

MASTERARBEIT

Der dritte Lernort als Vorbereitung für die Simulation in der Pflegeausbildung

eingereicht von

Manuela Hammer, MSc

Zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Medical Simulation (MMS)

an der

Medizinischen Universität Graz

Ausgeführt im Rahmen des

Universitätslehrgangs „Master of Medical Simulation (MMS)“

unter Anleitung von Betreuer*in

Univ. FA Dr. med. univ. Thomas Wegscheider

und

Christine Huber, MSc

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe erfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzen Quellen wörtlich und inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Graz, 06.08.2024

Manuela Hammer, MSc eh.

Declaration of Academic Integrity

I hereby confirm that the present diploma thesis is the result of my own independent scholarly work. I also confirm that in all cases, where material from the work of others (in books, articles, essays, dissertations, and on the internet) is acknowledged, quotations and paraphrases are clearly indicated. No material other than that cited in the reference list has been used. I have read and understood the Medical University's regulations and procedures concerning plagiarism.

Graz, 06.08.2024

Manuela Hammer, MSc eh.

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen Personen, die mich während der Anfertigung meiner Masterarbeit in unterschiedlicher Form unterstützt und motiviert haben, herzlich bedanken.

Mein besonderer Dank gilt Herrn Univ. FA Dr. med. univ. Thomas Wegscheider und Frau Christine Huber, MSc, für die Übernahme der Betreuung und Begutachtung meiner Masterarbeit. Für die zahlreichen, konstruktiven Anregungen sowie die hilfreichen Gespräche im Rahmen der Erstellung dieser Arbeit möchte ich mich herzlich bedanken.

Meinen Dank richte ich an die Geschäftsführung der SeneCura, Herrn Anton Kellner, MBA, CEO und Herrn Dr. Markus Schwarz, COO sowie den Projektleiter Herrn DI Erik Vossius- Irshaid, welche die Realisierung des dritten Lernbereiches durch die Bereitstellung der notwendigen finanziellen Mittel in den letzten Jahren an der EMG- Akademie für Gesundheit GmbH ermöglicht haben.

Des Weiteren möchte ich mich bei Frau Sandra Pucher, BSc, M.Ed., für die Bereitstellung ihres Fragebogens sowie die Beratung bei der Überarbeitung desselben bedanken.

Mein Dank gilt allen Kolleginnen und Kollegen, die mich während der Realisierung des Projektes "Dritter Lernbereich" tatkräftig bei der Befragung und bei der Umsetzung der Trainingseinheiten unterstützt haben.

Abschließend möchte ich mich bei meiner gesamten Familie bedanken, insbesondere jedoch bei meinem Ehemann, für die Unterstützung, die er mir auf dem Weg zum Abschluss entgegenbrachte.

Zusammenfassung

Hintergrund: Im Rahmen der Novellierung der Ausbildungen in der Gesundheits- und Krankenpflege wurde die Umsetzung des dritten Lernortes gefordert. Der dritte Lernort stellt ein Konzept dar, welches als patientinnen- und patientenfern durchgeführtes Training konzipiert ist. Es zielt darauf ab, die Handlungskompetenzen der Auszubildenden zu optimieren und stellt somit ein Angebot zur Optimierung des Theorie- und Praxistransfers dar.

Ziel: Die vorliegende Untersuchung verfolgt das Ziel, die These zu bestätigen, dass der dritte Lernort mit der Integration der Lehr- und Lernmethode "Simulation" ein qualitativ hochwertiges Angebot darstellt, welches einen erfolgreichen Theorie-Praxistransfer fördert.

Methode: Die methodische Vorgehensweise umfasst eine Literaturrecherche sowie eine quantitative Befragung von Auszubildenden, die bereits ein Praktikum absolviert haben und im dritten Lernbereich trainiert wurden. Im Anschluss erfolgt eine deskriptive Darstellung der Ergebnisse sowie eine Varianzanalyse.

Ergebnisse: Die Resultate der Untersuchung deuten darauf hin, dass der Erwerb von Handlungskompetenzen im dritten Lernbereich in Kombination mit der Simulation bei den Auszubildenden gefördert und die Fähigkeit zur Selbstreflexion sowie die Fähigkeit zur realistischen Selbsteinschätzung verbessert werden kann.

Abstract

Background: As part of the revision of training programmes in healthcare and nursing, the implementation of the third learning venue was called for. The latter represents a concept that is designed as training without patient-involvement. It aims to optimise the trainees' skills and thus represents a tool for optimising the transfer of theory to practice.

Aim: The aim of this study is to confirm the hypothesis that the third learning venue with the integration of the teaching and learning method "simulation" represents a high-quality programme that promotes the successful transfer of skills from theory to practice.

Method: The methodological approach comprises a literature review and a quantitative survey of trainees who have already completed a work placement and have been trained in the third learning area. This is then followed by a descriptive presentation of the results and an analysis of variance.

Results: The results of the study indicate that the trainees' acquisition of competences in the third learning area in combination with the simulation can be promoted and that their ability to self-reflect as well as their ability for realistic self-assessment can be improved.

Inhaltsverzeichnis

Eidesstattliche Erklärung	a
Declaration of Academic Integrity	b
Danksagung.....	c
Zusammenfassung	d
Abstract.....	e
Inhaltsverzeichnis	f
Abbildungsverzeichnis	h
Tabellenverzeichnis	i
1. Einleitung	1
1.1. Ausgangssituation.....	1
1.2. Zielsetzung.....	4
1.3. Forschungsfragen	5
1.4. Schwerpunkt der Arbeit.....	5
2. Theoretischen Teil des dritten Lernbereich	6
2.1. Definition und Geschichte des dritten Lernortes	6
2.2. Didaktische Konzepte am dritten Lernort	11
2.2.1. Fertigkeiten- und Fähigkeitstraining (FFT).....	14
2.2.2. Erfahrungs- und Erkundungswerkstatt	17
2.2.3. Fallorientierte Didaktik	17
2.2.4. Lerntreff.....	19
2.2.5. Objective Structures Clinical Examination	19
3. Simulation	20
3.1. Begrifflichkeiten in der Simulation	20
3.2. Simulationsbasiertes Lernen in der Pflegeausbildung.....	21
3.3. Planung und Umsetzung der Lehr- und Lehrmethode Simulation.....	24
4. Material und Methode.....	31

4.1.	Ort der Erhebung	31
4.2.	Methode	31
4.3.	Entwicklung des Fragebogens und Prätest.....	32
4.4.	Prätest.....	33
4.5.	Stichprobe.....	34
4.5.	Statistische Methoden.....	34
5.	Ergebnisse	35
5.1.	Stichprobe.....	35
6.	Diskussion.....	53
7.	Schlussfolgerung.....	58
8.	Literaturverzeichnis	59
9.	Anhang.....	62

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Wissensmanagementmodell von Nonaka und Takeuchi (1997),	8
Abbildung 2: LTT- Haus	12
Abbildung 3: CAS- Modell	16

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Suchstrategie.....	31
Tabelle 2: Frage „Praxis“: Die Ziele der praktischen Ausbildung wurden mit dem Praxiskatalog/Kompetenzkatalog formuliert	37
Tabelle 3: Frage „dritter Lernbereich“: Die Ziele für den dritten Lernbereich decken sich mit den Ausbildungszielen im Praxiskatalog	37
Tabelle 4: Frage „Praxis“: Praktische Ausbildungsziele wurden mit der PAL/DGKP/Mentor formuliert	38
Tabelle 5: Frage „dritter Lernbereich“: Die Lernziele des dritten Lernbereiches wurden mit dem Trainer*In besprochen	38
Tabelle 6: Frage „Praxis“: Ich musste praktische Ausbildungsziele alleine formulieren	39
Tabelle 7: Frage „dritter Lernbereich“: Ich durfte eigene Lernziele dazu formulieren	39
Tabelle 8: Frage“ Praxis“: Die erarbeiten Ziele sind spezifisch formuliert.....	40
Tabelle 9: Frage „dritter Lernbereich“:..Die Ziele sind spezifisch für das Thema des dritten Lernbereiches formuliert.....	40
Tabelle 10: Frage „Praxis“: Zur praktischen Pfl egetätigkeit fand eine Selbsteinschätzung statt	41
Tabelle 11: Frage „dritter Lernbereich“: Zur praktischen Pfl egetätigkeit fand eine Selbsteinschätzung statt	41
Tabelle 12: Frage „Praxis“: Von einer PAL/DGKP/Mentor fand keine Einschätzung statt.	42
Tabelle 13: Frage „dritter Lernbereich“: Von einer Beobachter*in fand keine Einschätzung statt.....	42
Tabelle 14: Frage „Praxis“: die praktische Pfl egetätigkeit wurden von PAL/DGKP/Mentor fremdeingeschätzt.....	43
Tabelle 15:Frage “dritter Lernbereich: Die praktische Pfl egetätigkeit wurde durch die Trainer*in fremdeingeschätzt.....	43
Tabelle 16: Frage“ Praxis“ Praktische Pfl egetätigkeiten wurden inhaltlich mit PAL/DGKP/Mentor reflektiert.....	44

Tabelle 17: Frage "dritter Lernbereich": Praktische Pflege­­tätigkeiten wurden inhaltlich mit dem/der Trainer*in reflektiert	44
Tabelle 18: Frage „Praxis“: Auf Leistungslücken wurde wertschätzend und verständlich hingewiesen	45
Tabelle 19: Frage „dritter Lernbereich“: Auf Leistungslücken wurden wertschätzend und verständlich hingewiesen.	45
Tabelle 20: Frage „Praxis“: Im Rahmen der Nachbearbeitung wurden Vorschläge und Strategien zur Verbesserung der Pflege­­tätigkeit erarbeitet	46
Tabelle 21: Frage dritte Lernbereich: Im Rahmen der Nachbearbeitung wurden Vorschläge und Strategien zur Verbesserung der Pflege­­tätigkeit erarbeitet	46
Tabelle 22: Frage "Praxis": Die Vorschläge und Strategien wurden in wiederholten Pflege­­tätigkeiten gemeinsam umgesetzt.....	47
Tabelle 23: Frage "dritter Lernbereich": Die Vorschläge und Strategien wurden in wiederholten Pflege­­tätigkeiten gemeinsam umgesetzt.....	47
Tabelle 24: Frage "Praxis": Die Anforderung der Pflege­­tätigkeit entsprechen dem Ausbildungs­­niveau	48
Tabelle 25: Frage "dritter Lernbereich": Die Anforderung der Pflege­­tätigkeit entsprechen dem Ausbildungs­­niveau.....	48
Tabelle 26: Frage "Praxis": Ich habe mich bei neuen Pflege­­tätigkeiten ausreichend unterstützt gefühlt.....	49
Tabelle 27: Frage "dritten Lernbereich": Ich habe mich bei neuen Pflege­­tätigkeiten durch den Trainer*in ausreichend unterstützt gefühlt.....	49
Tabelle 28: Frage "Praxis": Durch praktische Pflege­­tätigkeiten konnte Wissen aus der Theorie mit der Praxis verknüpft werden.....	50
Tabelle 29: Frage "dritter Lernbereich": Durch praktische Pflege­­tätigkeiten konnte Wissen aus der Theorie mit der Praxis verknüpft werden	50
Tabelle 30: Frage "Praxis": Meine Handlungskompetenzen haben sich erweitert und gefestigt.....	50
Tabelle 31: Frage "dritter Lernbereich": Meine Handlungskompetenzen haben sich erweitert und gefestigt.....	51
Tabelle 32: Frage "Praxis": Ich habe mich bei neuen Pflege­­tätigkeiten eher auf mich selbst gestellt gefühlt.....	51
Tabelle 33: Frage "dritter Lernbereich": Ich habe mich bei neuen Pflege­­tätigkeiten eher auf mich selbst gestellt gefühlt.	52

Tabelle 34: ANOVA- Ziele	55
Tabelle 35: Mittelwert Ziele.....	55

1. Einleitung

Im Rahmen des theoretischen Teils der Arbeit erfolgt eine Auseinandersetzung mit der Ausgangssituation hinsichtlich der Gesetzgebung und der Rahmenbedingungen der Ausbildung von Pflegepersonal in Österreich. In Kapitel 1 erfolgt eine Erläuterung der Zielsetzung, der Fragestellung sowie des Schwerpunktes der vorliegenden Arbeit.

1.1. Ausgangssituation

Die Regelung der Pflegeberufe erfolgt in Österreich durch das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz. Im Jahr 2016 wurde das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz novelliert, wodurch zwei Berufsfelder im Pflegebereich festgehalten wurden: der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege sowie die Pflegeassistentenberufe. Die Pflegeassistentenberufe gliedern sich in die beiden Berufsfelder Pflegeassistentenz und Pflegefachassistentenz. Die Ausbildung aller drei Berufsgruppen erfolgt dual, das heißt in einem Theorie und Praxis. (BMSGPK, 2023, p. 108 ff).

Die Ausbildung zum gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege erstreckt sich über einen Zeitraum von drei Jahren und umfasst 4.600 Stunden, wovon 2.480 Stunden in der Praxis mit Patientinnen und Patientenkontakt absolvieren sind. Die Ausbildung durchläuft derzeit eine Reform. Die herkömmliche Ausbildung zum Diplom endet in Österreich mit Ablauf des Jahres 2026. Das Bachelorstudium an einer Fachhochschule umfasst sechs Semester mit 180 ECTS-Punkten. Im Rahmen des Studiums werden 2.300 Stunden Praktikum in verschiedenen Fachbereichen absolviert (BMSGPK, 2023, pp. 119-120, FH, 2024).

In der Ausbildung der Pflegeassistentenberufe wird zwischen Pflegeassistentenz und Pflegefachassistentenz unterschieden.

Die Pflegeassistentenzausbildung dauert ein Jahr in Vollzeit und umfasst 1.600 Stunden. Davon entfallen 800 Stunden auf den theoretischen Unterricht und mindestens 530 Stunden auf die praktische Ausbildung.

270 Stunden können von der Leitung der Schule der theoretischen oder praktischen Ausbildung als schulautonomer Bereich zugeordnet werden (Gasser & Hausreither, 2017, p. 61).

Die Dauer der Ausbildung zur Pflegefachassistenz in Vollzeit verlängert sich um ein Jahr. Das erste Modul ist identisch mit der Pflegeassistenz und im zweiten Modul müssen die Auszubildenden 1.070 Stunden Theorie und 530 Stunden Praxis absolvieren (Gasser & Hausreither, 2017, p. 64)

Im Rahmen der Implementierung der Gesundheits- und Krankenpflege-Novelle im Jahr 2016 wurde eine Evaluierung hinsichtlich der Ausbildungsplätze gesetzlich vorgesehen. Im Rahmen der Evaluierung wurde die Ausbildungskapazität hinsichtlich der Bedarfsdeckung bis Ende 2023 analysiert. Hierbei wurden insbesondere die Ausbildungsplätze, die Bewerberlage sowie der Anteil der Absolventinnen und Absolventen, der tatsächlich in den Beruf einsteigt, evaluiert (Kozisnik, et al., 2023, p. 1).

Ein weiterer Aspekt, der im Rahmen der Evaluierung aus der Perspektive der Ausbildung von Relevanz ist, stellt die Begutachtung der Drop-out-Zahlen sowohl an den Gesundheits- und Krankenpflegesschulen als auch an der Fachhochschule dar. Im Sekundärausbildungsbereich der Pflege liegen keine Daten zum Drop-Out vor, die den Übergang zum tertiären Bereich betreffen. Zur Ermittlung der Drop-Out-Rate wurden Daten aus Berichten von Expertinnen und Experten sowie aus Fokusgruppeninterviews herangezogen. Diese belaufen sich nach Schätzung der Expertinnen und Experten auf 15–20% und betreffen vorwiegend die Ausbildung zur Pflegeassistenz und Pflegefachassistenz.

Die Beweggründe des Ausbildungsabbruches sind vielfältig, mitunter werden negative Erfahrungen in der praktischen Ausbildung in den Praktika angeführt und vor allem würden die Auszubildenden Schwierigkeiten haben mit den großen Lernpaketen haben. In den Fachhochschulen ist als Beweggrund für einen Abbruch des Studiums meist ein Wechsel in eine andere Studienrichtung angeführt.

Da die praktische Ausbildung der häufigste Grund für das Drop- Out ist- negative Erfahrungen sowie mangelhafte Begleitung- wird es laut Expertinnen und Experten hier die größte Herausforderung sein, eine qualitativ hochwertige Begleitung aufzubauen (Kozisnik, et al., 2023, pp. 46-48).

Um die praktische Ausbildung an die heutigen Anforderungen des Pflegepersonals anzupassen wird Bezug auf die Richtlinie 2005/36/EG genommen, in der festgehalten ist, dass die Ausbildung in der allgemeinen Gesundheit- und Krankenpflege

mindestens drei Jahre und 4.600 Stunden dauern muss. Es wird darauf hingewiesen, dass im Rahmen der Mindestausbildungsdauer ein Drittel auf den theoretischen Unterricht und mindestens die Hälfte auf die klinisch- praktische Ausbildung entfallen muss.

Das Bundesministerium für Gesundheit postuliert eine klinisch-praktische Ausbildung in Krankenhäusern und anderen Gesundheitseinrichtungen sowie im Gemeinwesen unter der Verantwortung der Lehrkräfte für Gesundheits- und Krankenpflege in Zusammenarbeit mit anderen qualifizierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen. Die Ausbildung zielt darauf ab, sicherzustellen, dass die Auszubildenden als integraler Bestandteil des Pflorgeteams einer Einrichtung lernen, den Versorgungsauftrag in realen Situationen zu erfüllen. Die Auszubildenden sollen die in der Theorie erworbenen Kenntnisse durch die Teilnahme am Arbeitsprozess auf entsprechende Pflegesituationen übertragen können.

Es sei festgehalten, dass 15% der gesamten klinisch-praktischen Ausbildung patientinnen- und patientenfern absolviert werden können. Infolgedessen beläuft sich die Anzahl der Stunden bei einer Vollzeitausbildung zum Diplom in der Gesundheits- und Krankenpflege auf 345 Stunden, während in der verkürzten Ausbildung zum Diplom gemäß § 44 252 Stunden zu leisten sind.

Aus pfledepädagogischer Perspektive lässt sich festhalten, dass Tätigkeiten, die bei nicht sachgerechter Ausführung Schmerzen, ein erhöhtes Verletzungs- und Infektionsrisiko sowie weitere Schädigungen bei der zu betreuenden Person verursachen können, in der Ausbildung zum gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege verankert und durchzuführen sind. Dies geht aus der Ausführung von Resetarits (2014) hervor.

Aus diesem Grund können Tätigkeiten wie Lagerungstechniken, Hebetechniken, Mobilisations- und Transfertechniken, Verbandstechniken, Kommunikation in schwierigen Situationen, Herzdruckmassage, Beatmung, Punktieren der Vene, das Legen des Blasenverweilkatheters und der Magensonde sowie die Blutentnahme aus der Vene und die Vorbereitung und Durchführung von subkutanen, intramuskulären und intravenösen Injektionen patientinnen- und patientenfern trainiert werden.

Dies bedeutet, dass aus Gründen der Qualitätssicherung Patientinnen- und Patientensicherheit im Rahmen der klinisch-praktischen Ausbildung ein praktisches Fertigkeitstraining unverzichtbar ist (Resetarits, 2014).

Da die beiden Assistenzberufe neue Kompetenzen erhalten haben, wurden die Ausbildungsinhalte mit der Gesundheit Österreich GmbH neu konzipiert. So wurde 2017 eine Empfehlung der Ausbildungsinhalte in einem Leitfaden veröffentlicht. Diese wurde den Gesundheits- und Krankenpflegeschulen zur Verfügung gestellt.

In dieser Handreichung wurde der LTT (Lernbereich- Training- Transfer) als Brückenfunktion zwischen Theorie und Praxis angeführt, mit dem der Kompetenzerwerb gefestigt werden kann (Pfabigan & Rottenhofer, 2017, pp. 6-7).

