Wundversorgung“ und „Basale Stimulation“ neues Wissen angeeignet und es zum Teil auch angewendet zu haben. Aus heutiger Perspektive zum Abschluss des Projekts lässt sich in dieser Zielvorstellung eher ein technokratisches Transferverständnis entdecken. Anstelle dessen ist ein reflexives Transferverständnis zu Grunde zu legen, wonach sich ein gelungener Transfer in einer Erweiterung der Deutungs- und Handlungsmöglichkeiten der Teilnehmer für typische Pflegesituationen sowie in der Fähigkeit zur Überprüfung von routinisierten Handlungsbegründungen zeigt. Mit den neuen Lehr-/Lernformen sind gute Voraussetzungen für die Aneignung dieser Fähigkeiten gegeben. Daneben geben die Teilnehmer an, dass das POL selbständiges und nachhaltiges Lernen – also Selbstlernkompetenz - fördere.

#### **Inwieweit sind die Projektteilnehmer besser als die Absolventen der bisherigen Weiterbildung auf die sich wandelnden Anforderungen in der Praxis vorbereitet?**

Ein unmittelbarer Vergleich zwischen den Projektteilnehmern und den Absolventen der bisherigen Weiterbildung konnte natürlich nicht angestellt werden. Es ist aber davon auszugehen, dass es zukünftig nicht ausreicht, wenn Pflegende über Fachwissen verfügen, sondern dass gerade reflexive Deutungskompetenz und Selbstlernkompetenz gefragt sind. So geht mit der Zunahme an pflegerischem Wissen eine gesteigerte Begründungsverpflichtung einher und durch die Entwicklung weiterer technischer und damit häufig auch kostenintensiver therapeutischer Innovationen einerseits und die Verschärfung des ökonomischen Drucks in

den Krankenhäusern andererseits müssen die Pflegenden Handlungsalternativen gegeneinander abwägen, begründet Entscheidungen treffen und dafür Verantwortung übernehmen können. Auf diese Herausforderungen sind die Projektteilnehmer insbesondere gefördert durch die in der Fachweiterbildung eingesetzten neuen Lehr-/Lernformen gut vorbereitet.

**Wie wirken sich die neuen Lehr-/Lernformen aus Sicht der unterschiedlichen Interessengruppen (Patienten, Pflgeteams, Weiterbildungsteilnehmer, Bildungszentrum, Kostenträger, Kliniken) aus?**

Die **Teilnehmer** selbst stehen den Reformen, vor allem dem POL, eher skeptisch gegenüber. In ihrem Urteil schneiden die traditionellen Lehr-/Lernformen, wie der Dozentenunterricht, deutlich positiver ab als das POL. Insbesondere die Teilnehmer des letzten Kurses (04/06) gelangten aber zu einer sehr differenzierten Einschätzung der Chancen des POL. Auch wenn die anfänglich sehr negative Bewertung des POL durch die Teilnehmer sich relativiert hat, so werden die Lerneffekte durch das POL von den Teilnehmern aber nach wie vor als eher mittelmäßig bewertet. Deutungs- und Reflexionskompetenz werden von ihnen zwar als Effekte genannt, aber als nicht so bedeutungsvoll für die Praxis angesehen. Eine Begründung hierfür könnte darin liegen, dass das Funktionsfeld Intensivstation Deutungskompetenz besonders wenig nachfragt, weil dort ein mechanistisches Pflegeverständnis vorherrschend ist. Zudem entspricht das deduktiv-hypothetische Vorgehen des POL tatsächlich nicht dem, wie Experten in der Praxis handeln (nämlich implizit und intuitiv), sondern dient der Reflexion vornehmlich in handlungsentlasteten Situationen.