Im Jahr 2020 wurde der Begriff LTT in einem Erprobungscurriculum aufgegriffen, welches heute noch gültig ist. Der LTT wurde genauer definiert und als Konzept mit verschiedenen pädagogischen und fachdidaktischen Hintergründen beschrieben. Das Training mit den Auszubildenden sollte ein gezieltes Kompetenz- und Fertigkeitstraining sein. Das Simulationsverfahren sollte die bisherigen Rollenspiele mit Videoaufzeichnungen ablösen und eine bewusste Reflexion der Pflegesituation ermöglichen. Sie sollte daher als integraler Bestandteil der Ausbildung verstanden werden. Ziel ist es, die Lernenden zu befähigen, das Gelernte in unterschiedlichen Pflegesituationen anzuwenden (Pfabigan, et al., 2020, pp. 34-35).

1.2. Zielsetzung

Die vorliegende Arbeit verfolgt das Ziel, im theoretischen Teil die Anforderungen an den fachpraktischen Unterricht anhand verschiedener pädagogischer Ansätze zu klären und für die Auszubildenden einen erfolgreichen Theorie-Praxistransfer zu ermöglichen. Im Folgenden wird der Stellenwert der Simulation hervorgehoben und die Bedingungen für die Umsetzung festgestellt. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit erfolgt eine Überprüfung des Theorieteils durch die Durchführung einer Befragung im praktischen Teil. Auf diese Weise lassen sich weiterführende, zu erforschende Felder identifizieren. Es ist nicht das Ziel dieser Untersuchung, die Simulation als einziges Medium in der praktischen Anleitung darzustellen. Vielmehr soll ein Methodenmix untersucht werden, der die Ausbildungssituation im praktischen Unterricht aufwertet.

1.3. Forschungsfragen

Die folgenden Forschungsfragen wurden im Hinblick auf die vorliegende Arbeit formuliert:

1. Welche Rolle spielt im dritten Lernbereich, die Simulation beim Erwerb der praktischen Handlungskompetenzen?
2. Gibt es einen Unterschied beim Erwerb der praktischen Fähigkeiten und Fertigkeiten in der Praxis zum dritten Lernbereich?

1.4. Schwerpunkt der Arbeit

Der Schwerpunkt der Arbeit liegt darin, die Unterschiede zwischen dem Kompetenzerwerb in der Praxis und dem dritten Lernbereich aufzuzeigen. Zum anderen wird das didaktische Vorgehen in der praktischen Ausbildung, wie es von der Gesundheits- und Krankenpflegeschule angestrebt wird, dargestellt. In diesem Kontext wird der Lernbereich Training und Transfer aufgegriffen und die didaktischen Methoden dazu näher erläutert. In diesem Kontext werden verschiedene Methoden vorgestellt, darunter das Fähigkeits- und Fertigkeitstraining, die Erkundungswerkstatt, das problemorientierte Lernen, die Simulation und die Gestaltung von Lerntreffs.

2. Theoretischen Teil des dritten Lernbereich

Im zweiten Kapitel werden die Geschichte und die Entwicklung des dritten Lernortes sowie die didaktischen Konzepte, die zur Kompetenzentwicklung der Auszubildenden beitragen sollen, beschrieben.

In der Wissenschaft werden eine Vielzahl von Lerntheorien unterschieden, darunter der Behaviorismus und der Kognitivismus. In früheren Lerntheorien steht die Vermittlung von Wissen im Vordergrund, wobei der Unterricht in der Regel von der Lehrkraft dominiert wird. Im Rahmen des konstruktivistischen Lernverständnisses wird Lernen als aktiver Prozess beschrieben, der durch die aktive Beteiligung der lernenden Person gekennzeichnet ist. Lernende sollen dazu befähigt werden, ihre Überzeugungen und Einstellungen zu ihrem Wissen selbstständig aufzubauen. Dies erfolgt durch die Einbringung des Vorwissens und der bereits gemachten Erfahrungen in den Lernprozess. Der Austausch mit anderen ist dabei von entscheidender Bedeutung. Das Prinzip basiert auf der Annahme, dass Lernende an bereits vorhandenes Wissen anknüpfen, es erweitern oder korrigieren. Diese Annahme, dass der Mensch lediglich durch Instruktion von anderen lernt, entspricht nicht den Erkenntnissen früherer Theorien. Wissen kann durch den Lernenden selbstständig und individuell neu generiert werden. Wissen wird folglich subjektiv konstruiert, durch Vorwissen interpretiert und im Austausch mit anderen geteilt. Diese Form des Wissenserwerbs integriert zudem emotionale, motivationale und soziale Aspekte. Die oder der Lernende wird aktiv in den Lernprozess miteinbezogen, wodurch nachhaltiges Wissen und Kompetenzen für den Beruf entwickelt werden (Meier, et al., 2022, p. 50).

2.1. Definition und Geschichte des dritten Lernortes

In der Schweiz gibt es zwei traditionelle Lernorte in der Berufsbildung: Schule und Betrieb, also ein duales System (Landwehr, 2002, p. 37).

Die beiden Orte des Lernens lassen sich wie folgt beschreiben: Die Schule dient der Vermittlung von abstrakten, somit theoretischen Wissensinhalten. Im Rahmen des betrieblichen Lernens wird ein konkreter Fall als Anwendungsbeispiel herangezogen, um die Abweichungen zwischen theoretischem Wissen und praktischer Anwendung zu verdeutlichen (Landwehr, 2002, p. 38).

Die Definition des dritten Lernortes lautet:

„Als dritter Lernort wird hier ein institutionell klar definierter und von beiden anderen Lernorten abgegrenzter Teil des beruflichen Lernens bezeichnet, der bewusst zwischen dem schulischen und dem betrieblichen Lernen angesiedelt ist- mit dem Ziel, eine Integration des theoretischen (schulischen) und des praktischen (betrieblichen) Lernen herzustellen“ (Landwehr, 2002, p. 43).

Der dritte Lernort wurde in der Schweiz im Jahr 1963 im Rahmen des Berufsbildungsgesetzes eingeführt und als Einführungskurs im Gesetz verankert. Die Intention der Einführungskurse bestand darin, Inhalte, die an den beiden anderen Lernorten nur unzureichend behandelt wurden, an einem dritten Lernort zu vernetzen. Im Rahmen einer Gesetzesrevision im Jahr 1978 wurde der dritte Lernort erneut thematisiert und festgestellt, dass sich die 1963 geschaffenen Einführungskurse bewährt haben. Es wurde festgehalten, dass durch die Einführungskurse das Interesse der Auszubildenden geweckt wird, was zu einer Steigerung der Ausbildungsqualität führt. In der Folge wurde der dritte Lernort nicht als optionaler Bestandteil des dualen Bildungssystems etabliert, sondern als integraler Bestandteil desselben fest verankert. (Renold, 2002, pp. 74-75).

Der dritte Lernort versteht sich als Ort der Interaktion zwischen Theorie und Praxis. Die dort erworbenen Kompetenzen sollen nachhaltig wirksam werden. Um die Ziele zu erreichen, müssen beide Lernorte in engem Austausch miteinander stehen und die gleichen Ziele verfolgen. Die inhaltliche Einseitigkeit, die häufig im ersten und zweiten Lernort entsteht, soll im dritten Lernort ausgeglichen werden. Die Themen des dritten Lernortes orientieren sich an der betrieblichen Praxis und sollen so den Auszubildenden an komplexe betriebliche Situationen heranzuführen, um Theorie und Praxis zu verknüpfen (Landwehr, 2002, pp. 43-44).

In der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung werden hohe Anforderungen an die Auszubildenden gestellt. Die Auszubildenden müssen lernen, ihr theoretisches und wissenschaftliches Wissen an den individuellen Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten sowie an komplexen Situationen auszurichten. Die Auszubildenden werden in der Berufspraxis häufig kritisiert, wenn sie Pflegehandlungen wie in der Theorie gelernt umsetzen, da dies mehr Zeit in Anspruch nimmt. Darüber hinaus gibt es aber mehr Patientinnen und Patienten zu versorgen und mehrere Arbeiten müssen zeitgerecht erledigt werden (Kersting, 2017, p. 24).

Der Widerspruch der dualen Ausbildung, die eine Diskrepanz zwischen den Anforderungen der Theorie und der Praxis aufweist, bedingt die Präsenz eines dritten Lernortes oder eines dritten Lernbereichs. Diese Erkenntnis findet sich in der Theorie des Wissensmanagementmodells von Nonaka und Takeuchi (1997) wieder. Die Theorie definiert vier Felder des Wissenserwerbs.

Abbildung 1: Wissensmanagementmodell von Nonaka und Takeuchi (1997), (Landwehr, 2002, p. 56)

		Ziel	
		explizites Wissen	implizites Wissen
Ausgangspunkt	explizites Wissen	<p>1 Von explizit zu explizit</p> <p>Übernahme von explizitem Expertenwissen (z.B. in «traditionellen» Lehr-Lern-veranstaltungen)</p>	<p>2 Von explizit zu implizit</p> <p>Umwandlung des expliziten Wissens in implizites, kontextualisiertes Wissen (z.B. durch situationsbezogenes Training)</p>
	implizites Wissen	<p>3 Von implizit zu explizit</p> <p>Umwandlung von implizitem Wissen zu explizitem Wissen (z.B. durch gezielte, erkenntnisorientierte Reflexion von Erfahrungen in praktischen Situationen)</p>	<p>4 Von implizit zu implizit</p> <p>Direkte Übernahme/ Erzeugung von implizitem Wissen (z.B. durch Lernen, durch Beobachtung und durch Handeln)</p>

Die Funktionen der einzelnen Lernfelder können wie folgt zugeordnet werden. Der Lernort „Schule“ hat die Grundfunktion, explizites Wissen als explizites Wissen in geeigneter Form an die Schülerinnen und Schüler zu vermitteln. Der Lernort „Betrieb“ hat die Aufgabe, implizites als implizitem Wissen durch Beobachten, Zeigen und praktisches Tun zu vermitteln. Die beiden Lernorte „Schule“ und „Praxis“ erfüllen keine transferorientierte Lernfunktion. Der dritte Lernort beziehungsweise das dritte Lernfeld hat die zentrale Aufgabe, die Transferfunktion zu übernehmen. Dies bedeutet, dass explizites und implizites Wissen sowie implizites und explizites Wissen zusammengeführt werden. Bei der Zusammenführung von explizitem und implizitem Wissen kann das in der Praxis erworbene Erfahrungswissen einfließen und reflektiert werden und umgekehrt. Im ersten Schritt muss im Rahmen des expliziten zu impliziten Wissenstransfers für die Auszubildenden ein gezieltes Training von Fähigkeiten stattfinden, die am zweiten Lernort „Betrieb“ zur Anwendung kommen. Ziel ist es, den

Auszubildenden die Sicherheit zu geben, dass sie die verschiedenen Handlungen in der Praxis umsetzen können. Im zweiten Schritt geht es darum, die theoretischen Inhalte zu vertiefen und mit dem Praxisalltag zu verknüpfen. Hier soll vor allem das Lerninteresse geweckt werden. Ziel der zweiten Stufe ist es, eine individuelle Wissensaneignung zu erreichen, die dem besseren Verständnis dient.

Wenn nun in der Ausbildung auf implizites zu explizites Wissen umgestellt wird, so ist einerseits darauf zu achten, dass die in der Praxis gemachten Erfahrungen reflektiert werden und ein Transfer auf zukünftige Situationen stattfindet. Im Vordergrund steht die Erarbeitung von Problemlösungen, in die gültige Handlungsleitlinien einfließen. Zum anderen erscheint es wichtig, dass die Teilnehmenden ihre eigene Erfahrungsgrundlage schaffen, indem sie fachtheoretisches Wissen einbeziehen.

Der dritte Lernort fordert somit die Funktion des Austausches und der Kooperation zwischen Schule und Praxis. Mögliche Defizite, die zwischen „Schule“ und „Praxis“ bestehen, werden am dritten Lernort aufgegriffen. Die Einseitigkeit der beiden Lernorte „Schule“ und „Praxis“ soll und muss am dritten Lernort ausgeglichen werden. Das Konzept des dritten Lernortes basiert auf dem Prinzip des transferorientierten Lernens. Durch den Transfer soll die Differenz zwischen der Lernsituation und der jeweiligen Anwendungssituation verringert werden. Wichtig erscheint hier die Verringerung der Differenz zwischen Lern- und Anwendungssituation. Dies geschieht, wenn die Kooperation mit Schule und Betrieb so gut funktioniert, dass der Kompensationsbedarf im dritten Lernort gering ist miteinander kooperieren (Landwehr, 2002, pp. 45-65).

Landwehr (2002) beschreibt den dritten Lernort als eine speziell eingerichtete Institution, getrennt von Schule und Praxis, in der die Auszubildenden von einer Lernprozessbegleiterin oder einem Lernprozessbegleiter betreut werden. Die Aufgabe besteht zum einen darin, die Auszubildenden in ihren Lern- und Problemlösungsprozessen zu unterstützen, zum anderen hat die Lernprozessbegleiterin oder der Lernprozessbegleiter die Aufgabe, die Lernprozesse zu steuern und zu moderieren. Wichtig ist, dass der dritte Lernort die individuellen Lernvoraussetzungen unterstützt. So kann besser auf die individuellen Lernbedürfnisse eingegangen werden. Im Rahmen der Ausbildung werden Lernmaterialien in ausreichender Form zur Verfügung gestellt, um selbstgesteuertes Lernen zu ermöglichen. Der Erfolg des dritten Lernortes ist dann gegeben, wenn die

Auszubildenden in der Lage sind, die Anforderungen des beruflichen Alltags in der Praxis zu bewältigen (Landwehr, 2002, pp. 61-62).

Eingangs wurde erwähnt, dass der dritte Lernort eine eigene Institution sein sollte. Hier wird in der Literatur darauf hingewiesen, dass der dritte Lernort nicht nur eine funktionale, sondern auch eine institutionelle Einheit sein sollte. Dies würde bedeuten, dass der dritte Lernort eine eigenständige Einheit ist, die die Transferaufgabe als Ergänzung zu den beiden bestehenden Lernorten wahrnimmt und seine Leistungen anbietet.

Zwei mögliche Varianten werden diskutiert. Die erste Variante wäre, dass der dritte Lernort als fester Bestandteil der Berufsausbildung vorgesehen wird. Das bedeutet, dass eine bestimmte Anzahl von Einheiten festgelegt wird, die von den Auszubildenden verpflichtend zu absolvieren sind. Die zweite Variante ist, dass die Dienstleistung des dritten Lernortes zur Verfügung gestellt wird, das heißt dass Betriebe, die die Transfersicherung nicht selbst durchführen wollen, diese einkaufen.

Es gibt keine klare Empfehlung, ob der dritte Lernort eine unabhängige und eigenständige Institution sein sollte. Zu beachten ist, dass die Anbindung des dritten Lernortes an die Schule oder den Betrieb die Transferaufgabe erschweren kann (Landwehr, 2002, pp. 62-63).

In Österreich gibt es ein duales Ausbildungssystem in der Gesundheits- und Krankenpflege. Im Rahmen der Novellierung des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes wurde der dritte Lernbereich als patientinnen- und patientenferner Bereich verankert, der handlungsorientiertes und selbstgesteuertes Lernen in der Ausbildung ermöglicht (Krausler & Schlömmer, 2018, p. 15).

Der Unterschied zwischen dem dritten Lernbereich und dem dritten Lernort besteht darin, dass der dritte Lernort eine völlig eigenständige Einrichtung ist, die sich häufig außerhalb der Einrichtung befindet. Der dritte Lernbereich ist in der Regel ein in der Ausbildungsstätte eingerichteter Raum (Ludwig & Umbescheidt, 2014, p. 33)

Der dritte Lernbereich ist in Österreich in der Regel in die Gesundheits- und Krankenpflegeschulen integriert und wird somit von den Lehrpersonen der Schule betreut. Die Lehrkräfte müssen somit die Rolle eines Trainers oder Coaches übernehmen und sind gefordert, die Evidenz der beiden Lernorte zu verknüpfen. Diese Art der Organisation des dritten Lernortes birgt die Gefahr, dass Unterrichtsinhalte an

den dritten Lernort verlagert werden. Dies ist jedoch nicht Sinn und Zweck der Einrichtung des dritten Lernortes. Derzeit gibt es kein einheitliches Curriculum für den LTT. Für den Erfolg des LTT ist ein einheitliches Verständnis dieses didaktischen Konzeptes notwendig, das durch Schulungen der Lehrkräfte und der Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter erreicht werden kann. Bei der Umsetzung des dritten Lernbereichs darf eine entsprechende personelle Ausstattung nicht vergessen werden. Der dritte Lernbereich soll ein zusätzliches Angebot in der Pflegeausbildung sein, das die Kluft zwischen Theorie und Praxis verringert und Expertinnen und Experten aus Theorie und Praxis zusammenbringt, um evidenzbasiertes Wissen zu vermitteln (Krausler & Schlömmer, 2018, p. 14).

2.2. Didaktische Konzepte am dritten Lernort

Für die Entwicklung des dritten Lernortes bzw. des dritten Lernbereichs muss die Einrichtung folgende Punkte berücksichtigen. Zunächst sind die Rahmenbedingungen für die Entwicklung des dritten Lernorts bzw. des dritten Lernbereichs zu prüfen. Dazu gehören zum Beispiel die Entwicklung der Organisation, die Überprüfung der Infrastruktur, die Prüfung der Geldmittel, die Prüfung der Qualität und die Verwendung der vorhandenen Curricula. Der nächste Schritt wäre die Auswahl der didaktischen Methoden und des Settings. Mögliche didaktische Methoden für den dritten Lernort beziehungsweise den dritten Lernbereich können sein: Fertigkeitstraining, Skillslab-Methodik, integratives Modell CAS (Cognitive Apprentice Ship) und Skillslab, problemorientierte Handlungsanweisungen, Erfahrungs- und Erkundungsmethoden, Simulation, Leistungsnachweise, Objektive Structured Clinical Examination (OSCE), freie Übungsmöglichkeiten, Patientinnen- und Patientenexperten und Expertinnen, Kooperationstage, Supervision/Intervention, problemorientiertes Lernen und Portfolio. Des Weiteren ist die Auswahl der Lehrmittel in Form von Arbeitsbüchern, die Einbeziehung von Standards und internationalen Guidelines, die Verfügbarkeit von Ressourcen in Form von Lernplattformen, DVD, CD-ROM zu treffen.

Im Rahmen der Umsetzung ist die Einbindung der Personalentwicklung, der Organisationsentwicklung sowie des Qualitätsmanagements notwendig, um entsprechende Evaluationen und wissenschaftliche Analysen durchzuführen und in einem weiteren Schritt Netzwerke aufzubauen. (Ludwig & Umbescheidt, 2014, pp. 32-36).

Im Rahmen des dritten Lernortes kommen mehrere didaktische Konzepte zur Anwendung, die auf den folgenden Seiten näher erläutert werden.

In der österreichischen Pflegeausbildung ist das Stundenausmaß für den Lernbereich Training und Transfer im Curriculum festgelegt. Der Lernbereich Training und Transfer kann als ein Haus (Abbildung 2) dargestellt werden, das auf zwei Säulen aufgebaut ist: LTT „Schule“ und LTT „Praxis“, die mit unterschiedlichen didaktischen Möglichkeiten ausgestattet sind (Schlömmer, 2024).

Abbildung 2: LTT- Haus (Schlömmer, 2024)



Im ersten Ausbildungsjahr zur Pflegefachassistenz, das gleichzeitig die Ausbildung zur Pflegeassistenz ist, sind 20 Stunden im LTT „Schule“ und 25 Stunden im LTT „Praxis“ vorgesehen. Im zweiten Ausbildungsjahr der Pflegefachassistenz sind 120 Stunden im LTT „Schule“ und 50 Stunden im LTT „Praxis“ vorgesehen. Die gesamten Stunden entfallen auf den dritten Lernbereich. Da die Ausbildungseinrichtung laut Ausbildungsverordnung im ersten Ausbildungsjahr 270 Stunden schulautonom zur Verfügung hat, kann die Stundenanzahl in den einzelnen Einrichtungen variieren (Gasser & Hausreither, 2017, pp. 61-65).