Die **Stationen bzw. Stationsleitungsteams** wurden im Rahmen der Evaluation ein Mal befragt. Von 12 Befragten antworteten auf die Frage, ob sie Veränderungen bezüglich der Fähigkeiten und Verhaltensweisen der Teilnehmer des Kurses 02/04 im Vergleich zu anderen Kursen beobachten konnten, 7 Befragte mit nein, einer konnte geringfügige Veränderungen beobachten, einer meint, dass sich die Kurse nicht vergleichen ließen, zwei heben positive, ein Befragter negative Auswirkungen hervor. Bei den positiven Effekten führen die Stationsleitungen an, dass sich die Teilnehmer mehr engagierten, die FWB ernster nähmen und dass sie Pflegeprobleme hinterfragten und diskutierten. Insgesamt konnte festgestellt werden, dass die curricularen Veränderungen der Fachweiterbildung, insbesondere die Einführung des problemorientierten Lernens, die Freistellung der Praxisanleiterinnen die häufigeren Einsatzwechsel, von den Stationsleitungen positiv beurteilt werden.

Aus Sicht des **Bildungszentrums** haben die Einführung neuer Lehr-Lernformen, insbesondere die Implementierung des POL, zu grundlegenden Veränderungen der Fachweiterbildung Anästhesie- und Intensivpflege geführt. Auf vielen Ebenen wurden Abläufe und Strukturen überprüft und verändert, Vertrautes und bisher Bewährtes wurde zum Teil verlassen und Neues musste sich festigen. Diese Veränderungen erzeugten zum Teil Widerstand und brauchten Zeit und Geduld. Die Erfolge konnten nur erzielt werden, da alle Beteiligten über den gesamten Prozess offen für Veränderungen waren und jede/r konstruktiv mitgearbeitet hat. Die MitarbeiterInnen der Fachweiterbildung und die Praxisanleiterinnen vollzogen einen Rollenwechsel vom traditionellen Lehrenden hin zum Lernbegleiter. Dieser Rollenwechsel ist noch nicht bei allen Dozenten verinnerlicht, besonders die ärztlichen Fachdozenten bedürfen hierin noch Unterstützung. Die Funktion der übergeordneten Praxisanleitung hat sich im Laufe des Projektes etabliert. Die Praxisanleiterinnen nehmen eine zentrale Rolle für die Verbesserung des Theorie-Praxis-Transfers ein. Aufgrund ihrer übergeordneten Tätigkeit (Durchführung klinischer Unterrichte auf den Intensivstationen und in der Anästhesieabteilung) und ihrer Rolle im Rahmen des Fachunterrichtes (POL und Pflegeunterrichte) stellen sie eine wichtige Schnittstelle dar. Die Entwicklung eines fächer-integrativen Curriculums erfordert den Einbezug von Beteiligten aus unterschiedlichen Berufsgruppen und Disziplinen in die Curriculumentwicklung. Die umfangreiche

Partizipation der Beteiligten im Rahmen der C-AG hat sich als besonders wertvoll für die Akzeptanz der Reformen herausgestellt.

### **Lohnt sich die problemorientierte Qualifizierung aus wirtschaftlicher Sicht für den Arbeitgeber bzw. für den Ausbildungsträger?**

Diese Frage konnte anhand des zugrundeliegenden Untersuchungsdesigns nicht überprüft werden. Um zu wissenschaftlich fundierten Aussagen zu kommen, wäre eine Vergleichsstudie erforderlich gewesen und es müsste möglich sein, die Wirkungen einzelner fachweitergebildeter Personen auf die Pflege einer oder mehrerer Stationen extrahieren zu können. Daher folgen hier nur einige theoretische Überlegungen: Negativ fällt beim POL ins Gesicht, dass je nach Größe der gesamten Lerngruppe höhere Ressourcen benötigt werden, weil jede Kleingruppe einen Tutor/eine Tutorin erhält. Bei dem am UKE gewählten Vorgehen fanden pro Fall Kleingruppensitzungen im Umfang von 4 Stunden statt, vier weitere Unterrichtsstunden verbringen die Teilnehmer mit Selbstlernen. Sofern nur zwei POL-Gruppen moderiert werden müssen, gleicht sich der Personalmehraufwand wieder aus (4 Unterrichtsstunden mit doppelter Besetzung und 4 Unterrichtsstunden, in denen keine lehrende Person benötigt wird), bei drei Gruppen fallen zusätzliche Kosten in Höhe von 4 Unterrichtsstunden an. Ob die Steigerung der Reflexions- und Deutungskompetenz ökonomische Effekte mit sich bringt, darüber kann gegenwärtig nur spekuliert werden. Eine Steigerung der Pflegequalität ist aber mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten.

## **2. Öffentlichkeitsarbeit**

Im Laufe des Projektzeitraums wurden folgende Aktivitäten eingeleitet bzw. durchgeführt:

- Abstract für den Kongress „Lernwelten 2002“ in Salzburg, wurde abgelehnt
- Abstract für den Münchner Pflegekongress 2002, wurde abgelehnt
- Januar 2003: Artikel in der UKE Zeitung: „Die Entwicklung eines neuen Curriculum für die Fachweiterbildung Anästhesie- und Intensivpflege erhält eine Förderung durch die Robert Bosch Stiftung“.
- Information über das Projekt über die Webseite: „Transfernetzwerk Innovative Pflegeausbildung (tip)“. Intention des Transfernetzwerkes gilt eher der Ausbildung, daher war eine Zusammenarbeit nur bedingt möglich.
- 24.3.03: Präsentation über die Hintergründe und Struktur unseres Konzeptes am Institut „Fort- und Weiterbildung für Pflegeberufe“ in München (D. Thömen-Suhr). Die Veranstaltung erfolgte auf Einladung der Institutsleitung. Die Zielgruppe setzte sich aus MitarbeiterInnen der Kranken-/ Kinderkrankenpflegeschule sowie VertreterInnen der Fort- und Weiterbildung zusammen.
- 14.5.03: Workshop im Rahmen der Veranstaltung „Tag der Pflege“ in Hamburg zum Thema: „Fördert problemorientiertes Lernen die Eigenverantwortung in der Erwachsenenbildung?“ Es erfolgte ein ca 20 minütiger Einstieg anhand einer Präsentation (A. Boonen), dann wurde über 60 Min. POL in Kleingruppen durchgeführt (Mitarbeiter Fachweiterbildung und Praxisanleiterinnen).
- 27.1.04: Präsentation und POL Übung für Dozenten der Hamburger Hochschule für angewandte Wissenschaften (A. Boonen).
- 19.2.04: Vortrag zum Thema: „Praxisnahe Lernformen in der Fachweiterbildung Anästhesie- und Intensivpflege“ im Rahmen des 14. Symposium Intensivmedizin und Intensivpflege in Bremen, (A. Boonen und I. Darmann).

- 26.2.04: Versand der Auswertung des Fragebogens „Stand der Fachweiterbildung A+I in Deutschland“ an alle Universitätskliniken.
- Artikel: Boonen, A.; Darmann, I. (2004): Praxisnahes Lernen in der Fachweiterbildung Anästhesie- und Intensivpflege. In: intensiv, 12 (6) 290-296.
- Artikel: Darmann, I. (2004): Problemorientiertes Lernen – Transfer durch die Erweiterung von Situationsdeutungen. In: [www.PR-INTERNET.com](http://www.PR-INTERNET.com) für die Pflege, 6 (9) 13-19.
- 24./25.2.05 1. Transfertagung: Problemorientiertes Lernen in der Pflege, in Hamburg, 100 TeilnehmerInnen, Dokumentation der Tagung und Rückmeldung im Internet [www.uke.uni-hamburg.de/pol](http://www.uke.uni-hamburg.de/pol).
- Artikel: Darmann, I. (2005): Wirkhintergründe des problemorientierten Lehrens und Lernens. Erscheint in: IPP-Info.
- Artikel: Darmann, I. (2005): Evaluation von curricularen Reformen am Beispiel des problemorientierten Lernens. Eingereicht in: Unterrichtswissenschaft.