Transferorientiertes Lernen ist in der Didaktik des dritten Lernens dadurch gekennzeichnet, dass implizites Wissen zu explizitem Wissen zusammengeführt wird. Hierfür stehen fünf Grundformen als wichtige Bausteine der dritten Lernortdidaktik zur Verfügung:

1. Selbstgesteuertes Training von Fähigkeiten und Fertigkeiten: Hier werden insbesondere kommunikative und fachliche Kompetenzen trainiert, die im Berufsalltag benötigt werden.
2. Problemorientierte Fallbearbeitung (Problem Based Learning): Die Auszubildenden werden mit praktischen Fallbeispielen konfrontiert, die in einem mehrstufigen Prozess gelöst werden müssen.
3. Berufsbezogenes Erkundungsprojekt: Mit dieser Methode sollen Themen aus dem Berufsalltag vertieft und reflektiert werden. Hier geht es darum, die Erfahrungen anderer zu erkunden.
4. Moderierter Erfahrungsaustausch (Problemlösungszirkel): Hier werden Schwierigkeiten aus dem Berufsalltag aufgegriffen und in vorgegebenen Schritten reflektiert.
5. Lernwerkstatt: Hier sollen die Auszubildenden selbstständig Themen vertiefen. Dazu werden anregende Lernaufgaben und Lernmaterialien zur Verfügung gestellt, die in Einzel-, Partnerin und Partner- oder Gruppenarbeit bearbeitet werden (Landwehr, 2002, pp. 66-70).

In Anlehnung an das LTT-Haus werden in der Pflegeausbildung für den dritten Lernbereich folgende unterschiedliche Methoden eingesetzt: Fähigkeit- und Fertigkeitstraining, Erfahrungs- und Erkundungswerkstatt, Fallorientierte Didaktik, Simulation und Lerntreff. Je nach Art des Lernziels und des Lerninhalts wird die Methode für das LTT ausgewählt. (Schlömmer, 2024).

Die Ausbildungsverordnung schreibt Prüfungen vor. Deshalb werden die Inhalte nach Erreichen der Stunden geprüft.

Der dritte Lernbereich wird von Lehrkräften betreut. Aus diesem Grund ist darauf hinzuweisen, dass die Lehrkraft im Lernbereich „Training“ und „Transfer“ die Funktion einer Lernprozessbegleiterin beziehungsweise eines Lernprozessbegleiters wahrnimmt und nicht die Rolle der Lehrkraft beziehungsweise der Theorievermittlerin oder des Theorievermittlers einnimmt (Schlömmer, 2024).

Die Durchführung des LTT ist gekennzeichnet durch aktiven Wissensaustausch, transferfördernde Methoden, selbstorganisiertes Lernen, Auseinandersetzung mit der eigenen Haltung, reflektiertes Handeln sowie systematisches Einüben von Handlungsalternativen. Der dritte Lernbereich zeichnet sich durch die Aktivierung von Vorwissen durch Vorwissenstests aus. Praxisrelevante Themen und Fallsituationen werden aufgegriffen und bearbeitet. Für die Handlungsdurchführung gibt es eigene Handlungschecklisten, die sich an evidenzbasierten Leitlinien orientieren (Schlömmer, 2024).

Das Vorwissen der Auszubildenden ist im dritten Lernbereich von großer Bedeutung und muss als didaktischer Ansatz in einer konstruktivistisch orientierten Ausbildung unbedingt berücksichtigt werden. Theoretisch erlernte Inhalte werden nicht automatisch in Handeln umgesetzt (Meyer- Hänel & Umbescheidt, 2006, p. 276).

Der Vorkenntnistest kann mit verschiedenen Methoden durchgeführt werden. Geeignete Methoden sind Blitzlichtrunde, Brainstorming, Mind Map, Kreuzworträtsel, Memory, Puzzle, Millionenshow, Place-Methode, World Café, um nur einige zu nennen (Schlömmer, 2024).

Eine Beschreibung der einzelnen didaktischen Methoden im LTT findet sich in den folgenden Unterkapiteln.

2.2.1. Fertigkeiten- und Fähigkeitstraining (FFT)

Im Fertigkeiten- und Fähigkeitstraining, kurz FFT oder Skilltraining genannt, sollen pflegerische Tätigkeiten eingeübt werden. Wichtig ist hierbei die Anknüpfung an bereits vorhandenes Vorwissen und die Verknüpfung der Handlungsschritte mit allgemeinen Regeln, Prinzipien und Strategien. Die Auszubildenden arbeiten idealerweise in Dreiergruppen, um das Prinzip des Cognitive Apprentice Ship Modells umzusetzen (Schlömmer, 2024).

Um dem pädagogischen Anspruch in der Pflegeausbildung gerecht zu werden, bedarf es neben den fachlichen und methodischen Kompetenzen eines pädagogischen Konzeptes, das patientinnen- und patienten- sowie teamorientierte Kompetenzen thematisiert und trainiert. In den traditionellen Ausbildungsformen finden sich hierzu kaum Ansätze, die beide Kompetenzen trainieren. International zeichnet sich jedoch die Forderung ab, dass zukünftige Pflegende in heterogenen Teams und in der Arbeit

mit sogenannten Skill-Grade-Mix lernen sollen. Lernen ist ein sozialer Prozess mit dem Ziel, die Teamleistung zu verbessern.

Studien haben gezeigt, dass eine teamorientierte Ausbildung zu einer Verbesserung der Qualität der Patientinnen- und Patientenversorgung und zu einer Reduktion unerwünschter Ereignisse führt. Am Universitätsspital Zürich wird das Modell des Cognitive Apprenticeship, kurz CAS, in der Ausbildung eingesetzt und erfüllt dort die Kriterien einer guten Lehre (Küng, et al., 2018, pp. 115-116). Es wurde hier durch Meyer, 2014, zehn Gütekriterien für einen guten Unterricht festgelegt und wie folgt benannt:

1. Klare Strukturierung
2. Hoher Anteil an echter Lernzeit
3. Ein lernförderndes Klima
4. Inhaltliche Klarheit
5. Sinnstiftendes Kommunizieren
6. Methodenvielfalt
7. Individuelles Fördern
8. Intelligentes Üben
9. Transparente Leistungserwartungen
10. Vorbereitete Umgebung ((Küng, et al., 2018, p. 123)

Im FFT wird die Methode des Cognitive Apprenticeship Model angewendet. Die Phasen des Cognitive Apprenticeship Modells zeichnen sich dadurch aus, dass die Lernprozessbegleiterin und der Lernprozessbegleiter und die Auszubildenden verschiedene Phasen durchlaufen: Modeling, Coaching, Scaffolding, Articulation, Reflection und Exploration. In den ersten Phasen des **Modellierens** hat die Auszubildende die Aufgabe zu beobachten, zuzuhören und nachzudenken. Die Auszubildende oder der Ausbilder demonstriert die Handlung, indem sie oder er jeden Schritt laut beschreibt und begründet. In der zweiten Phase des **Coachings** führt die oder der Auszubildende die gezeigte Handlung aus und hat die Möglichkeit, sie zu üben und auszuprobieren. Die Lernprozessbegleiterin oder der Lernprozessbegleiter begleitet, berät und unterstützt. In der dritten Phase, dem **Scaffolding und Fading**, führt die oder der Lernende die Handlung selbstständig durch und holt sich bei Bedarf Hilfe. Die Auszubildende oder der Ausbilder zieht sich in dieser Phase zurück und steht für Fragen der Auszubildenden zur Verfügung (Schlömmer, 2024). In dieser Phase hat

der Auszubildende einfach die Gewissheit, dass sie oder er von den Ausbilderinnen oder Ausbildern unterstützt wird, damit sie oder er das Projekt zu Ende führen kann. Es gibt hier kein Versagen für die oder den Auszubildenden. Durch das patientinnen- und patientenferne Training weiß die oder der Auszubildende, dass sie oder er niemanden gefährdet (Küng, et al., 2018, p. 117). In der vierten Phase, der **Artikulation**, begründet die oder der Auszubildende die Handlungen und macht eigene Denkprozesse für andere laut sichtbar. Die Lernprozessbegleiterin oder der Lernprozessbegleiter beobachtet diese Phase und fragt gegebenenfalls nach Begründungen. In der fünften Phase **Reflection** hat die oder der Lernende die Aufgabe, über sich selbst nachzudenken, die Situation zu analysieren und mit anderen Handlungen zu vergleichen. Die Lernprozessbegleiterin oder der Lernprozessbegleiter moderiert und regt zur Selbstreflexion an. In der letzten Phase, der **Exploration**, ist die oder der Auszubildende in der Lage, neue Lösungen zu suchen, zu optimieren und zu bewerten. Die Ausbilderin oder der Ausbilder ermutigt die Auszubildenden, Fragen zu stellen und neue Lösungen zu finden und umzusetzen (Schlömmer, 2024).

Abbildung 3: CAS- Modell (Schlömmer, 2024, p. 17)



Nach jeder CAS- Phase findet eine Reflexion statt. Im Rahmen der Reflexion gibt die oder der Durchführende, die Patientin oder der Patient und die Beobachterin oder der Beobachter eine Rückmeldung (Schlömmer, 2024).

In dieser Form können die Auszubildenden in einem geschützten Rahmen ihre Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten durch Beobachtung, Anleitung,

selbstständiges Handeln, Reflexion und Evaluation verbessern. Explizites Wissen und implizites Wissen werden hier im Rahmen eines systematischen und situationsbezogenen Trainings zusammengeführt. Durch die Anwendung dieses Konzeptes werden die Auszubildenden mit Situationen im Alltag vertraut gemacht (Meyer- Hänel & Umbescheidt, 2006, p. 277).

In diesem Modell wird deutlich, dass die Ausbilderin oder der Ausbilder eine zentrale Schlüsselrolle einnimmt. Die Trainerin oder der Trainer hat die Aufgabe, die Lern- und Arbeitsprozesse zielgerichtet mit einem guten Zeitmanagement zu steuern. Der Fokus liegt sowohl auf der praktischen Tätigkeit an Patientinnen und Patienten als auch auf dem Auszubildenden. Die Auszubildenden werden individuell in ihrem Lerntempo begleitet und die Situationen analysiert (Küng, et al., 2018, p. 119).

2.2.2. Erfahrungs- und Erkundungswerkstatt

Die Erfahrungs- und Erkundungswerkstatt ist eine weitere Methode im Rahmen des LTT. Im Mittelpunkt dieser Methode steht das Erleben der Auszubildenden. In diesem Bereich werden sensomotorisches und situatives Wissen genutzt. Es werden konstruktivistische und erkenntnisorientierte Unterrichtsformen eingesetzt. Beispiele sind: Rollenspiele, Planspiele, Intervision/Praxisberatung, Interviews, Gruppenarbeit mit Leitfragen, Projektarbeit und strukturierte Reflexion. Auch hier werden die Grundelemente des Lernbereichs Training und Transfer mit einem Einstieg in Form von Vorkenntnistest, Fallbeispiel, Lernfragen und Hypothesen, Lernziele benennen, Anwendung, Analyse, Auswertung und Reflexion eingebracht (Meyer- Hänel & Umbescheidt, 2006, pp. 279-280).

2.2.3. Fallorientierte Didaktik

In der Fallorientierten Didaktik wird die Methode des Problem based Learning oder Problemorientierten Lernens eingesetzt (PBL).

„Das Problem- Based Learning (PBL) ist ein gangbarer, methodischer Weg wie selbstgesteuert, unter Einbezug des Vorwissens der Lernenden und der neuen und alten Medien nachhaltig und transferwirksam gelernt werden kann“ (Weber, 2007, p. 9).

Mit dieser Methode wird dem Anspruch der Wissenschaft entsprochen, auf der Basis von Vorwissen neue Informationen zu gewinnen, diese aufzubereiten und in den Kontext des beruflichen Alltags zu stellen.

Die Methode wurde in den 1960er- Jahren an der Medical University of Hamilton entwickelt. In der Medizin wurde schon früh erkannt, dass das hohe Maß an Faktenwissen im Kurzzeitgedächtnis nicht ausreicht, um die Studierenden auf einen komplexen Berufsalltag vorzubereiten. Aus diesem Grund wurde die Methode PBL zuerst in der Medizin und dann in der Pflege eingesetzt. PBL wurde an der Universität Maastricht entwickelt und diente der Schweiz als Vorbild. (Weber, 2007, pp. 15-17).

Die Lehrkraft ist im PBL Lernbegleiterin oder Lernbegleiter. Für die Bearbeitung der Problemaufgaben dient der Siebensprung als Vorgabe. Die Lernenden werden mit einem Fallbeispiel oder einer Aufgabe konfrontiert. Die Tutorin oder der Tutor begleitet die Gruppe in einer strukturierten Gruppendiskussion und aktiviert das Vorwissen. Es werden Erklärungen und Hypothesen formuliert, die in einem weiteren Schritt zur Lernfrage führen, die es zu beantworten gilt. Die Antwort wird durch selbstgesteuertes Lernen der Lernenden gefunden. Die Lernenden finden sich dann wieder in Gruppen zusammen und diskutieren ihr gefundenes Wissen. Das neue Wissen wird in der Gruppe bewertet, verarbeitet und gegebenenfalls korrigiert.

Der Siebensprung wird in drei Phasen eingeteilt:

1. Phase: Problemanalyse. Die einzelnen Schritte der ersten Phase sind Begriffe klären, Problem definieren, Problem analysieren, Erklärungen ordnen, Lernfragen formulieren.
2. Phase: Wissensaneignung: Informationen beschaffen, sog. Selbststudium zur Bearbeitung der Lernfragen
3. Phase: Vertiefte Problemanalyse: hier werden die gefundenen Informationen in der Gruppe ausgetauscht, diskutiert und auf den Fall übertragen (Weber, 2007, pp. 29-31).

Problembasiertes Lernen wird in der theoretischen Pflegeausbildung eingesetzt und wäre auch für die praktische Ausbildung geeignet. Mit PBL kann eine Brücke zwischen Theorie und praktischem Handlungsfeld geschlagen werden. In der Praxis sollten dafür zwei bis sechs Stunden eingeplant werden (Schmal, 2024, p. 161).

2.2.4. Lerntreff

Die Lerntreffs werden durch die Ausbildungsstätte organisiert. Die Auszubildenden können frei daran teilzunehmen. Es werden Lernmaterialien zu Verfügung gestellt und eine Lehrperson steht in dieser Zeit für Fragen zu Verfügung (Schlömmer, 2024).

2.2.5. Objective Structures Clinical Examination

Nach der Beschreibung der im LTT angewandten Methoden soll noch näher auf die Lernmaterialien, die Kooperationstage und die Prüfung eingegangen werden.

Da die Ausbildungsverordnung im Lernbereich Training Transfer eine Prüfung vorsieht, ist hier an die Objective Structures Clinical Examination (OSCE) zu denken.

Die Objective Structured Clinical Examination (OSCE) ist ein klinisches Prüfungsverfahren. Mit der zunehmenden Verlagerung der Pflegeausbildung in den tertiären Bereich und den damit verbundenen Kompetenzanforderungen wurde es notwendig, die Prüfungsmodalitäten an die sozialen, personalen, fachlichen und methodischen Kompetenzen anzupassen. Das OSCE ist ein flexibles Prüfungsverfahren, bei dem mehrere Stationen aufgebaut sind, die die Schülerinnen und Schüler bewältigen müssen (Schlegel & Sroka, 2023, p. 2).

Die Beantwortung der Forschungsfrage, welche Rolle die Simulation beim Erwerb praktischer Handlungskompetenzen im dritten Lernbereich spielt, erfolgt in Kapitel 3 durch Erläuterung des Simulationsverfahrens.

3. Simulation

Im Folgenden wird der Fokus auf die Simulation in der Pflege gelegt, welche im Rahmen dieser Arbeit näher erörtert wird.

3.1. Begrifflichkeiten in der Simulation

„Simulation, lateinisch simulatio genannt, bedeutet „Schein, Vorstellung, Täuschung“ und meint im Pflegekontext eine möglichst realitätsnahes Nachbilden der Wirklichkeit“ (Schlegel, et al., 2020, p. 8)

Begrifflichkeiten die in der Simulation von Bedeutung sind:

- Fidelity: beschreibt die Glaubwürdigkeit und den Annäherungsgrad der gestellten Situation an die Realität
- High- Fidelity Simulation: ist eine Simulation in der mit einen computerunterstützten Patientinnen- und Patientensimulator oder mit virtueller Realität oder mit einer Simulationspatientin oder einem Simulationspatienten (Schauspielpatientinnen und Schauspielpatienten) ein Szenario realitätsnah und mit komplexen Hintergrund abgebildet wird.
- Low-Fidelity Simulation: werden Simulationen bezeichnet die eine Interaktion auf einfache Handlungen abzielen und hierzu Modelle oder Torsos verwendet werden.
- Operator ist eine Person, welche die Aktivitäten in Rahmen einer Simulation computerunterstützt steuert.
- Operating Center: ist eine Art Zentrale aus der die Simulation gesteuert wird. Optimalerweise ist diese am Simulationsraum angeschlossen und durch einen Einwegspiegel verbunden. Es können aus dieser Räumlichkeit die Aktivitäten im Simulationsraum gesteuert und aufgezeichnet werden.
- Lehrkraft hat in Rahmen der Simulation die Verantwortlichkeit für das Geschehen und beobachtet die Auszubildenden bei ihren Handlungen macht sich für das anschließende Debriefing Notizen, optimalerweise liegen Handlungschecklisten vor.
- Simulierte Lernumgebung ist der Ort an den die Simulation in einem geschützten Setting stattfindet. Die Arbeitsumgebung soll eine sichere Atmosphäre bieten für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer, an diesem Ort ist es erlaubt Fehler zu machen ohne mit Konsequenzen rechnen zu müssen.

- Look alike sind Medikamente, welche im Simulationstraining eingesetzt werden, welche keinen Wirkstoff haben. Die Verpackung sowie Beschriftung der Blister ist mit einem Medikamentennamen. Die Namen der Medikamente werden geringfügig vom Originalmedikament abgeändert.
- Debriefing im Anschluss an die Simulation findet eine Nachbesprechung statt, an derer die Teilnehmerinnen und Teilnehmer sowie die Lehrkraft teilnehmen um die Handlungen des Szenarios zu reflektieren. Das Debriefing bietet den Raum Gedanken und Gefühle die während der Simulation aufgetreten sind zu analysieren und in einem weiteren Schritt zu verstehen (Schlegel, et al., 2020, pp. 8-12).

3.2. Simulationsbasiertes Lernen in der Pflegeausbildung

Es ist bekannt, dass Auszubildende Lerninhalte auf unterschiedliche Weise aufnehmen, z. B. durch Lesen, Hören oder Beobachten. Der größte Teil der Inhalte wird durch Hören, Fühlen und Erzählen aufgenommen. Deshalb sind innovative Lernmethoden in Verbindung mit neuen Technologien von großer Bedeutung. (Eyikara & Göcem Baykara, 2018).

In der Medizin und in der Pflege ist die Simulation zu einem festen Bestandteil der Ausbildung geworden. Hier wird eine Brücke zwischen Theorie und Praxis geschlagen. Mit der Methode der Simulation wird der Forderung nach wissenschaftlichen Erkenntnissen in Ausbildung und Praxis Rechnung getragen (Herold- Majumdar, 2023, p. 13).