### 3. Perspektiven

Wir streben weiterhin eine Buchpublikation an, in der die Ergebnisse des Projekts sowie Tagungsbeiträge veröffentlicht werden sollen. Wir würden es sehr begrüßen, den hierfür bereits eingeworbenen Druckkostenzuschuss von 2.000 € noch nach Projektabschluss einsetzen zu können.

Des Weiteren ist die Veröffentlichung eines Beitrags „Lernen in der Fachweiterbildung“ im „Handbuch der Intensivpflege“ geplant. Abgabe ist Anfang 2006, angestrebte Veröffentlichung Mitte 2006.

Im Rahmen der 1. Transfertagung „Problemorientiertes Lernen“ haben wir bereits darauf hingewiesen, dass eine 2. Transfertagung zum Thema „Klinischer Unterricht im Zusammenhang mit POL“ für das Jahr 2007 geplant ist. Die Kongresskosten für die 1. Transfertagung fielen niedriger aus als ursprünglich angenommen, zum anderen nahmen wir 2.900 € über Teilnahmegebühren ein, so dass diese 2. Transfertagung ggf. über das noch vorhandene Geld mitfinanziert werden kann.

## Literatur

- Benner, Patricia; Tanner, Christine A.; Chesla, Catherine A.** (2000): Pflegeexperten. Bern u.a.: Huber.
- Bergmann, Jörg R.** (1981): Ethnomethodologische Konversationsanalyse. In: Schröder, Peter; Steger, Hugo (Hrsg.): Dialogforschung. Jahrbuch 1980 des Instituts für deutsche Sprache. Düsseldorf: Schwann, S. 9-51.
- Bergmann, Jörg R.** (1995): Konversationsanalyse. In: Flick, Uwe; Kardorff, Ernst von; Keupp, Heiner; Rosenstiel, Lutz von; Wolff, Stephan (Hrsg.): Handbuch Qualitative Sozialforschung. Weinheim: PsychologieVerlagsUnion. 2. Auflage, S. 213-218.
- Beywl, Wolfgang** (1988): Zur Weiterentwicklung der Evaluationsmethodologie. Grundlegung, Konzeption und Anwendung eines Modells der responsiven Evaluation. Frankfurt/Main: Lang.
- Bögemann-Großheim, Ellen; Brendel, Sabine; Handgraaf, Marietta** (1999): Problem-based Learning - eine pädagogische Antwort auf neue Herausforderungen in der Krankenpflege. In: PflegePädagogik, 2, 4-11.
- Boonen, Angela; Darmann, Ingrid** (2003): Neue Lehr- und Lernformen in der Fachweiterbildung Anästhesie- und Intensivpflege. Zwischenbericht. Teil I: Konzeption (Boonen). Teil II: Evaluation (Darmann). Unveröffentlichtes Manuskript
- Boonen, Angela; Darmann, Ingrid** (2004): Praxisnahes Lernen in der Fachweiterbildung Anästhesie- und Intensivpflege. In: intensiv, 12 (6) 290-296
- Colliver, Jerry A.** (2000): Effectiveness of problem-based learning curricula. Research and theory. In: Academic Medicine, 75, 259-266.
- Darmann, Ingrid** (2005a): „Und es wird immer so empfohlen“. Antrittsvorlesung. Manuskript. Eingereicht in: Pflege
- Darmann, Ingrid** (2005): Pflegeberufliche Schlüsselprobleme als Ausgangspunkt für die Planung von fächerintegrativen Unterrichtseinheiten und Lernsituationen. In: [www.PR-INTERNET.com](http://www.PR-INTERNET.com) für die Pflege, 7 (6) 329-335.
- Darmann, Ingrid** (2004b): Problemorientiertes Lernen – Transfer durch die Erweiterung von Situationsdeutungen. In: [www.PR-INTERNET.com](http://www.PR-INTERNET.com) für die Pflege, 6 (9) 461-467.
- Darmann, Ingrid** (2002): Einführung in das Tagungsthema "Bildungshaltigkeit von Lernfeldern". In: Darmann, Ingrid; Wittneben, Karin (Hrsg.): Gesundheit und Pflege: Bildungshaltigkeit von Lernfeldern. Bielefeld: Bertelsmann, S. 3-6.
- Darmann, Ingrid** (2001a): Situations-, wissenschafts- und interaktionsorientierter Pflegeunterricht. In: [www.PR-INTERNET.com](http://www.PR-INTERNET.com) für die Pflege, 3 (11) 235-241.
- Darmann, Ingrid** (2001b): Der Patient als Partner. In: Altenpflege-Forum, 9 (1) 20-26.
- Darmann, Ingrid** (2000): Kommunikative Kompetenz in der Pflege. Stuttgart: Kohlhammer.
- Dubs, Rolf** (1995): Lehrerverhalten: ein Beitrag zur Interaktion von Lehrenden und Lernenden im Unterricht. Zürich: Verlag des Schweizerischen Kaufmännischen Verbands.
- Ertl-Schmuck, Roswitha** (2000): Pflegedidaktik unter subjekttheoretischer Perspektive. Frankfurt/Main: Mabuse.