Vor allem in der Notfallmedizin hat die Simulation großen Anklang gefunden, da sie ein realitätsnahes Training von Notfallsituationen ermöglicht. In der Pflege bietet die Simulation die Möglichkeit, Handlungskompetenzen pflegerischer Tätigkeiten und Kommunikationskompetenzen situativ zu trainieren. So können in der Pflegeausbildung Situationen wie Anamnesegespräche, Körperpflege, Tracheostomaversorgung realitätsnah nachgestellt und trainiert werden. Mit zunehmendem Ausbildungsstand können die Situationen dann komplexer gestaltet und die Entscheidungs- und Lösungskompetenz der Auszubildenden trainiert werden (Kirsten & Kagermann, 2018, p. 441).

Ziel der Simulation in der Pflegeausbildung ist es, die Handlungskompetenz der Auszubildenden zu erhöhen. Handlungskompetenz kann in einer realen Situation und

in einem geschützten Umfeld in der Simulation erworben werden. Die Auszubildenden agieren selbst in der Situation und müssen anschließend ihr eigenes Handeln reflektieren. Bisher wurden den Auszubildenden zwar Kompetenzen für die berufliche Praxis vermittelt, die Umsetzung in die Praxis wurde im schulischen Setting jedoch zu wenig trainiert und reflektiert. Die Umsetzung der praktischen Handlungskompetenz lag bisher im Setting Praktikum. Für eine entsprechende pädagogische Begleitung des Lernprozesses fehlen jedoch aufgrund des Pflegepersonalmangels die Ressourcen (Kirsten & Kagermann, 2018, p. 442).

Der große Vorteil der Simulation besteht darin, dass in einem geschützten Rahmen realitätsnahe Pflegesituationen genutzt werden, die die Anwendung und Umsetzung des Gelernten erfordern. Im Rahmen des Trainings dürfen und können auch Fehlentscheidungen getroffen werden. Diese Fehlentscheidungen müssen gut reflektiert werden und dürfen am Ende kein Gefühl des Versagens auslösen. Darüber hinaus ist es wichtig, dass die Lernende oder der Lernende in der Simulation Zeit hat, selbst auf Situationen zu reagieren. In der Praxis an realen Patientinnen und Patienten bleibt dafür in kritischen Situationen keine Zeit und erfordert das Eingreifen der Praxisanleiterin oder des Praxisanleiters (Kirsten & Kagermann, 2018, p. 442).

Simulation ist eine innovative Lernmethode. Bei der Integration in das Curriculum ist zu berücksichtigen, dass die Anwendung der Simulation beim Lernen den Konstruktivismus und das explorative Lernen in den Vordergrund stellt. Für die Auszubildenden bedeutet dies, dass sie in der Simulation verschiedene Situationen üben und Vergleiche mit ihren bestehenden kognitiven Konstrukten anstellen. Die in der Simulation gemachten Erfahrungen werden durch gezielte Reflexion miteinander verknüpft. So kann das Wissen weiter ausgebaut und vertieft werden. Die Simulation ist bereits in den Curricula der Pflegeausbildung verankert. Sie ermöglicht den Auszubildenden in den Gesundheitsberufen, Handlungen in einem geschützten Rahmen zu üben und zu reflektieren. Um Simulation in der Lernpraxis umsetzen zu können, bedarf es einer sorgfältigen Planung (Schlegel, et al., 2020, pp. 7-13).

Da die Situationen in Laufe der Ausbildung komplexer gestaltet werden sollen, ist es von Bedeutung den Kompetenzerwerb anhand des Dreyfuss- Modells näher erläutern.

Stuart Dreyfus und Hubert Dreyfus haben ein Modell des Kompetenzerwerbs entwickelt. Das Modell beschreibt fünf verschiedene Stufen, die ein Lernender durchläuft, wenn er Kompetenzen erwirbt und vertieft. Diese fünf Stufen sind:

1. Anfängerin/Anfänger
2. Fortgeschrittene Anfängerin oder fortgeschrittener Anfänger
3. Kompetent
4. Erfahren
5. Experte

Die Stufen werden nacheinander durchlaufen, wobei sich das Leistungsniveau von Stufe zu Stufe verändert.

Die verschiedenen Stufen des Dreyfus-Modells zeigen, welche Rolle die Situation und die Erfahrung spielen. Es muss unterschieden werden, auf welcher Ebene die Kompetenz erworben wurde. Handelt es sich bei der erworbenen Kompetenz um die in der Schule vermittelten Prinzipien oder um die Fähigkeit, kontextbezogen zu urteilen und zu handeln, die nur in realen Situationen erworben werden kann. Der Kompetenzerwerb nach Dreyfus zielt auf die Kompetenzen in der Situation ab (Benner, 2017, p. 75).

In Anlehnung an das Stufenmodell von Dreyfus und Dreyfus beschrieb Benner (1984) die Kompetenzen für Pflegende.

Die Anfängerin und der Anfänger benötigen klare Regeln und Richtlinien für die Handlungen im Rahmen des Pflegeprozesses. Bei der Durchführung der Handlung hält sich diese Person an die erlernte Handlungsabfolge. Auf Situationen, die nicht nach klaren Regeln bearbeitet werden können, reagiert die Person wenig flexibel und sehr eingeschränkt.

Die fortgeschrittene Anfängerin und der fortgeschrittene Anfänger haben in ihrer beruflichen Laufbahn bereits Erfahrungen in verschiedenen realen Situationen sammeln können. Auf dieser Stufe ist Unterstützung bei der Identifizierung und Prioritätensetzung erforderlich.

Die kompetente Pflegekraft ist eine Pflegekraft mit einer Berufserfahrung von zwei bis drei Jahren. In dieser Phase findet eine vorausschauende Planung in der Praxis statt, sodass die Arbeitsabläufe organisiert und effizient gestaltet werden.

Erfahrene Pflegende erfassen die Situation als Ganzes und nicht mehr in ihren Einzelaspekten aufgrund der gemachten Erfahrungen. Diese Stufe wird nach drei bis fünf Jahren erreicht.

Die Pflegeexpertin oder der Pflegeexperte erfasst die Situation intuitiv und greift nicht auf handlungsleitende Regeln zurück (Benner, 2017, p. 63 ff).

3.3. Planung und Umsetzung der Lehr- und Lehrmethode Simulation

Die Simulation stellt eine international anerkannte Lehr- und Lernmethode dar, deren Umsetzung an einer Gesundheits- und Krankenpflegeschule einer sorgfältigen Planung bedarf, wie bereits in Kapitel 3.2 dargelegt.

Die Simulation basiert auf der konstruktivistischen Lernmethode, die voraussetzt, dass die Lernenden durch einen Entdeckungsprozess an die Inhalte herangeführt werden. In der Simulation hat die Schaffung einer sicheren Lernumgebung für die Auszubildenden oberste Priorität. Die Auszubildenden können ihr Wissen, ihre Fähigkeiten und Fertigkeiten in einer geschützten und emotional positiven Atmosphäre trainieren. Ein weiteres Ziel ist die Förderung des interprofessionellen Lernens und die Verbesserung der interdisziplinären Zusammenarbeit. Um die oben genannten Anforderungen erfüllen zu können, müssen Qualitätsstandards und Kriterien für den jeweiligen Standort definiert werden. Hierzu wurde von Expertinnen und Experten der US-amerikanischen International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning- kurz INACSL in jahrelanger Entwicklung, Evaluierung und Modifizierung eine Leitlinie und Standards entwickelt. An dieser Leitlinie findet sich eine Orientierung für die Bildungseinrichtungen (Bensmann & Schwermann, 2022, pp. 5-6).

Laut INACSL 2021 ist die Simulation eine bewährte Lehr- und Lernmethode in der Erwachsenenbildung. Um die Methode zielgerichtet einsetzen zu können, ist es wichtig, wesentliche Strukturen und Prozesse aufzubauen, um entsprechende Ergebnisse zu erzielen. Wichtig ist, dass sich die Planung an den Lernzielen orientiert. Simulationsbasierte Erfahrungen müssen systematisch aufgebaut werden und erfordern trotzdem eine gewisse Flexibilität und wiederkehrende zyklische Planung. Um die Wirksamkeit der Simulation zu gewährleisten, werden folgende Kriterien empfohlen.

Die folgenden elf Kriterien wurden von der INACSL als Standard definiert:

1. Simulationsbasierte Erfahrungen sollten in Absprache mit Personen, welche die Inhalte der Ausbildung sehr gut kennen und simulationserfahrenen Personen entwickelt werden. Die Simulationsdesignerin oder der Simulationsdesigner sollte über eine Ausbildung und Praxis mit Simulation verfügen.
2. Bedarfsanalyse durchführen
3. Entwicklung messbarer Ziele, welche auf die Grundkenntnisse der Lernenden aufgebaut ist.
4. Strukturierung des Simulationsformats auf der Grundlage der Ziele, der Theorie und der Simulationsmodalität.
5. Entwicklung von Simulationsszenarien
6. Verschiedene Arten der Realitätsnähe, um den Realitätsgrad zu erhöhen
7. Die Auszubildenden sollten im Mittelpunkt stehen, unter Berücksichtigung des Erfahrungsniveaus der Teilnehmenden
8. Die Simulation soll mit einem Briefing (Vorbesprechung) beginnen.
9. Nach der Simulation soll ein Debriefing (Nachbesprechung) stattfinden
10. Bewertung durch die teilnehmenden Personen sowie der Moderatorin oder des Moderators, der Einrichtung und des Betreuungsteams
11. Bereitstellung von Materialien und Ressourcen zur Förderung der Fähigkeiten der Auszubildenden. Dies sollte dazu beitragen, dass die festgelegten Ziele und erwarteten Ergebnisse erreicht werden.
12. Pilotversuche der Simulation vor der vollständigen Implementierung (INACSL, 2021, p. 16).

Wenn eine Gesundheits- und Krankenpflegeschule die Einführung von Simulation plant, ist es wichtig, im Sinne der Bedarfsanalyse von Anfang an mit dem vorliegenden Curriculum festzulegen, welche Inhalte in welchem Stundenumfang für die Simulation zur Verfügung stehen. Die Inhalte in der Gesundheits- und Krankenpflege sind themenspezifisch zugeordnet und in der Ausbildungsverordnung ist festgelegt, welche Inhalte von welcher Berufsgruppe unterrichtet werden dürfen. Diese Vorgaben sind bei der Planung zu berücksichtigen. In einem weiteren Schritt ist zu prüfen, welche konkreten Inhalte als Simulation gestaltet, werden sollen. Hier sollten Diskussionen im Lehrerteam stattfinden und die Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter der Stationen zu Gesprächen eingeladen werden. Hilfreich kann es auch sein, vergangene Leistungsnachweise zu sichten, um mögliche Themen zu finden. Es wird empfohlen

bei der Entwicklung von Szenarien die Anforderung nach Ausbildungsstand zu erhöhen (Kirsten & Kagermann, 2018, p. 443 f).

Im nächsten Schritt müssen realistische Lernziele für die Simulationsinhalte formuliert werden. Die Lernziele müssen auf die Pflegesituation und deren Anforderungen sowie auf den Ausbildungsstand der Auszubildenden abgestimmt sein. Sind die Lernziele zu anspruchsvoll, kann es schnell zu einer Überforderung der Auszubildenden kommen. Überforderung gefährdet den Lernerfolg.

Um die Lernziele zu erreichen, müssen die Auszubildenden über kognitives Wissen, d.h. theoretisches Wissen verfügen, um Lösungen für die Pflegesituation in der Simulation zu finden. Die Pflegepädagogik bedient sich bei der Formulierung von Lernzielen der Taxonomie nach Bloom. Durch die Auflistung der Lernziele wird deutlich, welche Schritte ein Auszubildender zur Zielerreichung durchlaufen muss (Kirsten & Kagermann, 2018, pp. 451-452).

Das bekannteste Klassifikationsschema für Lernziele basiert auf den Arbeiten von Benjamin Bloom, der in seiner Darstellung drei Lernzielbereiche hierarchisch definiert und beschreibt. Diese sind

1. Kognitiver Bereich: Zu diesem Bereich gehören alle Lernziele, die sich auf Denk-, Gedächtnis- und Wahrnehmungsleistungen beziehen.
2. Affektiver Bereich: der affektive Bereich umfasst Einstellungen, Haltungen, Interessen und Bewertungen
3. Psychomotorischer Bereich: Dieser Bereich beschreibt die praktischen Fertigkeiten, die der Auszubildende beherrschen soll.

Die Taxonomie der kognitiven Lernziele umfasst sechs Stufen. Die sechs Lernzielstufen machen eine Aussage über die Komplexität der kognitiven Leistung. Stufe 1 bezieht sich auf das Wissen, wo theoretische Inhalte wiedergegeben werden müssen. Als Verben für die Lernzielformulierung werden hier verwendet: nennen, aufsagen, aufschreiben, aufzählen, angeben und bezeichnen.

Auf der zweiten Stufe geht es um das Verstehen. Der Auszubildende bzw. die Auszubildende erfasst und verwertet die Informationen und kann sie nachvollziehen und erklären. Typische Verben hierfür sind: erklären, erläutern, definieren, begründen, ableiten und übertragen.

In der dritten Stufe sollen die zuvor gesammelten Informationen und Kenntnisse sowie die theoretischen Zusammenhänge auf einen konkreten Fall angewendet werden. Für die Lernziele werden hier die Verben anwenden, ermitteln, berechnen, einsetzen, erarbeiten, herausfinden verwendet.

Die vierte Stufe ist die Analyse. Hier geht es um die Fähigkeit, einzelne Elemente miteinander zu verknüpfen und ihre Strukturen zu analysieren. Verben, die hier verwendet werden, sind: hervorheben, vergleichen, analysieren, gegenüberstellen, unterscheiden, klassifizieren und extrahieren.

Im fünften Schritt geht es darum, die Situation umfassend zu erfassen und etwas Neues zu entwickeln, zum Beispiel eine neue Strategie, ein neues Konzept oder eine neue Theorie. Verben für die Zielformulierung in diesem Schritt sind entwerfen, entwickeln, konzipieren, zuordnen, koordinieren, erstellen.

Der sechste Schritt ist die Beurteilung. Hier können Pflegesituationen begründet und kriterienorientiert beurteilt werden, was eine hohe intellektuelle Fähigkeit erfordert. Folgende Verben werden verwendet: einschätzen, beurteilen, bestimmen, prüfen, entscheiden, Stellung nehmen (Schewior-Popp, 2014, p. 55 ff).

Für die Simulation selbst muss in der Ausbildungsstätte eine Simulationskultur geschaffen werden. Simulation bedeutet nicht, mit Puppen zu spielen. Es geht darum, die Lernende oder den Lernenden die Möglichkeit zu geben, ihre Fähigkeiten und Fertigkeiten in einem professionellen, kompetenten und geschützten Rahmen zu trainieren. In diesem Rahmen ist es möglich, Fehler zu machen und eine Fehlerkultur zu entwickeln. Dies erfordert einen Bewusstseinswandel bei Lehrenden und Lernenden. Die Lehrenden nehmen in der Simulation eine andere Rolle ein, nämlich die einer Lernbegleiterin oder eines Lernbegleiters oder, wie es in der Simulationsliteratur heißt, eines „Facilitators“. Die Begleitung der Lernenden ist gekennzeichnet durch Empathie, Wertschätzung und Kongruenz.

Um eine positive Simulationskultur bei den Auszubildenden zu schaffen, ist es hilfreich, eine Führungssimulation durchzuführen, da diese Art der Lernmethode nicht bekannt ist. Eine Lernkultur, in der Fehler erlaubt sind und in der das Geschehene reflektiert wird, ist für die Auszubildenden neu. Zu Beginn der Simulation benötigen die Auszubildenden eine intensive Betreuung, die im Laufe der Zeit abnimmt. Um die Lernmotivation und die Begeisterung für die Simulation aufrechtzuerhalten, erscheint

es wichtig, sogenannte Simulationsregeln aufzustellen. Wichtig ist hier, dass alles, was in der Simulation passiert, im Debriefing besprochen wird. Dies ist ein geschützter Rahmen, in dem das Geschehene reflektiert wird. Um die Sicherheit der Lernenden zu gewährleisten, wird festgehalten, dass persönliche Daten und Videoaufzeichnungen sowie Inhalte, die während der Simulation besprochen wurden, streng vertraulich zu behandeln sind und nicht an Dritte weitergegeben werden dürfen. Zudem dürfen sie nicht außerhalb des Rahmens der Simulation verwendet werden.

Die Lehrmethode Simulation muss gelebt werden und sich als wiederkehrendes Ereignis im Schulalltag wiederfinden, um erfolgreich umgesetzt zu werden. Dazu ist es zunächst notwendig, die Lehrenden für die Lehrmethode der Simulation zu begeistern und sie entsprechend in dieser neuen Lehrmethode zu schulen. Vor allem die Rolle des Lehrenden im Rahmen der Simulation sollte Thema bei der Einführung sein. Darüber hinaus sind bei der Planung der Simulation folgende Punkte zu berücksichtigen:

- Guter Kontakt zur Praxis, um realistische Szenarien entwickeln zu können.
- Genügend Zeit für die Vorbereitung und den Aufbau des Simulationssettings
- Einführung in die Simulatoren und den technischen Aufbau.
- Materiallogistik und Wartung der Simulatoren, Entwicklung von Szenario

In Bezug auf die Lernenden ist darauf zu achten, dass sie zu Beginn der Ausbildung eine gute Einführung in die Simulationsmethode erhalten. Ziel der Einführung ist es, den Sinn und Zweck der Simulation zu verstehen und den Ablauf zu kennen. Für die meisten Anfängerinnen und Anfänger in der Pflegeausbildung ist es ungewohnt, Fehler machen zu dürfen. Daher ist eine Vorbereitung auf eine neue Fehlerkultur notwendig (Kirsten & Kagermann, 2018, p. 444 ff).

Bei allen positiven Aspekten der Simulation darf in der Planung nicht auf die Finanzierung vergessen werden. In erster Linie sind durch die Führung einer Gesundheits- und Krankenpflegeschule im Vorfeld zu klären, welche Ressourcen für die Umsetzung der Simulation vorhanden sind. Die meisten Gesundheits- und Krankenpflegeschulen besitzen einen Praxisraum und Materialien für den praktischen Unterricht sind vorhanden. Ein weiterer Schritt wäre nun zu prüfen wie hoch die finanziellen Mitteln für die Ausstattung von Räumlichkeiten, Manikins,

Schauspielpatientinnen und Schauspielpatienten und technische Mittel vorhanden sind (Kirsten & Kagermann, 2018, p. 449 ff).

Bei der Ausstattung geht es nicht darum, alles neu zu kaufen, sondern vor allem Möbel (Betten, Schränke, Nachttische, ...) und technische Geräte können gebraucht aus aufgegebenen Stationen übernommen werden. Technische Geräte wie Kameras können neu angeschafft werden. Leider sind nicht überall alle räumlichen und technischen Voraussetzungen gegeben, dies sollte aber kein Hinderungsgrund sein, ein Simulationssetting aufzubauen. Wenn bauliche Veränderungen geplant sind, sollte an die Nachbildung eines Patientinnen- oder Patientenzimmers und eines realitätsnahen Stationsstützpunktes gedacht werden. Ebenso wichtig sind Lagerräume. In den verschiedenen Simulationsszenarien werden Manikins oder Schauspielpatientinnen und Schauspielpatienten eingesetzt. Die Wahl hängt vom Schwierigkeitsgrad der Simulation ab. Ein weiterer Schwerpunkt ist die Entwicklung von Szenarien. Die Lernziele, das Ausbildungsniveau und die Inhalte des Curriculums sollten die Grundlage für die Entwicklung von Szenarien bilden. Die Szenarien müssen bestimmte Informationen enthalten, eine Information ist das Lernziel und die curriculare Zuordnung. Des Weiteren ist eine Fallbeschreibung mit Patientinnen- und Patientensituation und Ablauf des Szenarios enthalten. Verwendete Evidenz, Handlungsempfehlungen und Interventionen sind ebenso Inhalt des Szenarios wie Informationen für die Lernenden und integrierte Rettungsmittel (Kirsten & Kagermann, 2018, p. 452).

In der Pflegeausbildung kommen die Lernenden in der Regel zum ersten Mal mit der Simulation in Kontakt. Aus diesem Grund sollte vor Beginn der Simulation ein Briefing, d.h. eine Vorbesprechung durchgeführt werden. In diesem Briefing werden die Lernenden auf die bevorstehenden Anforderungen vorbereitet. Ziel ist es, den Lernenden die Angst vor dem Versagen zu nehmen. Im Rahmen des Briefings lernt der Auszubildende seine Lernziele kennen. In dieser Phase soll auch Vertrauen zur Ausbilderin oder zum Ausbilder aufgebaut werden.

Im Anschluss an das Briefing kommt es zur Simulation. Die Simulation kann in verschiedenen Varianten durchgeführt werden. So gibt es die Möglichkeit von Einzelsimulationen oder Gruppensimulationen. Die zeitliche Dauer der Simulation richtet sich nach dem Szenario, auch hier kann es zu kurzen oder langen Simulationen kommen. Für die Simulation können die Auszubildenden Teilnehmende oder

Beobachtende sein. Am meisten profitieren Auszubildende von einer Simulation als Teilnehmende mit einem anschließenden Debriefing (Nachbesprechung). Wobei bei einem gezielten Beobachtungsauftrag oder als Zuschauende bei einer Live-Videoübertragung die Lernenden ebenso profitieren, da sie Handlung während der Beobachtung ebenso durchdenken. Der Vorteil dieser Art der Simulationsgestaltung ist, dass mehrerer Szenarien durchgeführt werden können (Kirsten & Kagermann, 2018, p. 453 ff).

Ein wesentlicher Schritt, der bei einer Simulation nicht fehlen darf, ist das Debriefing. In der Simulation wird dieser Begriff als Nachbesprechung definiert. Das Debriefing besteht aus vier Phasen. Die erste Phase dient in der Regel dazu, dass die Teilnehmenden einmal „Dampf ablassen“. Diese Phase dient dazu, das Szenario emotional zu verlassen. In der zweiten Phase erfolgt eine Beschreibung des Szenarios und der stattgefundenen Handlungen durch die Teilnehmenden. Die Reflexion des Geschehenen findet in der dritten Phase statt, indem der Debriefing mit den teilnehmenden Personen das Geschehene nochmals analysiert. Hier soll eine Diskussion entstehen, um gegebenenfalls die Handlungsschritte für das nächste Mal verbessern zu können. In der vierten und letzten Phase geht es darum, dass im Szenario und im Debriefing Gelernte in den Alltag mitzunehmen und umzusetzen (Dieckmann, 2018, p. 194 ff).

4. Material und Methode

4.1. Ort der Erhebung

Die Studie wurde an einer privaten Gesundheits- und Krankenpflegeschule durchgeführt, an der ein dritter Lernbereich eingerichtet wurde.

4.2. Methode

Zur Beantwortung der Forschungsfrage: „Welche Rolle spielt im dritten Lernbereich die Simulation beim Erwerb der praktischen Handlungskompetenzen?“, wurde eine Literaturrecherche durchgeführt. Die Literaturrecherche wurde im Juni 2023 begonnen und im April 2024 beendet. Zur Suche wurde die Datenbank Pubmed (Public Medical Literature On- Line) benutzt und mit Schlüsselwörtern (Keywords) in englischer Sprache durchgeführt. Die Suchstrategie wurde mit den Booleschen Operatoren AND und OR durchgeführt. Die Anwendung der Trunkierung (*) diente zur Wortstammsuche, um relevante Artikelnachweise bei der Recherche nicht zu verlieren.

Tabelle 1: Suchstrategie

Pubmed	1.	Search: (((effect[Title/Abstract]) OR (impact[Title/Abstract])) AND (simulation[Title/Abstract])) AND (nurs*[Title/Abstract]) Filters: in the last 5 years	421
--------	----	--	-----

Der Publikationszeitraum wurde auf die letzten fünf Jahre beschränkt, da die Anwendung der Simulationsmethode in der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung einerseits ein junges Themengebiet ist, andererseits hat sich die Technik der Simulation in den letzten Jahren verändert. Einbezogen wurden nur Studien in deutscher und englischer Sprache, welche sich mit dem Nutzen der Simulation bei Auszubildenden in der Gesundheits- und Krankenpflege beschäftigten. Zusätzlich wurde in Care Lit und eine Handsuche im Google Scholar durchgeführt, wo zusätzlich die Schlüsselwörter „dritter Lernort“, „dritter Lernbereich“, „LTT“ ergänzt wurden.

Für die zweite Forschungsfrage: „Gibt es einen Unterschied im Erwerb der praktischen Fähigkeiten und Fertigkeiten in der Praxis im Vergleich zum dritten Lernbereich?“ wurde eine Fragebogenerhebung durchgeführt.

Hierzu wurde folgende Hypothese aufgestellt: Hat der LTT mit der Simulation einen Einfluss auf den Erwerb praktischer Kompetenzen in der Gesundheits- und Krankenpflege?

Die Ausbildungsstätte hat sich freiwillig zur Teilnahme an der Untersuchung bereit erklärt, da so Daten über die Wirksamkeit des dritten Lernortes in der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung gewonnen werden können.

4.3. Entwicklung des Fragebogens und Prätest

Der vorliegende Fragebogen wurde von Frau Sandra Pucher, BSc, M.Ed, mit dem Ziel entwickelt, den praktischen Einsatz in der Ausbildung zu evaluieren. Frau Pucher erklärte sich bereit, den Fragebogen für die vorliegende Studie zur Verfügung zu stellen. Die Autorin bestätigt, dass die schriftliche Einwilligung vorliegt.

Die Erstellung des Fragebogens basiert auf den Standard des INACSL, wobei die folgende Fragestellung zugrunde liegt: Welche Voraussetzungen erfüllt die Pflegepraxis, um die praktische Handlungskompetenz zu erwerben? Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung wurden folgende Punkte erhoben:

- Rahmenbedingungen
- Zielformulierung
- Vorbereitung
- Theoretisches Wissen
- Durchführung
- Nachbereitung und
- Resümee.

Es ist von Interesse, ob die Anleitung in der Praxis durch ausgebildete Praxisanleiterin oder Praxisanleiter erfolgt. Zudem ist von Relevanz, ob Lernziele formuliert wurden und ob die oder der Auszubildende während der Durchführung von der Praxisanleiterin oder den Praxisanleiter begleitet und beobachtet wird. Von ebenso großer Bedeutung ist die Reflexion der durchgeführten Tätigkeit sowie die Bewertung des Wissenserwerbs durch den Auszubildenden.

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit war es von Bedeutung, Erkenntnisse darüber zu gewinnen, ob

1. die Grundsätze des LTT eingehalten werden, wobei diesbezüglich die Ziele, die Durchführung, die Begleitung sowie die Reflexion zu untersuchen wurden.
2. der dritte Lernbereich als Wissenstransfer bei Auszubildenden wahrgenommen wird.

Aus diesem Grund wurde der Fragebogen in adaptierter Form aus der Praxis übernommen, wobei die Adaption in Zusammenarbeit mit Sandra Pucher, BSc, MEd, erfolgte. Dadurch ist gewährleistet, dass die Items in der Auswertung miteinander vergleichbar sind.

Zu Beginn des Fragebogens wurden demografische Daten wie Alter, Geschlecht und Ausbildungsform erhoben. Der weitere Fragebogen umfasste eine Reihe von Fragen mit einer Vielzahl an Antwortmöglichkeiten, die nicht in einer bestimmten Reihenfolge angeordnet waren. Die Fragen wurden nachfolgenden Überschriften geclustert:

- Rahmenbedingungen
- Lernziele
- Vorbereitung
- Wissen
- Praktische Durchführung von Pfllegetätigkeiten
- Nachbereitung
- Zusammenfassung

Die Bereiche "Vorbereitung", "Wissen" und "praktische Durchführung" sind für die Beantwortung der Hypothese irrelevant, diese dienen der Ausbildungsstätte als Evaluierungsgrundlage für die praktischen Einsätze und die Evaluierung der Qualität des dritten Lernbereichen.

4.4. Prätest

Im Rahmen einer Unterrichtseinheit zum Thema „Pfllegewissenschaft im dritten Ausbildungsjahr“ für den gehobenen Dienst wurde ein Prätest mit 36 Personen einer Klasse durchgeführt. Im Vorfeld wurde den Auszubildenden das Projekt des dritten Lernbereichs präsentiert. Die Rückmeldungen der Teilnehmenden aus dem Prätest wurden ausgewertet und flossen in die Adaptierung des Fragebogens mit ein.

4.5. Stichprobe

Im Rahmen der Testungen wurden die Ausbildungszweige des gehobenen Dienstes und der Pflegeassistenz herangezogen, welche bereits einen praktischen Einsatz absolviert hatten. Die Auszubildenden wurden am Tag des LTT über die Befragung in Kenntnis gesetzt und um Teilnahme gebeten. Die Teilnahme erfolgte auf freiwilliger Basis. Der Fragebogen für die Beurteilung der Anleitung in der Praxis wurde den Teilnehmerinnen und Teilnehmern vor Beginn des LTT ausgehändigt und anschließend eingesammelt. Der Fragebogen für den LTT wurde unmittelbar im Anschluss an den LTT ausgeteilt und anschließend in der Klasse abgegeben. Insgesamt beteiligten sich 50 Auszubildende an der Befragung.

Die Datenerhebung und -auswertung erfolgte mittels der Software SPSS®.

4.5. Statistische Methoden

Die Darstellung der quantitativen Daten erfolgt deskriptiv sowie mittels univariater Varianzanalyse (ANOVA).

Die deskriptive Statistik wird in Form von Mittelwerten, Summen sowie absoluten und relativen Zahlen präsentiert. Die Varianzanalyse, auch ANOVA (Analysis of Variance) genannt, prüft statistisch signifikante Unterschiede zwischen mehr als zwei Gruppen. Dazu werden die Mittelwerte und Varianzen der jeweiligen Gruppen miteinander verglichen.

Es gibt verschiedene Arten der Varianzanalyse:

- Einfaktorielle Varianzanalyse
- Zweifaktorielle Varianzanalyse
- Einfaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung
- Zweifache Varianzanalyse mit Messwiederholung

Diese Art der Analyse wird verwendet, wenn es mehr als zwei Gruppen gibt, die untersucht und verglichen werden sollen (Jesussek & Volk- Jessusek, 2024, p. 172 ff).

Im Rahmen der vorliegenden Studie wurde zur Auswertung der Ergebnisse die einfaktorielle Varianzanalyse herangezogen.

5. Ergebnisse

Im Folgenden werden die quantitativen Ergebnisse der schriftlichen Befragung präsentiert.

5.1. Stichprobe

Die Auswahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer erfolgt nach folgenden Kriterien.

Die Teilnahme an der Befragung setzte voraus, dass die Auszubildenden zuvor einen praktischen Einsatz im stationären Setting absolviert hatten. Des Weiteren war die Teilnahme der Auszubildenden an einem LTT im dritten Lernbereich erforderlich.

Die für die Befragung ausgewählten Auszubildenden haben ihr mündliches Einverständnis zur Befragung gegeben und haben freiwillig daran teilgenommen. Insgesamt haben n=50 Teilnehmerinnen und Teilnehmer an der Studie teilgenommen. In Bezug auf den Fragebogen 1 "Praxis" ist festzuhalten, dass 50 Teilnehmerinnen und Teilnehmer an der Befragung teilnahmen und 50 Fragebögen ausgewertet wurden. In Bezug auf den Fragebogen 2, der den "Dritten Lernbereich" thematisiert, lässt sich eine Teilnahme von 50 Personen sowie die Abgabe von 49 Fragebögen verzeichnen.

Die Rücklaufquote des Fragebogens 1 "Praxis" betrug n=50, was einem prozentualen Anteil von 100 % entspricht. Beim Fragebogen 2 "Dritter Lernbereich" wurde eine Rücklaufquote von n=48, entsprechend 98 %, erzielt.

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Befragung waren Auszubildende aus der Ausbildung der Pflegeassistenz (PA) sowie der verkürzten Ausbildung gemäß § 44 zur diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegerin bzw. zum diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger (DGKP). Der Fragebogen "Praxis" wurde von 15 Teilnehmerinnen und Teilnehmern der PA-Ausbildung, 33 Teilnehmerinnen und Teilnehmern der DGKP-Ausbildung sowie einer Teilnehmerin bzw. einem Teilnehmer der PFA-Ausbildung (PFA) beantwortet. Ein Fragebogen war ungültig.

In Bezug auf den Fragebogen zum "Dritten Lernbereich" ist festzuhalten, dass 15 Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus der Pflegeassistentenausbildung, 31 Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus der verkürzten Ausbildung zur diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegerin oder zum diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger sowie eine Teilnehmerin oder ein Teilnehmer, welche

beziehungsweise welcher die Pflegefachassistentenausbildung absolviert, teilnahmen. Bei zwei Fragebögen fehlte die Angabe.

In Bezug auf das Alter zeigt die Auswertung des Fragebogens, dass in der Altersgruppe von 17 bis 19 Jahren 4 % (n=2) der Befragten, in der Altersgruppe von 20 bis 29 Jahren 22 % (n=11), in der Altersgruppe von 30 bis 39 Jahren 38 % (n=19), in der Altersgruppe von 40 bis 49 Jahren 28 % (n=13) und in der Altersgruppe von 50 bis 59 Jahren 10 % (n=5) vertreten waren.

Die Verteilung der Antworten auf den Fragebogen "Dritter Lernbereich" zeigt, dass die Altersgruppe der 17- bis 19-Jährigen einen Anteil von 4,2 % (n=2) aufweist, während die Altersgruppe der 20- bis 29-Jährigen einen Anteil von 20,8 % (n=11) aufweist. Die Verteilung der Altersgruppen zeigt, dass 35,4 % (n=17) der Befragten zwischen 30 und 39 Jahren alt sind, 28,2 % (n=14) zwischen 40 und 49 Jahren, 10,4 % (n=5) zwischen 50 und 59 Jahren und eine Person (1,0 %) keine Angabe zum Alter gemacht hat.

In Bezug auf das Geschlecht wurden im Fragebogen "Praxis" 35 weibliche, 10 männliche, eine divers geschlechtliche sowie zwei fehlende Angaben von Teilnehmer*innen registriert.

In Bezugnahme auf das Geschlecht wurden im Fragebogen "Dritter Lernbereich" 35 weibliche, 7 männliche, 0 divers geschlechtliche und 4 fehlende Angaben von Teilnehmer*innen registriert.

Im Folgenden erfolgten eine Gegenüberstellung und Erörterung der Ergebnisse der einzelnen Fragen des Praxisfragebogens sowie des dritten Lernbereichs-Fragebogens.

Die Tabellen 2 und 3 präsentieren die Resultate der Evaluierung der Zielformulierung hinsichtlich ihrer Kongruenz mit dem Praxiskatalog bzw. dem Kompetenzkatalog. Es zeigt sich, dass im dritten Lernbereich eine Übereinstimmung mit dem Praxiskatalog/Kompetenzkatalog in 71,4 %, H (35), fehlend 1, n= 49, der Fälle gegeben ist. In der Praxis liegt die Übereinstimmungsquote bei nur 48 %, H(24) fehlend 1, n=50.

Tabelle 2: Frage „Praxis“: Die Ziele der praktischen Ausbildung wurden mit dem Praxiskatalog/Kompetenzkatalog formuliert

Die Ziele für die praktische Ausbildung wurden mit dem Praxiskatalog/Kompetenzkatalog formuliert

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ich stimme völlig zu	24	48,0	49,0	49,0
	Ich stimme eher zu	14	28,0	28,6	77,6
	Ich stimme eher nicht zu	9	18,0	18,4	95,9
	Ich stimme gar nicht zu	1	2,0	2,0	98,0
	kann ich nicht beurteilen	1	2,0	2,0	100,0
	Gesamt	49	98,0	100,0	
Fehlend	-9	1	2,0		
Gesamt		50	100,0		

Tabelle 3: Frage „dritter Lernbereich“: Die Ziele für den dritten Lernbereich decken sich mit den Ausbildungszielen im Praxiskatalog

Die Ziele für die den dritten Lernbereich wurden decken sich mit den Ausbildungszielen im Praxiskatalog

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ich stimme völlig zu	35	71,4	72,9	72,9
	Ich stimme eher zu	12	24,5	25,0	97,9
	kann ich nicht beurteilen	1	2,0	2,1	100,0
	Gesamt	48	98,0	100,0	
Fehlend	-9	1	2,0		
Gesamt		49	100,0		

Die Formulierung der Lernziele in Zusammenarbeit mit der Praxisanleiterin bzw. dem Praxisanleiter wurde von 54 % der Auszubildenden in der Praxis bestätigt (vgl. Tabelle 4). Hierbei ist zu berücksichtigen, dass H(27), 3 fehlen, n=50. Die in Tabelle 5 dargestellten statistischen Daten legen nahe, dass im dritten Lernbereich 71,4 % der Befragten H(35), fehlend 2, n=49 der Aussage zustimmen, die Lernziele des dritten Lernbereichs seien mit der Trainerin oder dem Trainer besprochen worden.

Tabelle 4: Frage „Praxis“: Praktische Ausbildungsziele wurden mit der PAL/DGKP/Mentor formuliert

Praktische Ausbildungsziele wurden mit der PAL/DGKP/Mentor formuliert.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ich stimme völlig zu	27	54,0	57,4	57,4
	Ich stimme eher zu	11	22,0	23,4	80,9
	Ich stimme eher nicht zu	6	12,0	12,8	93,6
	Ich stimme gar nicht zu	2	4,0	4,3	97,9
	kann ich nicht beurteilen	1	2,0	2,1	100,0
	Gesamt	47	94,0	100,0	
Fehlend	-9	3	6,0		
Gesamt		50	100,0		

Tabelle 5: Frage „dritter Lernbereich“: Die Lernziele des dritten Lernbereiches wurden mit dem Trainer*In besprochen

Die Lernziele des dritten Lernbereiches wurden mit Trainer*in besprochen

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ich stimme völlig zu	35	71,4	74,5	74,5
	Ich stimme eher zu	8	16,3	17,0	91,5
	Ich stimme eher nicht zu	2	4,1	4,3	95,7
	Ich stimme gar nicht zu	1	2,0	2,1	97,9
	kann ich nicht beurteilen	1	2,0	2,1	100,0
	Gesamt	47	95,9	100,0	
Fehlend	-9	2	4,1		
Gesamt		49	100,0		

In der Befragung "Praxis" wurde die Frage, ob die Ausbildungsziele durch den Auszubildenden selbst formuliert werden, von 28,0 % der Befragten H(14), fehlend: 3, n=50 mit "stimme völlig zu" beantwortet. In Bezug auf die Frage, ob eigene Lernziele formuliert werden durften, zeigt sich im dritten Lernbereich eine deutlich höhere Zustimmungsrate von 46,9 %, H(23), fehlende Angabe 1, n =49.

Tabelle 6: Frage „Praxis“: Ich musste praktische Ausbildungsziele alleine formulieren

Ich musste praktische Ausbildungsziele alleine formulieren

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ich stimme völlig zu	14	28,0	29,8	29,8
	Ich stimme eher zu	11	22,0	23,4	53,2
	Ich stimme eher nicht zu	15	30,0	31,9	85,1
	Ich stimme gar nicht zu	7	14,0	14,9	100,0
	Gesamt	47	94,0	100,0	
Fehlend	-9	3	6,0		
Gesamt		50	100,0		

Tabelle 7: Frage „dritter Lernbereich“: Ich durfte eigene Lernziele dazu formulieren

Ich durfte eigene Lernziele dazu formulieren

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ich stimme völlig zu	23	46,9	47,9	47,9
	Ich stimme eher zu	13	26,5	27,1	75,0
	Ich stimme eher nicht zu	4	8,2	8,3	83,3
	Ich stimme gar nicht zu	6	12,2	12,5	95,8
	kann ich nicht beurteilen	2	4,1	4,2	100,0
	Gesamt	48	98,0	100,0	
Fehlend	-9	1	2,0		
Gesamt		49	100,0		

Des Weiteren wird in den Tabellen 8 und 9 dargelegt, ob die Ziele spezifisch formuliert wurden. In der deskriptiven Darstellung der Häufigkeiten manifestiert sich ein signifikanter Unterschied zwischen der Praxis und dem dritten Lernbereich. Lediglich 42 % der Befragten im Fragebogen "Praxis" stimmte der Aussage "Die Lernziele sind spezifisch formuliert" völlig zu, H(21), fehlend 2, n=48). Im dritten Lernbereich wurde hingegen ein Zustimmungswert von 65,3 % erreicht, H: 32, fehlend 1, n=49.