- Glaser**, Barney; **Strauss**, Anselm L. (1967): The Discovery of Grounded Theory Analysis. Strategies for Qualitative Research. New York: Aldine Publ. Co.
- Greb**, Ulrike (2003): Identitätskritik und Lehrerbildung. Frankfurt/Main: Mabuse.
- Greb**, Ulrike (2001): Der Strukturgitteransatz in der Fachdidaktik Intensivpflege. In: [www.PR-INTERNET.com](http://www.PR-INTERNET.com) für die Pflege, 3 (11) 252-268.
- Greb**, Ulrike (2000): Identitätskritik und Lehrerbildung. Eine Strukturanalyse des Unterrichtsgegenstandes Pflege. In: [www.PR-INTERNET.com](http://www.PR-INTERNET.com) für die Pflege, 2 (11) 222-229.
- Heiner**, Maja (1998): Experimentierende Evaluation: Ansätze zur Entwicklung lernender Organisationen. Weinheim, München: Juventa.
- Justizbehörde** der Freien und Hansestadt Hamburg (2000): Amtlicher Anzeiger Teil III des Hamburgischen Gesetz- und Verordnungsblattes; Fortbildungs- und Prüfungsordnung zur Fachkrankenschwester/zum Fachkrankenpfleger und zur Fachkinderkrankenschwester/zum Fachkinderkrankenpfleger für Intensivpflege und Anästhesie.
- Klafki**, Wolfgang (1993): Neue Studien zur Bildungstheorie und Didaktik. Weinheim, Basel: Beltz. 3. Auflage.
- Klafki**, Wolfgang (1975): Handlungsforschung im Schulfeld. In: Haft, Henning; Hameyer, Uwe (Hrsg.): Curriculumplanung. Theorie und Praxis. München: Kösel. S. 69-97.
- Kohlberg**, Lawrence (1997): Die Psychologie der Moralentwicklung. Frankfurt/Main: Suhrkamp, 2. Auflage.
- Lamnek**, Siegfried (1995): Qualitative Sozialforschung. Band 2: Methoden und Techniken. Weinheim: Psychologie-Verl.-Union.
- Landwehr**, Norbert (1994): Neue Wege der Wissensvermittlung. Aarau: Sauerländer.
- Mandl**, Heinz; **Prenzel**, Manfred; **Gräsel**, Cornelia (1992): Das Problem des Lerntransfers in der betrieblichen Weiterbildung. In: Unterrichtswissenschaft. S. 126-143.
- Mayring**, Philipp (2003): Qualitative Inhaltsanalyse. Weinheim und Basel: Beltz.
- Meer**, Kees van (1994): Problemorientiertes Lernen. In: Schwarz-Govaes, Renate (Hrsg.): Standortbestimmung Pflegedidaktik. Aarau: Kaderschule für die Krankenpflege, S. 81-93.
- Moust**, JHC, **Bouhuis**, PAJ, **Schmidt**, HG (1999) : Problemorientiertes Lernen, Wiesbaden : Ullstein Medical.
- Meyer**, Hilbert (1974): Trainingsprogramm zur Lernzielanalyse. Frankfurt/Main: Fischer Athenäum.
- Neuweg**, Georg Hans (2000): Mehr lernen, als man sagen kann. Konzepte und didaktische Perspektiven impliziten Lernens. In: Unterrichtswissenschaft, 28 (3) 197-217.
- Neuweg**, Georg Hans (1999): Könnerschaft und implizites Wissen. Münster usw.: Waxmann.
- Obex**, Franz (1995): Multidimensionale Patientenorientierung. Interview zur multidimensionalen Patientenorientierung mit Karin Wittneben. In: PflegePädagogik, 5 (3) 25-30.
- Orem**, Dorothea E. (1991): Nursing – Concepts of Practice. St. Louis usw.: Mosby.
- Reetz**, Lothar (1996): Wissen und Handeln. – Zur Bedeutung konstruktivistischer Lernbedingungen in der kaufmännischen Berufsbildung. In: Beck, Klaus; Müller,