Tabelle 8: Frage "Praxis": Die erarbeiteten Ziele sind spezifisch formuliert

Die erarbeiteten Ziele sind spezifisch formuliert

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ich stimme völlig zu	21	42,0	43,8	43,8
	Ich stimme eher zu	15	30,0	31,3	75,0
	Ich stimme eher nicht zu	8	16,0	16,7	91,7
	Ich stimme gar nicht zu	2	4,0	4,2	95,8
	kann ich nicht beurteilen	2	4,0	4,2	100,0
	Gesamt	48	96,0	100,0	
Fehlend	-9	2	4,0		
Gesamt		50	100,0		

Tabelle 9: Frage „dritter Lernbereich“: Die Ziele sind spezifisch für das Thema des dritten Lernbereiches formuliert

Die Ziele sind spezifisch für das Thema des dritten Lernbereiches formuliert

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ich stimme völlig zu	32	65,3	66,7	66,7
	Ich stimme eher zu	10	20,4	20,8	87,5
	Ich stimme eher nicht zu	2	4,1	4,2	91,7
	Ich stimme gar nicht zu	3	6,1	6,3	97,9
	kann ich nicht beurteilen	1	2,0	2,1	100,0
	Gesamt	48	98,0	100,0	
Fehlend	-9	1	2,0		
Gesamt		49	100,0		

Im Rahmen der Zielsetzung wurde eine einfaktorielle Varianzanalyse durchgeführt. Der P-Wert von 0,007 belegt, dass kein wesentlicher Unterschied zwischen der Praxis und dem dritten Lernbereich besteht. Dennoch zeigt sich in der Praxis ein Mittelwert von 1,9300 bei einer Standardabweichung von 0,58135, während im dritten Lernbereich ein Mittelwert von 1,5677 bei einer Standardabweichung von 0,70662 zu verzeichnen ist. Trotz fehlender Signifikanz lässt sich anhand des Mittelwerts eine Differenz zwischen der Praxis und dem dritten Lernbereich feststellen.

Im Rahmen der vorliegenden Studie ist von Relevanz, ob im Bereich der Nachbereitung zur angeleiteten Sequenz eine Selbsteinschätzung und Fremdeinschätzung gegeben hat. Wurde die Teilnehmerin durch die Praxisanleiterin beziehungsweise den Praxisanleiter oder durch eine Beobachterin beziehungsweise

einen Beobachter beobachtet sowie im dritten Lernbereich durch die Trainerin beziehungsweise den Trainer? Von gleicher Relevanz ist die Frage, ob eine Reflexion stattgefunden hat.

In den Tabellen 10 und Tabelle 11 wurde die Frage aufgeworfen, ob eine Selbsteinschätzung durchgeführt wurde. In Bezug auf die Frage, ob eine Selbsteinschätzung durchgeführt wurde, ergibt sich aus dem Fragebogen der Praxis ein Anteil von 40 %, aus dem Bereich H (20), fehlend 1, n=50. Im Fragebogen des dritten Lernbereichs gaben 63,3 %, H (31), fehlend 1, n=49 der Befragten an, "ich stimme völlig zu".

Tabelle 10: Frage „Praxis“: Zur praktischen Pflege Tätigkeit fand eine Selbsteinschätzung statt

Zu praktischen Pflege Tätigkeiten fand eine Selbsteinschätzung statt

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ich stimme völlig zu	20	40,0	40,8	40,8
	Ich stimme eher zu	16	32,0	32,7	73,5
	Ich stimme eher nicht zu	8	16,0	16,3	89,8
	Ich stimme gar nicht zu	5	10,0	10,2	100,0
	Gesamt	49	98,0	100,0	
Fehlend	-9	1	2,0		
Gesamt		50	100,0		

Tabelle 11: Frage „dritter Lernbereich“: Zur praktischen Pflege Tätigkeit fand eine Selbsteinschätzung statt

Zur praktischen Pflege Tätigkeit fand eine Selbsteinschätzung statt

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ich stimme völlig zu	31	63,3	64,6	64,6
	Ich stimme eher zu	9	18,4	18,8	83,3
	Ich stimme eher nicht zu	5	10,2	10,4	93,8
	Ich stimme gar nicht zu	1	2,0	2,1	95,8
	kann ich nicht beurteilen	2	4,1	4,2	100,0
	Gesamt	48	98,0	100,0	
Fehlend	-9	1	2,0		
Gesamt		49	100,0		

In Bezug auf die Frage, ob eine Einschätzung durch eine PAL/DGKP/Mentor stattgefunden habe, gaben 26 % der Befragten H(13), fehlend 7, n=50, an, dieser Aussage gar nicht zuzustimmen (vgl. Tabelle 12). Im dritten Lernbereich wurde die Frage von 26,5 % der Befragten H(13), fehlend 1, n=49) mit "Ich stimme gar nicht zu" beantwortet, siehe Tabelle 13.

Tabelle 12: Frage „Praxis“: Von einer PAL/DGKP/Mentor fand keine Einschätzung statt.

Von einer PAL/DGKP/Mentor fand keine Einschätzung statt

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ich stimme völlig zu	3	6,0	7,0	7,0
	Ich stimme eher zu	11	22,0	25,6	32,6
	Ich stimme eher nicht zu	10	20,0	23,3	55,8
	Ich stimme gar nicht zu	13	26,0	30,2	86,0
	kann ich nicht beurteilen	6	12,0	14,0	100,0
	Gesamt	43	86,0	100,0	
Fehlend	-9	7	14,0		
Gesamt		50	100,0		

Tabelle 13: Frage „dritter Lernbereich“: Von einer Beobachter*in fand keine Einschätzung statt

Von einer Beobachter*in fand keine Einschätzung statt

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ich stimme völlig zu	12	24,5	25,0	25,0
	Ich stimme eher zu	12	24,5	25,0	50,0
	Ich stimme eher nicht zu	7	14,3	14,6	64,6
	Ich stimme gar nicht zu	13	26,5	27,1	91,7
	kann ich nicht beurteilen	4	8,2	8,3	100,0
	Gesamt	48	98,0	100,0	
Fehlend	-9	1	2,0		
Gesamt		49	100,0		

Die Ergebnisse der Erhebung werden in den Tabellen 14 und 15 dargestellt, wobei eine Differenzierung erfolgt, ob die praktische Tätigkeit durch eine Praxisanleiterin (PAL) oder durch eine Praxisanleitung sowie durch eine Trainerin oder einen Trainer fremdeingeschätzt wurde. Im Bereich der Praxis wurde dieser These lediglich von 20 % der Befragten, H(10) fehlend 4, n = 50 zugestimmt. Im dritten Lernbereich wurde die Aussage von 53,1 % der Befragten, H (26) fehlend 1, n = 49, bestätigt.

Tabelle 14: Frage „Praxis“: die praktische Pflegefähigkeit wurden von PAL/DGKP/Mentor fremdeingeschätzt

Die praktischen Pflegefähigkeiten wurden von PAL/DGKP/Mentor fremdeingeschätzt

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ich stimme völlig zu	10	20,0	22,2	22,2
	Ich stimme eher zu	15	30,0	33,3	55,6
	Ich stimme eher nicht zu	11	22,0	24,4	80,0
	Ich stimme gar nicht zu	5	10,0	11,1	91,1
	kann ich nicht beurteilen	4	8,0	8,9	100,0
	Gesamt	45	90,0	100,0	
Fehlend	-9	4	8,0		
	ungültig	1	2,0		
	Gesamt	5	10,0		
Gesamt		50	100,0		

Tabelle 15: Frage „dritter Lernbereich“: Die praktische Pflegefähigkeit wurde durch die Trainer*in fremdeingeschätzt.

Die praktische Pflegefähigkeit wurde durch die Trainer*in fremdeingeschätzt

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ich stimme völlig zu	26	53,1	54,2	54,2
	Ich stimme eher zu	11	22,4	22,9	77,1
	Ich stimme eher nicht zu	4	8,2	8,3	85,4
	Ich stimme gar nicht zu	4	8,2	8,3	93,8
	kann ich nicht beurteilen	3	6,1	6,3	100,0
	Gesamt	48	98,0	100,0	
Fehlend	-9	1	2,0		
Gesamt		49	100,0		

In Bezugnahme auf die Reflexion der durchgeführten Tätigkeiten in der Praxis durch PAL/DGKP/Mentor*in oder die Reflexion der durchgeführten Tätigkeiten im dritten Lernbereich durch die Trainerin oder den Trainer in der Tabelle 16 und Tabelle 17 wurde seitens der Praxis ein Anteil von 38 % mit der Bewertung "ich stimme völlig zu" angegeben H(19), fehlend 2, n=50. Im dritten Lernbereich wurde seitens der Auszubildenden eine Zustimmung von 63,3 % (31) angegeben, wobei zwei Antworten von n=49 fehlen.

Tabelle 16: Frage "Praxis" Praktische Pflege Tätigkeiten wurden inhaltlich mit PAL/DGKP/Mentor reflektiert.

Praktische Pflege Tätigkeiten wurden inhaltlich mit PAL/DGKP/Mentor reflektiert

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ich stimme völlig zu	19	38,0	39,6	39,6
	Ich stimme eher zu	16	32,0	33,3	72,9
	Ich stimme eher nicht zu	6	12,0	12,5	85,4
	Ich stimme gar nicht zu	4	8,0	8,3	93,8
	kann ich nicht beurteilen	3	6,0	6,3	100,0
	Gesamt	48	96,0	100,0	
Fehlend	-9	2	4,0		
Gesamt		50	100,0		

Tabelle 17: Frage "dritter Lernbereich": Praktische Pflege Tätigkeiten wurden inhaltlich mit dem/der Trainer*in reflektiert

Praktische Pflege Tätigkeit wurden inhaltlich mit dem/der Trainer*in reflektiert

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ich stimme völlig zu	31	63,3	66,0	66,0
	Ich stimme eher zu	12	24,5	25,5	91,5
	Ich stimme eher nicht zu	2	4,1	4,3	95,7
	Ich stimme gar nicht zu	1	2,0	2,1	97,9
	kann ich nicht beurteilen	1	2,0	2,1	100,0
	Gesamt	47	95,9	100,0	
Fehlend	-9	2	4,1		
Gesamt		49	100,0		

In Bezug auf die Frage, ob die Auszubildenden auf etwaige Leistungslücken in wertschätzender und verständlicher Weise hingewiesen wurden, gaben im Rahmen des Fragebogens "Praxis" 36 % der Befragten an, dieser Aussage vollständig zuzustimmen H(18) fehlend 3, n=50. Im dritten Lernbereich wurde die Kommunikation in Bezug auf Leistungslücken mit einer Zustimmungsrate von 67,3 % H(33), fehlend 2, n= 49 als wertschätzend und verständlich beurteilt. Die Daten hierzu sind in der Tabelle 18 und Tabelle 19 zu finden.

Tabelle 18: Frage „Praxis“: Auf Leistungslücken wurde wertschätzend und verständlich hingewiesen

Auf Leistungslücken wurde wertschätzend und verständlich hingewiesen

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ich stimme völlig zu	18	36,0	38,3	38,3
	Ich stimme eher zu	15	30,0	31,9	70,2
	Ich stimme eher nicht zu	5	10,0	10,6	80,9
	Ich stimme gar nicht zu	5	10,0	10,6	91,5
	kann ich nicht beurteilen	4	8,0	8,5	100,0
Gesamt		47	94,0	100,0	
Fehlend	-9	3	6,0		
Gesamt		50	100,0		

Tabelle 19: Frage „dritter Lernbereich“: Auf Leistungslücken wurden wertschätzend und verständlich hingewiesen.

Auf Leistungslücken wurde wertschätzend und verständlich hingewiesen

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ich stimme völlig zu	33	67,3	70,2	70,2
	Ich stimme eher zu	10	20,4	21,3	91,5
	Ich stimme eher nicht zu	4	8,2	8,5	100,0
	Gesamt	47	95,9	100,0	
Fehlend	-9	2	4,1		
Gesamt		49	100,0		

In Bezug auf Nachbereitung wurde seitens von n=50 der Befragten, bei einem fehlenden Wert, eine Zustimmungsrate von 28 % hinsichtlich der Erarbeitung von Vorschlägen und Strategien zur Verbesserung der Pfl egetätigkeit im Setting „Praxis“ angegeben. Im dritten Lernbereich wurde seitens von n=49 der Befragten, bei einem fehlenden Wert, eine Zustimmungsrate von 71,4 % hinsichtlich der zuvor genannten Aussage eruiert. Die Werte hierzu sind in der Tabelle 20 und 21 angeführt.

Tabelle 20:Frage „Praxis“: Im Rahmen der Nachbearbeitung wurden Vorschläge und Strategien zur Verbesserung der Pflgeetätigkeit erarbeitet

Im Rahmen der Nachbearbeitung wurden Vorschläge und Strategien zur Verbesserung der Pflgeetätigkeit erarbeitet.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ich stimme völlig zu	14	28,0	28,6	28,6
	Ich stimme eher zu	19	38,0	38,8	67,3
	Ich stimme eher nicht zu	6	12,0	12,2	79,6
	Ich stimme gar nicht zu	6	12,0	12,2	91,8
	kann ich nicht beurteilen	4	8,0	8,2	100,0
	Gesamt	49	98,0	100,0	
Fehlend	-9	1	2,0		
Gesamt		50	100,0		

Tabelle 21: Frage dritte Lernbereich: Im Rahmen der Nachbearbeitung wurden Vorschläge und Strategien zur Verbesserung der Pflgeetätigkeit erarbeitet

Im Rahmen der Nachbearbeitung wurden Vorschläge und Strategien zur Verbesserung der Pflgeetätigkeit erarbeitet.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ich stimme völlig zu	35	71,4	72,9	72,9
	Ich stimme eher zu	10	20,4	20,8	93,8
	Ich stimme eher nicht zu	2	4,1	4,2	97,9
	Ich stimme gar nicht zu	1	2,0	2,1	100,0
	Gesamt	48	98,0	100,0	
Fehlend	-9	1	2,0		
Gesamt		49	100,0		

Des Weiteren wurde untersucht, ob es zu repetierenden Pflgeetätigkeiten kam, welche zuvor als Vorschläge und Strategien eingebracht wurden. Die Auswertung des Fragebogens zeigt, dass lediglich 28 % der Auszubildenden dieser Aussage völlig zustimmen (n=50). Im dritten Lernbereich liegt die Zustimmungsrte bei 65,3 % (n=49), bei einer fehlenden Antwort.

Tabelle 22: Frage "Praxis": Die Vorschläge und Strategien wurden in wiederholten Pflgetätigkeiten gemeinsam umgesetzt

Die Vorschläge und Strategien wurden in wiederholten Pflgetätigkeiten gemeinsam umgesetzt

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ich stimme völlig zu	14	28,0	28,6	28,6
	Ich stimme eher zu	17	34,0	34,7	63,3
	Ich stimme eher nicht zu	7	14,0	14,3	77,6
	Ich stimme gar nicht zu	4	8,0	8,2	85,7
	kann ich nicht beurteilen	7	14,0	14,3	100,0
	Gesamt	49	98,0	100,0	
Fehlend	-9	1	2,0		
Gesamt		50	100,0		

Tabelle 23: Frage "dritter Lernbereich": Die Vorschläge und Strategien wurden in wiederholten Pflgetätigkeiten gemeinsam umgesetzt

Die Vorschläge und Strategien wurden in wiederholten Pflgetätigkeiten gemeinsam umgesetzt

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ich stimme völlig zu	32	65,3	66,7	66,7
	Ich stimme eher zu	13	26,5	27,1	93,8
	Ich stimme eher nicht zu	1	2,0	2,1	95,8
	Ich stimme gar nicht zu	2	4,1	4,2	100,0
	Gesamt	48	98,0	100,0	
Fehlend	-9	1	2,0		
Gesamt		49	100,0		

Im Folgenden wird die Wahrnehmung bezüglich der Anforderung in Bezug auf das Ausbildungsniveau, der Unterstützung durch die PAL/DGKP/Mentor*in in der Praxis sowie durch die Trainerin oder den Trainer im dritten Lernbereich abgebildet in der Tabelle 24 und Tabelle 25.

In Bezug auf die Frage, ob die Anforderung dem Ausbildungsniveau entspricht, gaben die Befragten im Fragebogen "Praxis" an, dass dies zu 42 % "völlig stimmt", fehlend eine, von n= 50. Im dritten Lernbereich wurde dieses Item mit 75,5 % bei einem fehlenden Wert von n=49 beantwortet. Ersichtlich sind diese Werte in der Tabelle 24 und Tabelle 25.

Tabelle 24: Frage "Praxis": Die Anforderung der Pfl egetätigkeit entsprechen dem Ausbildungsniveau

Die Anforderungen der Pfl egetätigkeiten entsprechen dem Ausbildungsniveau

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ich stimme völlig zu	21	42,0	42,9	42,9
	Ich stimme eher zu	14	28,0	28,6	71,4
	Ich stimme eher nicht zu	5	10,0	10,2	81,6
	Ich stimme gar nicht zu	5	10,0	10,2	91,8
	kann ich nicht beurteilen	4	8,0	8,2	100,0
	Gesamt	49	98,0	100,0	
Fehlend	-9	1	2,0		
Gesamt		50	100,0		

Tabelle 25: Frage "dritter Lernbereich": Die Anforderung der Pfl egetätigkeit entsprechen dem Ausbildungsniveau

Die Anforderungen der Pfl egetätigkeiten entsprechen dem Ausbildungsniveau

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ich stimme völlig zu	37	75,5	77,1	77,1
	Ich stimme eher zu	11	22,4	22,9	100,0
	Gesamt	48	98,0	100,0	
Fehlend	-9	1	2,0		
Gesamt		49	100,0		

Im Rahmen der Nachbereitung wurde wie bei der Zielsetzung eine einfaktorielle Varianzanalyse durchgeführt, um die Auswirkungen einer „guten Nachbereitung“ auf die Auszubildenden zu untersuchen. Der P-Wert von $<0,001$ belegt, dass eine signifikante Korrelation zwischen der Praxis und dem dritten Lernbereich besteht. Der Mittelwert in der Praxis beträgt 2,3279 bei einer Standardabweichung von 0,87279, während im dritten Lernbereich ein Mittelwert von 1,6376 bei einer Standardabweichung von 0,50695 zu verzeichnen ist.

Im finalen Abschnitt des Fragebogens erfolgt eine Zusammenfassung der Items mit der Intention, zu eruieren, ob eine Verknüpfung von Theorie und Praxis stattgefunden hat. Des Weiteren wird erörtert, inwiefern sich die Handlungskompetenz der Auszubildenden durch die Abfrage erweitert hat. Die finale Frage zielt darauf ab, zu eruieren, inwiefern die Auszubildenden das Gefühl haben, von den genannten Instanzen allein gelassen zu werden.

In Bezug auf die Frage, ob die Auszubildenden in der Praxis bei neuen Pflegetätigkeiten eine hinlängliche Unterstützung erfahren haben, gaben 46 % von n=50 an, dass sie dieser Aussage völlig zustimmen (Tabelle 26). Im Rahmen des dritten Lernbereichs wurde seitens der befragten Personen eine Unterstützung durch die jeweilige Trainerin bzw. den jeweiligen Trainer bestätigt, wobei dieser Aspekt von 73,3 % (n=48) der Befragten positiv bewertet wurde (Tabelle 27).

Tabelle 26: Frage "Praxis": Ich habe mich bei neuen Pflegetätigkeiten ausreichend unterstützt gefühlt

Ich habe mich bei neuen Pflegetätigkeiten ausreichend unterstützt gefühlt

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ich stimme völlig zu	23	46,0	46,0	46,0
	Ich stimme eher zu	15	30,0	30,0	76,0
	Ich stimme eher nicht zu	5	10,0	10,0	86,0
	Ich stimme gar nicht zu	5	10,0	10,0	96,0
	kann ich nicht beurteilen	2	4,0	4,0	100,0
	Gesamt	50	100,0	100,0	

Tabelle 27: Frage "dritten Lernbereich": Ich habe mich bei neuen Pflegetätigkeiten durch den Trainer*in ausreichend unterstützt gefühlt

Ich habe mich bei Pflegetätigkeit durch den Trainer*in ausreichend unterstützt gefühlt

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ich stimme völlig zu	36	73,5	75,0	75,0
	Ich stimme eher zu	10	20,4	20,8	95,8
	Ich stimme eher nicht zu	2	4,1	4,2	100,0
	Gesamt	48	98,0	100,0	
Fehlend	-9	1	2,0		
Gesamt		49	100,0		

Die Frage von Tabelle 28, ob in der Praxis sowohl im dritten Lernbereich die Theorie und Praxis verknüpft werden kann, wurde von 50 % der Befragten im Bereich der Praxis mit "stimme völlig zu" beantwortet (n=50). Im dritten Lernbereich waren es 75,5 % der Befragten (n=49), siehe Tabelle 29.

Tabelle 28: Frage "Praxis": Durch praktische Pfl egetätigkeiten konnte Wissen aus der Theorie mit der Praxis verknüpft werden

Durch praktische Pfl egetätigkeiten konnte Wissen aus der Theorie mit der Praxis verknüpft werden.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ich stimme völlig zu	25	50,0	50,0	50,0
	Ich stimme eher zu	16	32,0	32,0	82,0
	Ich stimme eher nicht zu	6	12,0	12,0	94,0
	Ich stimme gar nicht zu	2	4,0	4,0	98,0
	kann ich nicht beurteilen	1	2,0	2,0	100,0
	Gesamt	50	100,0	100,0	

Tabelle 29: Frage "dritter Lernbereich": Durch praktische Pfl egetätigkeiten konnte Wissen aus der Theorie mit der Praxis verknüpft werden

Durch praktische Pfl egetätigkeit konnte Wissen aus der Theorie mit der Praxis verknüpft werden.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ich stimme völlig zu	37	75,5	77,1	77,1
	Ich stimme eher zu	11	22,4	22,9	100,0
	Gesamt	48	98,0	100,0	
Fehlend	-9	1	2,0		
Gesamt		49	100,0		

Die in Tabelle 30 und Tabelle 31 dargestellten Handlungskompetenzen wurden von 58 % der Befragten aus der Praxis (n=50) als erweitert und gefestigt beschrieben. Im dritten Lernbereich stimmten 79,6 % der Auszubildenden (n=49) dieser Aussage zu.

Tabelle 30: Frage "Praxis": Meine Handlungskompetenzen haben sich erweitert und gefestigt

Meine Handlungskompetenzen haben sich erweitert und gefestigt.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ich stimme völlig zu	29	58,0	58,0	58,0
	Ich stimme eher zu	15	30,0	30,0	88,0
	Ich stimme eher nicht zu	3	6,0	6,0	94,0
	Ich stimme gar nicht zu	3	6,0	6,0	100,0
	Gesamt	50	100,0	100,0	

Tabelle 31:Frage"dritter Lernbereich": Meine Handlungskompetenzen haben sich erweitert und gefestigt

Meine Handlungskompetenzen haben sich erweitert und gefestigt.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ich stimme völlig zu	39	79,6	81,3	81,3
	Ich stimme eher zu	8	16,3	16,7	97,9
	Ich stimme eher nicht zu	1	2,0	2,1	100,0
	Gesamt	48	98,0	100,0	
Fehlend	-9	1	2,0		
Gesamt		49	100,0		

Die Frage, inwiefern sich die Auszubildenden in neuen Pflgetätigkeiten auf sich selbst gestellt fühlen, wurde in den Tabellen 32 und 33 abgebildet. Im Bereich der Praxis stimmen 16 % von n=50 der Aussage gar nicht zu, im Bereich des dritten Lernbereiches gibt es nur eine geringe Differenz. Hier geben die Auszubildenden zu 18 % von n=49 an, der Aussage nicht zuzustimmen.

Tabelle 32: Frage "Praxis": Ich habe mich bei neuen Pflgetätigkeiten eher auf mich selbst gestellt geföhlt.

Ich habe mich bei neuen Pflgetätigkeiten eher auf mich selbst gestellt geföhlt

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ich stimme völlig zu	19	38,0	38,0	38,0
	Ich stimme eher zu	13	26,0	26,0	64,0
	Ich stimme eher nicht zu	8	16,0	16,0	80,0
	Ich stimme gar nicht zu	8	16,0	16,0	96,0
	kann ich nicht beurteilen	2	4,0	4,0	100,0
	Gesamt	50	100,0	100,0	

Tabelle 33: Frage "dritter Lernbereich": Ich habe mich bei neuen Pflgeetatigkeiten eher auf mich selbst gestellt gefühlt.

Ich habe mich bei neuen Pflgeetatigkeiten eher auf mich selbst gestellt gefühlt

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ich stimme völlig zu	24	49,0	50,0	50,0
	Ich stimme eher zu	9	18,4	18,8	68,8
	Ich stimme eher nicht zu	6	12,2	12,5	81,3
	Ich stimme gar nicht zu	9	18,4	18,8	100,0
	Gesamt	48	98,0	100,0	
Fehlend	-9	1	2,0		
Gesamt		49	100,0		

Die Zusammenfassung wurde einer einfaktorielle Varianzanalyse unterzogen, um zu prüfen, ob auch hinsichtlich der Unterstützung, Verknüpfung des Wissens mit der Theorie und der Praxis, Erweiterung der Handlungskompetenzen im praktischen Einsatz sowie im dritten Lernbereich eine Signifikanz besteht. Der P-Wert von $<0,001>$ weist auf eine signifikante Korrelation zwischen der Praxis und dem dritten Lernbereich hin. Der Mittelwert in der Praxis beträgt 1,8850 bei einer Standardabweichung von 0,69475, während im dritten Lernbereich ein Mittelwert von 1,14323 bei einer Standardabweichung von 0,47192 zu verzeichnen ist.

6. Diskussion

Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung wurde der Frage nachgegangen, welche Bedeutung die Simulation für den Erwerb praktischer Handlungskompetenzen im dritten Lernbereich besitzt. Im Rahmen der Studie sollte eruiert werden, ob sich der Erwerb praktischer Fähigkeiten und Fertigkeiten in der Praxis vom Erwerb praktischer Fähigkeiten und Fertigkeiten im dritten Lernbereich unterscheidet.

Die Ergebnisse der Untersuchung bestätigen die aufgestellte Hypothese, dass der LTT einen Einfluss auf den Erwerb praktischer Kompetenzen in der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung nimmt.

Die Errichtung eines dritten Lernbereiches ermöglicht ein gezieltes Training von Fertigkeiten und Fähigkeiten im Rahmen der Pflegeausbildung. Diesbezüglich sind die erforderlichen Rahmenbedingungen zu evaluieren, wobei insbesondere die Organisationsentwicklung, die Überprüfung der Infrastruktur sowie die personellen und finanziellen Ressourcen zu berücksichtigen sind (Ludwig & Umbescheidt, 2014).

Des Weiteren ist die Auswahl didaktischer Methoden für den dritten Lernbereich erforderlich. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurde in erster Linie das Fähigkeit- und Fertigkeitstraining mit dem integrativen CAS-Modell gewählt, gefolgt von einem Simulationstraining.

Die an der Studie teilnehmenden Auszubildenden (n=50) befanden sich zum Zeitpunkt des LTT in einem Praktikum und wurden in den dritten Lernbereich außerhalb der Patientinnen- und Patientenversorgung zu einem patientinnen- und patientenfernen Training gebeten. Im Rahmen der Studie absolvierten die Auszubildenden zunächst ein Training, welches auf die Förderung von Fähigkeiten und Fertigkeiten abzielte und auf dem integrativen CAS-Modell basierte. Das Training wurde im LTT durchgeführt. Im Anschluss wurde ein Simulationstraining absolviert. Vor Beginn des Trainings war es erforderlich, die beiden didaktischen Methoden vorzustellen und eine sichere Lernumgebung zu etablieren.

Um die Ergebnisse zu optimieren, wäre es empfehlenswert, vor Beginn des LTT im dritten Lernbereich eine Einschulung für die Auszubildenden durchzuführen. Eine Integration der Inhalte des CAS-Modells sowie der Themengebiete Feedback, Reflexion und Fehlerkultur in den Unterricht wäre empfehlenswert. Eine Einbindung in die Unterrichtsfächern „Kommunikation“ sowie den „Pflegeprozess“ wäre eine

mögliche Option. In einem Vortrag berichtet Schlömmer (2024), dass die Auszubildenden der Landesholding Oberösterreich einen Probe- LTT im Unterricht integrieren haben, bevor sie selbst an einem LTT teilnehmen.

In ihren Ausführungen beschreibt Schlömmer (2024) den LTT als aktiven Wissensaustausch, transferfördernde Methode, selbstorganisiertes Lernen, Auseinandersetzung mit der eigenen Haltung, reflektiertes Handeln sowie systematisches Einüben von Handlungsalternativen.

Der Fragebogen umfasste mehrere Bereiche, welche die folgenden Aspekte beinhalteten: Rahmenbedingungen, Zielformulierung, Vorbereitung, theoretisches Wissen, Durchführung, Nachbereitung und Resümee. Die Beurteilung erfolgte durch die Auszubildenden. Im Rahmen dieser Arbeit wurden die Zielformulierung, die Nachbereitung sowie das Resümee als Grundlage für die Untersuchung der aufgestellten Hypothese herangezogen.

Im Rahmen der Lehrmethoden zur Simulation des dritten Lernbereichs ist gemäß Standard des INCASL (2021) die Entwicklung messbarer Ziele erforderlich, welche auf den Grundkenntnissen aufbauen. In diesem Zusammenhang wurden sowohl für die Praxis als auch für den dritten Lernbereich Fragen integriert, um zu erforschen, in welchen Bereichen die Lernziele erarbeitet werden und ob diese mit den Ausbildungszielen übereinstimmen.

Die durchgeführte ANOVA ergab hinsichtlich der Zielformulierung keinen signifikanten Unterschied (Tabelle 34) zwischen Praxis und dem dritten Lernbereich ($p = 0,007$). In der Praxis wurde ein Mittelwert von 1,9300 bei einer Standardabweichung von 0,58135 ermittelt, während im dritten Lernbereich ein Mittelwert von 1,5677 bei einer Standardabweichung von 0,70662 zu verzeichnen ist.

Tabelle 34: ANOVA- Ziele

Tests der Zwischensubjekteffekte

Abhängige Variable: M_Ziele

Quelle	Typ III Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.	Partielles Eta- Quadrat
Korrigiertes Modell	3,214 ^a	1	3,214	7,709	,007	,074
Konstanter Term	299,607	1	299,607	718,554	<,001	,882
Fragebogen1	3,214	1	3,214	7,709	,007	,074
Fehler	40,028	96	,417			
Gesamt	344,243	98				
Korrigierte Gesamtvariation	43,242	97				

a. R-Quadrat = ,074 (korrigiertes R-Quadrat = ,065)

Tabelle 35: Mittelwert Ziele

Deskriptive Statistiken

Abhängige Variable: M_Ziele

Fragebogen1	Mittelwert	Standardabweichung	N
Praxis	1,9300	,58135	50
Lernbereich	1,5677	,70662	48
Gesamt	1,7526	,66768	98

Unter Berücksichtigung des Mittelwerts lässt sich eine Tendenz zugunsten des dritten Lernbereichs feststellen. Bei der Einzelanalyse der Fragestellungen wurde ersichtlich, dass insbesondere im Hinblick auf die Zielformulierung eine hohe Übereinstimmung mit dem Praxiskatalog besteht. Zudem wurde der Aspekt bewertet, ob die Lernziele mit der jeweiligen Trainerin beziehungsweise dem jeweiligen Trainer besprochen wurden. Im dritten Lernbereich wurden diese beiden Aspekte von den Auszubildenden mit einer Zustimmungsrate von jeweils 71,4 % als zutreffend bewertet. In der Praxis, durch die zuständige Fachkraft, wurde bei der Zielformulierung lediglich eine Deckung mit dem Praxiskatalog von 48 % erreicht. Zudem wurde bei der Frage, ob die Lernziele mit der Praxisanleiterin bzw. dem Praxisanleiter formuliert wurden, lediglich eine Zustimmung von 54 % verzeichnet.

Dies lässt den Schluss zu, dass in der Praxis weniger Bezug auf die Ausbildungsziele genommen wird, gleichwohl aber der Versuch unternommen wird, Lernziele für den praktischen Einsatz gemeinsam mit den Auszubildenden zu formulieren und zu erörtern.

Die hohe Prozentzahl im dritten Lernbereich demonstriert, dass durch die präzise Konzeption von Pflegesituationen für das patientinnen- und patientenfern durchgeführte Training Zielvorgaben definiert und den Auszubildenden kommuniziert werden.

Eine zukünftig zu intensivierende Zusammenarbeit mit der Praxis und den dritten Lernbereich involvierten Personen erscheint erforderlich, um die Zielformulierungen auf die Ausbildungsziele zu fokussieren. In diesem Kontext betont Landwehr (2022) die Notwendigkeit eines engen Austauschs zwischen den beiden Lernorten, um eine gemeinsame Zielverfolgung von Theorie und Praxis zu gewährleisten.

Im Rahmen der Untersuchung wurde zudem evaluiert, inwiefern die Praxis sowie im dritten Lernbereich nach der Durchführung von Pflegetätigkeiten mit den Auszubildenden eine Evaluierung und Reflexion der Pflegesituation vorgenommen wird und ob gegebenenfalls die Ergebnisse dieser Evaluierung und Reflexion beim erneuten Üben der Pflegetätigkeit Berücksichtigung finden.

Bei der Untersuchung der Nachbereitung konnte ein signifikanter Unterschied zwischen der Praxis und dem dritten Lernbereich festgestellt werden. Der P-Wert von $< 0,001$ weist auf eine signifikante Korrelation zwischen der Praxis und dem dritten Lernbereich hin. Die Vermutung, dass die Reflexion des pflegerischen Handelns im Praktikum zu kurz kommt, wird somit bestätigt.

Die Unterrichtsmethode im dritten Lernbereich demonstriert, dass die Auszubildenden sowohl von der Fremd- als auch von der Selbstreflexion profitieren. Sie erachten es als essenziell, dass die im Debriefing diskutierten Inhalte auf neue Pflegesituationen übertragen und gegebenenfalls erneut besprochen werden. Die Auszubildenden profitieren durch die eigene Reflexion, welche im integrierten CAS-Modell initiiert wird. Das Debriefing stellt einen wesentlichen Bestandteil der Simulation dar. Die Möglichkeit zur Reflexion und Diskussion von Beobachtungen und Handlungen erlaubt die Gewinnung neuer Erkenntnisse für die Praxis.

Im Rahmen der Befragung wurde ein besonderes Augenmerk auf die Beurteilung des Wissenserwerbs in der Praxis sowie im dritten Lernbereich gelegt. Dabei stand die Frage im Mittelpunkt, ob sich Unterschiede in der Bewertung zwischen den beiden Lernorten feststellen lassen.

Zusammenfassend stellten die Auszubildenden am Ende der Befragung für den dritten Lernbereich fest, dass sie im Rahmen des Unterrichts ausreichend unterstützt wurden und in der Lage waren, Theorie und Wissen zu verknüpfen. Ihre Handlungskompetenzen haben sich erweitert. Auch der Vergleich der Ergebnisse mit der Praxis zeigte eine deutliche Signifikanz ($p < 0,001$). Um die Aussage der Auszubildenden zu untermauern und die Signifikanz zu prüfen, wäre ein Vergleich mit den Testergebnissen der Vorjahre und nach einem Jahr der Umsetzung des dritten Lernbereichs notwendig. Dazu könnte eine OSCE-Prüfung durchgeführt werden. Im Rahmen dieser Studie war dies aufgrund der Kürze der Zeit leider nicht möglich.

7. Schlussfolgerung

In der vorliegenden Studie wurde der dritte Lernbereich, insbesondere der Einsatz von Simulation in der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung, im Hinblick auf den Lernerfolg untersucht.

Die Simulation ist eine gute Lern- und Lehrmethode für die Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung. Der dritte Lernbereich verbindet Theorie und Praxis. Die Ergebnisse zeigen, dass der Lernerfolg durch die verschiedenen didaktischen Möglichkeiten im dritten Lernbereich, insbesondere durch die Simulation, höher ist als durch die herkömmliche Anleitung durch Fachkräfte und Lehrkräfte im stationären Setting. Der dritte Lernbereich bietet den Auszubildenden eine sichere Umgebung, in der praktische Fähigkeiten und Fertigkeiten geübt werden können, ohne Patientinnen und Patienten zu gefährden.

Die Simulation stellt einen wesentlichen Bestandteil der Pflegeausbildung im dritten Lernbereich dar, der in die Lehrpläne zu integrieren ist. Die bestehenden Standards des INACSL (2021) eignen sich in adäquater Weise für die Umsetzung in der Gesundheits- und Krankenpflege. Um den dritten Lernbereich adäquat zu integrieren, ist es unerlässlich, die Inhalte der Ausbildungscurricula sowie das vorgegebene Kompetenzprofil der jeweiligen Berufsgruppen zu berücksichtigen. Der dritte Lernbereich muss als integraler Bestandteil der Ausbildung etabliert werden. Daher ist es erforderlich, die Lehrkräfte der Ausbildungsstätte sowie die Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter in den Entwicklungsprozess miteinzubeziehen. Des Weiteren wird empfohlen, im dritten Lernbereich einen didaktischen Methodenmix aus dem LTT-Haus anzuwenden. Die Integration des CAS-Modells erwies sich als vorteilhaft. Die Durchführung eines vorgeschalteten Fähigkeits- und Fertigkeitstrainings ermöglicht die Schaffung einer psychologischen Sicherheit für das nachfolgende Simulationstraining. Die Simulation kann folglich für die Auszubildenden mit einem Erfolgserlebnis verbunden sein.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass ein dritter Lernbereich in die Pflegeausbildung integriert werden muss, um die Auszubildenden gut auf die komplexen und sich schnell verändernden Handlungsabläufe in der Praxis vorzubereiten.

8. Literaturverzeichnis

Benner, P., 2017. *Stufen der Pflegekompetenz. From Novice to Expert. Deutschsprachige Ausgabe herausgegeben und bearbeitet von Dr. Diana Staudacher.* 3. unveränderte Auflage Hrsg. Bern: Hogrefe Verlag.

Bensmann, K. & Schwermann, M., 2022. *Leitlinie Simulations als Lehr- Lernmethode. Vollständige Überarbeitung der SimNAT Pflege e.V. Leitlinie 2020,* Fulda: SimNAT Pflege e.V..

BMSGPK, 2023. *Gesundheitsberufe in Österreich 2023,* Wien: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz.

Dieckmann, P., 2018. Gute Nachrede- Debriefing. In: M. St.Piere & G. Breuer, Hrsg. *Simulation in der Medizin. Grundlegende Konzepte- Klinische Anwendung..* Berlin: Springer Verlag, pp. 190-210.

Eyikara, E. & Göcem Baykara, Z., 2018. Effect of simulation on the ability of first year nursing students to learn vital signs. *Nursing Education Today,* pp. 101-106.