- Wolfgang; Deißinger, Thomas; Zimmermann, Matthias (Hrsg.): Berufserziehung im Umbruch. Weinheim: Deutscher Studienverlag. S. 173-188.
- Robinson**, Saul B. (1969): Bildungsreform als Revision des Curriculum. Neuwied und Berlin: Luchterhand.
- Schwarz-Govaers**, Renate (2002): Problemorientiertes Lernen in der Pflegeausbildung. In: [www.PR-Internet.com](http://www.PR-Internet.com) für die Pflege, 4 (2) S. 30-45
- Schwarz-Govaers**, Renate (2003): Problemorientiertes Lernen – neuer Wein in alten Schläuchen oder eher alter Wein in neuen Schläuchen? In: [www.PR-INTERNET.com](http://www.PR-INTERNET.com) für die Pflege, 5 (1) 36-45.
- Siebert**, Horst (1999): Pädagogischer Konstruktivismus. Neuwied: Luchterhand.
- Smits**, P. B.; **Verbeek**, J. H.; **Buissonje**, C. D. de (2002): Problem based learning in continuing medical education: a review of controlled evaluation studies. In: BMJ, 324, 153-157.
- Stemmer**, Renate (2001): Grenzkonflikte in der Pflege. Frankfurt/Main: Mabuse
- Strätling-Tölle**, Helga (Hrsg.) (2000): 50 Tage Intensiv oder: Die menschliche Würde im Krankenhaus. Frankfurt/Main: Mabuse.
- Strauss**, Anselm (1994): Grundlagen qualitativer Sozialforschung. München: Fink.
- Thömen**, Doris (1998): Problemorientiertes Lernen. Materialien zum Reformstudiengang Medizin an der Humboldt-Universität zu Berlin. **Wittneben**, Karin (2004): Pflegekonzepte in der Weiterbildung zur Pflegelehrkraft. Frankfurt/Main: Lang, 4. Auflage, 1. Auflage 1991.
- Wittneben**, Karin (2003): Pflegekonzepte in der Weiterbildung für Pflegelehrerinnen und Pflegelehrer. Leitlinien einer kritisch-konstruktiven Pflegelehrerfelddidaktik. Frankfurt am Main: Lang. Erste Auflage 1991..
- Zimmermann**, Matthias (1996): Transferfördernde Berufserziehung in Schule und Betrieb. In: Beck, Klaus; Müller, Wolfgang; Deißinger, Thomas; Zimmermann, Matthias (Hrsg.): Berufserziehung im Umbruch. Weinheim: Deutscher Studienverlag. S. 45-60.

## **Anhang**

Der Anhang enthält das Curriculum für die Fachweiterbildung Intensiv- und Anästhesiepflege am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Stand August 2005. Einige Empfehlungen der Evaluatorin konnten bereits umgesetzt werden.