FH, J., 2024. *FH Joanneum.* [Online] Available at: <https://www.fh-joanneum.at/gesundheits-und-krankenpflege/bachelor/im-studium/das-studium/> [Zugriff am 28 April 2024].

Gasser, L. & Hausreither, M., 2017. *Ausbildung in den Pflegeassistentenberufen. Pflegeassistent und Pflegefachassistent. Ausbildungspflichtgesetz.* Wien: Verlag Österreich GmbH.

Herold- Majumdar, A., 2023. Simulationslernen in der fach-praktischen Pflegeausbildung. In: A. Herold- Majumdar, Hrsg. *Klinisches Simulationslernen.* Bern: Hogrefe Verlag, pp. 13-26.

INACSL, 2021. INACSL Standards of Best Practice: SimulationSM Simulation Design. *Clinical Simulation of Nursing,* 58, pp. 14-21.

Jesussek, M. & Volk- Jessusek, H., 2024. *Statistik leicht gemacht. Eine verständliche Einführung. 4. Auflage,* Graz: DATAtab e.U..

Kersting, K., 2017. Ein unauflösbarer Widerspruch. Das Dilemma der Pflegeausbildung. *Dr.med Mabuse,* 228(Juli/August), pp. 24-26.

Kirsten, A. & Kagermann, D., 2018. Simulation in der Berufsbildung der Pflege. In: M. St.Piere & G. Breuer, Hrsg. *Simulation in der Medizin Grundlegende Konzepte-Klinische Anwendung. 2. Auflage*. Berlin: Springer Verlag GmbH, pp. 447-464.

Kozisnik, P., Rappold, E. & Pilwarsch, J., 2023. *Evaluierung der GuKG- Novelle 2016*, Wien: Gesundheit Österreich.

Krausler, K. & Schlömmer, D., 2018. *Positionspapier Lernen, Training und Transfer. Vermittlung von Kompetenzen in der Pflegeausbildung*. Wien: Bundesarbeitsgemeinschaft Pflegepädagogik im ÖGKV Arbeitsgruppe LTT Austria.

Küng, R., Staudacher, D. & Panfill, E.-M., 2018. Ein zentrales pädagogisches Modell für die Pflegeausbildung: Cognitive Apprenticeship". Das Potential des CAS- Modells im Kontext für guten "guten Unterricht". *PADUA*, 13(2), pp. 115-123.

Landwehr, N., 2002. Der dritte Lernort. In: W. Goetze, et al. Hrsg. *Der dritte Lernort. Bildung für die Praxis, Praxis für die Bildung*. Bern: hep Verlag, AG, pp. 37-71.

Ludwig, I. & Umbescheidt, R., 2014. Dritte Lernortdidaktik in Pflege und Sozialpädagogik- Erfahrungen aus Deutschland, Österreich und Schweiz. *PFlegepädagogik der Gesundheitsberufe*, Issue 1-2014, pp. 32-36.

Meier, T., Jöhr, M. & Kammermann, M., 2022. *Ausbilden und LErnen am dritten Lernort. Situationsorientierte Didaktik für Auszubildende..* Bern: hep Verlag, AG.

Meyer- Hänel, P. & Umbescheidt, R., 2006. Der Lernbereich Training & Transfer. *Pflegepädagogik*, 05, pp. 276-286.

Pfabigan, D. & Rottenhofer, I., 2017. *Inhalte der Ausbildung für Pflegeassistentenberufe. 3. Version.*, Wien: Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen. Gesundheit Österreich GmbH,.

Pfabigan, D., Rottenhofer, I., Bajer, M. & Mader, F., 2020. *Curricula für die Ausbildungen Pflegeassistent und Pflegefachassistent. In Erprobungsphase.* , Wien: Gesundheit Österreich.

Renold, U., 2002. Der dritte Lernort im Spiegel des Berufsbildungsgesetzes- unter institutionellen, ökonomischen Aspekten und Gesichtspunkten der Kooperation Wirtschaft und Staat. In: h. Verlag, Hrsg. *Der dritte Lernort*. Bern: oetze, Walter; Gonon,

Walter; Gresele, Anita; Kübler, Silivia; Landolt, Hermann; Landwehr, Norbert; Marty, Res; Resold, Ursula; Egger, Peter, pp. 73-86.

Resetarits, P., 2014. *Praktische Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege; Anfrage des NÖ Gesundheits- und Sozialfonds*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.

Schewior-Popp, S., 2014. *Lernsituationen planen und gestalten. Handlungsorientierter Unterricht im Lernfeldkontext*. 2.Auflage Hrsg. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.

Schlegel, C., Schaer, U.- B. & Droz, M., 2020. *High-Fidelity-Simulation in der Pflegeausbildung*. Bern: hep- Verlag.

Schlegel, C. & Sroka, C., 2023. Objective Structured Clinical Examination (OSCE). In: C. Schlegel, Hrsg. *OSCE- Kompetenzorientiert Prüfen in der Pflegeausbildung* . DE: Springer Verlag GmbH, pp. 2-9.

Schlömmer, D., 2024. *Vortrag: Die dritte Lernortdidaktik in der Pflegeausbildung*. Kalsdorf: Lernen Training Transfer Austria.

Schmal, J., 2024. Probleme konstruieren und lösen lassen. Die Methode der PRoblembasierten Praxisanleitung.. *PADUA*, 9 (3), pp. 159-162.

Weber, A., 2007. *Problem- Based Learning. Ein Handbuch für die Ausbildung auf der Sekundarstufe II und der Teritärstufe*. 2.Auflage Hrsg. Bern: hep- Verlag.

9. Anhang

Sehr geehrte Teilnehmer*innen!

Mit dem Ausfüllen dieses Fragebogens unterstützen Sie uns bei der qualitätsorientierten Weiterentwicklung der praktischen Ausbildung.

Das Ausfüllen des Fragebogens dauert ca. 5-8 Minuten. Ihre Angaben werden selbstverständlich anonym und vertraulich behandelt. Wenn Sie Interesse haben, können Sie selbstverständlich das Endergebnis dieser Befragung erfahren. Die Ergebnisse werden in eine Masterarbeit zum Thema Dritter Lernort einfließen.

Vielen Dank im Voraus für Ihre Mitarbeit!

Manuela Hammer, MSc

Demographische Daten:

Ausbildung: PA PFA DGKP §44

Geschlecht weiblich männlich divers

Alter: 17-19 20 – 29 30 – 39 40 – 49 50 - 59

Bitte entscheiden Sie sich für jeweils **eine** Antwort und berücksichtigen Sie die Hinweise in den Kategorien (weiter zu...)

1. RAHMENBEDINGUNGEN		Ich stimme völlig zu	Ich stimme eher zu	Ich stimme eher nicht zu	Ich stimme gar nicht zu	Kann ich nicht beurteilen
1.1.	Die Rahmenbedingungen des 3. Lernbereiches berücksichtigen die Inhalte der theoretischen Ausbildung					
1.2.	Ich wurde im Vorfeld über das Thema im LTT informiert					
1.3.	Die/der Trainer*in haben mich in den LTT zu Beginn eingeführt.					

2. Ziele im dritten Lernbereich		Ich stimme völlig zu	Ich stimme eher zu	Ich stimme eher nicht zu	Ich stimme gar nicht zu	Kann ich nicht beurteilen
2.1.	Die Ziele für die den dritten Lernbereich wurden decken sich mit den Ausbildungszielen im Praxiskatalog/kompetenzkatalog					
2.2.	Die Lernziele des dritten Lernbereiches wurden mit Trainer*in besprochen					
2.3.	Ich durfte eigene Lernziele dazu formulieren					
2.4.	Die Ziele sind spezifisch für das Thema des dritten Lernbereiches formuliert					

3. VORBEREITUNG	Ich stimme völlig zu	Ich stimme eher zu	Ich stimme eher nicht zu	Ich stimme gar nicht zu	Kann ich nicht beurteilen
3.1. Es wurde ein Vorkenntnistest durchgeführt					
3.2. Bereits erworbene Fähigkeiten sind in der Vorbereitung zur neuen praktischen Pflege Tätigkeit berücksichtigt					
3.3. Persönliche Einstellungen sind in der Vorbereitung zu neuen praktischen Pflege Tätigkeit berücksichtigt					
3.4. Das Verhalten zu neuen praktischen Pflege Tätigkeiten sind in der Vorbereitung berücksichtigt					
3.5. Es fand eine Einführung in die Fallsituation/ statt				Weiter zu 3.7.	
3.6. Die Einführung in Fallsituationen hat die Angst vor Unbekanntem reduziert					
3.7. Die festgelegten Erwartungen zur praktischen Pflege Tätigkeiten orientieren sich an den erarbeiteten Lernzielen					
3.8. Alle Fragen zum Szenario der praktischen Tätigkeit wurden auf verständlichen Niveau beantwortet					
3.9. Ich wurde über den Ablauf des Lernprozesses informiert.					
3.10. Die praktische Pflege Tätigkeit wurden vom Trainer einmalig vorgezeigt.					
3.11. Für die Bearbeitung stehen sämtliche Materialien zur Verfügung (medizinische Güter)					
3.12. Vorbereitungs materialien sind inhaltlich auf die praktischen Pflege Tätigkeiten abgestimmt					
3.13. Vor der praktischen Durchführung praktischer Pflege Tätigkeiten ist theoretisches Wissen dazu erfragt worden					
3.14. Praktische Pflege Tätigkeiten sind erst nach Reflexion des theoretischen Wissens durchgeführt worden					

4. WISSEN	Ich stimme völlig zu	Ich stimme eher zu	Ich stimme eher nicht zu.	Ich stimme gar nicht zu	Kann ich nicht beurteilen
4.1. Bestehendes theoretisches Wissen wurde in das Training miteinbezogen					
4.2. Es wurde theoretisches Wissen mit dem Erfahrungswissen aus der Praxis verknüpft					

5. PRAKTISCHE DURCHFÜHRUNG DER PFLEGETÄTIGKEIT	Ich stimme völlig zu	Ich stimme eher zu	Ich stimme eher nicht zu	Ich stimme gar nicht zu	Kann ich nicht beurteilen
5.1. Praktische Tätigkeit fanden ohne Hintergrundinformation statt					
5.2. Praktische Tätigkeit konnten beobachtet werden					
5.3. Praktische Tätigkeit konnte selbst durchgeführt werden					
5.4. Ich konnte einer Kollege*in über die durchgeführte Pflgetätigkeit eine Rückmeldung geben.					
5.5. Unmittelbar vor der praktischen Pflgetätigkeit wurde das Szenario besprochen					
5.6. Während des Szenarios der praktischen Tätigkeiten waren klaren Regeln einer Reihenfolge definiert					
5.7. Während des Szenarios der praktischen Tätigkeiten waren klare Prioritäten festgelegt worden					
5.8. Praktische Tätigkeiten wurde gezielt angeleitet					

6. Nachbearbeitung	Ich stimme völlig zu	Ich stimme eher zu	Ich stimme eher nicht zu	Ich stimme gar nicht zu	Kann ich nicht beurteilen
6.1. Zur praktischen Pflgetätigkeit fand eine Selbsteinschätzung statt					
6.2. Von einer Beobachter*in fand keine Einschätzung statt					
6.3. Die praktische Pflgetätigkeit wurde durch die Trainer*in fremdeingeschätzt					
6.4. Praktische Pflgetätigkeit wurden inhaltlich mit dem/der Trainer*in reflektiert					
6.5. Auf Leistungslücken wurde wertschätzend und verständlich hingewiesen					
6.6. Im Rahmen der Nachbearbeitung wurden Vorschläge und Strategien zur Verbesserung der Pflgetätigkeit erarbeitet.					
6.7. Die Vorschläge und Strategien wurden in wiederholten Pflgetätigkeiten gemeinsam umgesetzt					
6.8. Die Anforderungen der Pflgetätigkeiten entsprechen dem Ausbildungsniveau					

7. Zusammenfassung	Ich stimme völlig zu	Ich stimme eher zu	Ich stimme eher nicht zu	Ich stimme gar nicht zu	Kann ich nicht beurteilen
7.1. Ich habe mich bei Pflgetätigkeit durch den Trainer*in ausreichend unterstützt gefühlt					
7.2. Durch praktische Pflgetätigkeit konnte Wissen aus der Theorie mit der Praxis verknüpft werden.					
7.3. Meine Handlungskompetenzen haben sich erweitert und gefestigt.					
7.4. Ich habe mich bei neuen Pflgetätigkeiten eher auf mich selbst gestellt gefühlt					

Vielen Dank für Ihre Teilnahme

Sehr geehrte Teilnehmer*innen!

Mit dem Ausfüllen dieses Fragebogens unterstützen Sie uns bei der qualitätsorientierten Weiterentwicklung der praktischen Ausbildung.

Das Ausfüllen des Fragebogens dauert ca. 5-8 Minuten. Ihre Angaben werden selbstverständlich anonym und vertraulich behandelt. Wenn Sie Interesse haben, können Sie selbstverständlich das Endergebnis dieser Befragung erfahren. Die Ergebnisse werden in eine Masterarbeit zum Thema Dritter Lernort einfließen.

Vielen Dank im Voraus für Ihre Mitarbeit!

Manuela Hammer, MSc

Demographische Daten:

Ausbildung: PA PFA DGKP §44

Geschlecht weiblich männlich divers

Alter: 17-19 20 – 29 30 – 39 40 – 49 50 - 59

Bitte entscheiden Sie sich für jeweils **eine** Antwort und berücksichtigen Sie die Hinweise in den Kategorien (weiter zu...)

1. RAHMENBEDINGUNGEN		Ich stimme völlig zu	Ich stimme eher zu	Ich stimme eher nicht zu	Ich stimme gar nicht zu	Kann ich nicht beurteilen
1.1.	Die Rahmenbedingungen in der Praxis berücksichtigen die Anleitung praktischer Pflegetätigkeiten durch eine Praxisanleitung (PAL)/ DGKP/Mentor				Weiter zu 2	
1.2.	Diese Rahmenbedingungen berücksichtigen eine Verfügbarkeit der PAL/ DGKP/Mentor in der Dienstzeit von mehr als >75%.				Weiter zu 2	
1.3.	(PAL)/ DGKP/Mentor führen in den Stationsalltag ein					

2. Praktikumsziele		Ich stimme völlig zu	Ich stimme eher zu	Ich stimme eher nicht zu	Ich stimme gar nicht zu	Kann ich nicht beurteilen
2.1.	Die Ziele für die praktische Ausbildung wurden mit dem Praxiskatalog/Kompetenzkatalog formuliert					
2.2.	Praktische Ausbildungsziele wurden mit der PAL/DGKP/Mentor formuliert.					
2.3.	Ich musste praktische Ausbildungsziele alleine formulieren					
2.4.	Die erarbeiteten Ziele sind spezifisch formuliert					

3. VORBEREITUNG	Ich stimme völlig zu	Ich stimme eher zu	Ich stimme eher nicht zu	Ich stimme gar nicht zu	Kann ich nicht beurteilen
3.1. Die Anforderungen zur Vorbereitung entsprechen dem Ausbildungsniveau					
3.2. Bereits erworbene Fähigkeiten sind in der Vorbereitung zu neuen praktischen Pflege Tätigkeiten berücksichtigt					
3.3. Persönliche Einstellungen sind in der Vorbereitung zu neuen praktischen Pflege Tätigkeiten berücksichtigt					
3.4. Das Verhalten zu neuen praktischen Pflege Tätigkeiten sind in der Vorbereitung berücksichtigt					
3.5. Es fand eine Einführung in die Fallsituation/ statt				Weiter zu 3.7.	
3.6. Die Einführung in Fallsituationen hat die Angst vor Unbekanntem reduziert					
3.7. Die festgelegten Erwartungen zur praktischen Pflege Tätigkeiten orientieren sich an den erarbeiteten Lernzielen					
3.8. Alle Fragen zum Szenario der praktischen Tätigkeit wurden auf verständlichen Niveau beantwortet					
3.9. Praktische Pflege Tätigkeiten wurden inhaltlich mit PAL/DGKP/Mentor erarbeitet				Weiter zu 4	
3.10. Es gibt spezifische Vorbereitungs materialien für das Szenario					
3.11. Es gibt eine spezifische Vorbereitung für die Fallsituation					
3.12. Für die Bearbeitung stehen sämtliche Materialien zur Verfügung (medizinische Güter)					
3.13. Vorbereitungs materialien sind inhaltlich auf die praktischen Pflege Tätigkeiten abgestimmt					

3.14.	Vor der praktischen Durchführung praktischer Pflegeleistungen ist theoretisches Wissen dazu erfragt worden					
3.15.	Praktische Pflegeleistungen sind erst nach Reflexion des theoretischen Wissens durchgeführt worden					

4. WISSEN		Ich stimme völlig zu	Ich stimme eher zu	Ich stimme eher nicht zu.	Ich stimme gar nicht zu	Kann ich nicht beurteilen
4.1.	Bestehendes theoretisches Wissen ist für praktische Pflegeleistungen in der Praxis wichtig					
4.2.	Erfahrungswissen ist für die Durchführung praktischer Pflegeleistungen ausreichend					

5. PRAKTISCHE DURCHFÜHRUNG VON PFLEGETÄTIGKEITEN		Ich stimme völlig zu	Ich stimme eher zu	Ich stimme eher nicht zu	Ich stimme gar nicht zu	Kann ich nicht beurteilen
5.1.	Praktische Tätigkeiten fanden ohne Hintergrundinformation statt					
5.2.	Praktische Tätigkeiten konnten überwiegend beobachtet werden					
5.3.	Praktische Tätigkeiten wurden delegiert ohne angeleitet worden zu sein				Weiter zu 6	
5.4.	Praktische Pflegeleistungen wurden erstmalig gemeinsam mit PAL/DGKP/Mentor durchgeführt					
5.5.	Unmittelbar vor der praktischen Pflegeleistung wurde das Szenario detailliert besprochen					

5.6.	Während des Szenarios der praktischen Tätigkeiten waren klaren Regeln einer Reihenfolge definiert					
5.7.	Während des Szenarios der praktischen Tätigkeiten waren klare Prioritäten festgelegt worden					
5.8.	Praktische Tätigkeiten wurden gezielt angeleitet					

6. Nachbearbeitung		Ich stimme völlig zu	Ich stimme eher zu	Ich stimme eher nicht zu	Ich stimme gar nicht zu	Kann ich nicht beurteilen
6.1.	Zu praktischen Pflgetätigkeiten fand eine Selbsteinschätzung statt					
6.2.	Von einer PAL/DGKP/Mentor fand keine Einschätzung statt	Weiter zu 7				
6.3.	Die praktischen Pflgetätigkeiten wurden von PAL/DGKP/Mentor fremdeingeschätzt					
6.4.	Praktische Pflgetätigkeiten wurden inhaltlich mit PAL/DGKP/Mentor reflektiert					
6.5.	Auf Leistungslücken wurde wertschätzend und verständlich hingewiesen					
6.6.	Im Rahmen der Nachbearbeitung wurden Vorschläge und Strategien zur Verbesserung der Pflgetätigkeit erarbeitet.					
6.7.	Die Vorschläge und Strategien wurden in wiederholten Pflgetätigkeiten gemeinsam umgesetzt					
6.8.	Die Anforderungen der Pflgetätigkeiten entsprechen dem Ausbildungsniveau					

7. Zusammenfassung	Ich stimme völlig zu	Ich stimme eher zu	Ich stimme eher nicht zu	Ich stimme gar nicht zu	Kann ich nicht beurteilen
7.1. Ich habe mich bei neuen Pflgetätigkeiten ausreichend unterstützt gefühlt					
7.2. Durch praktische Pflgetätigkeiten konnte Wissen aus der Theorie mit der Praxis verknüpft werden.					
7.3. Meine Handlungskompetenzen haben sich erweitert und gefestigt.					
7.4. Ich habe mich bei neuen Pflgetätigkeiten eher auf mich selbst gestellt gefühlt					

Vielen Dank für Ihre Teilnahme