

Masterarbeit

**Die Akademisierung der Pflegeausbildung und deren
Folgen bezüglich der Ausbildung von Lehrerinnen und
Lehrer für Gesundheits- und Krankenpflege**

**Entwicklung eines einheitlichen Curriculums für Pflegepädagogik auf
tertiärem Niveau**

eingereicht von

Juliane Leopoldine Sack, BSc

zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Science

(MSc)

Medizinische Universität Graz

ausgeführt am

Institut für Pflegewissenschaft

unter der Anleitung von

Mag.^a phil. Dr.ⁱⁿ phil. Susanna Schaffer und

Univ. Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Christa Lohrmann

Graz, 31.12.2015

Eidesstattliche Erklärung

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

Graz, 31.12.2015

Juliane Leopoldine Sack, BSc eh

Inhaltsverzeichnis

INHALTSVERZEICHNIS.....	II
I. ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	V
II. GLOSSAR	VI
III. ABBILDUNGSVERZEICHNIS	VI
IV. TABELLENVERZEICHNIS.....	VII
V. ZUSAMMENFASSUNG.....	VIII
VI. ABSTRACT	IX
1. EINLEITUNG	2
1.1 RELEVANZ DES THEMAS	2
1.2 ZIELSETZUNG DER ARBEIT	4
2. METHODIK.....	5
2.1 LITERATURRECHERCHE	5
2.2 RELEVANZPRÜFUNG.....	8
3. DER AKADEMISIERUNGSPROZESS DER PFLEGEAUSBILDUNG	9
3.1 BEGRIFFSERKLÄRUNGEN	9
3.1.1 <i>Akademisierung</i>	9
3.1.2 <i>Profession und Professionalisierung</i>	10
3.1.3 <i>Definition Curriculum</i>	10
3.2 STAND DER AKADEMISIERTEN PFLEGEAUSBILDUNG IN ÖSTERREICH	11
3.2.1 <i>Ausbildungsmodell Bundesländer</i>	11
3.2.2 <i>Ausbildungsmodell ÖGKV</i>	12
3.2.3 <i>Ausbildungsmodell GÖG</i>	14
3.3 DER BOLOGNA PROZESS.....	15
3.3.1 <i>ECTS-Credits</i>	18
3.3.2 <i>Die Pflege und der Bologna-Prozess</i>	19
3.4 STAND DER AKADEMISIERTEN PFLEGEAUSBILDUNG IN EUROPA	20
3.4.1 <i>Akademisierungsentwicklungen der Pflege in Deutschland</i>	21

3.4.2 Akademisierungsentwicklungen der Pflege in Schweden	23
3.5 GRÜNDE, NUTZEN UND MEINUNGEN RUND UM DIE AKADEMISIERUNG DER PFLEGEAUSBILDUNG	25
4. AKADEMISIERUNG DER PFLEGE – FOLGEN BEZÜGLICH DER AUSBILDUNG FÜR LEHRPERSONEN	28
4.1 BEGRIFFSERKLÄRUNG KOMPETENZ	29
4.2 KOMPETENZEN VON PFLEGEPERSONEN	29
4.3 KOMPETENZEN VON PFLEGELEHRPERSONEN	31
4.3.1 Das Kompetenzmodell für Lehrer von Lehmann und Nieke (2009)	32
4.3.2 Kompetenzen von Pflegelehrpersonen in Österreich, Deutschland und Schweden	34
4.4 WEGE DER AUSBILDUNG UND QUALIFIZIERUNG FÜR LEHRERINNEN UND LEHRER DER GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGE	41
4.4.1 Zur Ausbildung von Pflegelehrepersonen in Europa	42
4.4.2 Zusammenfassung zur Ausbildungssituation	48
5. ENTWICKLUNG EINES CURRICULUMS	49
5.1 DER CURRICULARE PROZESS – VOM BEDARF ZUM ZIEL	50
5.1.1 Wissenschaftsprinzip:	52
5.1.2 Situationsprinzip	52
5.1.3 Persönlichkeitsprinzip:	53
5.2 EVALUATION UND ANALYSE EINES CURRICULUMS	53
5.2.1 Gütekriterien	54
5.2.2 Veränderungen der Arbeitsbedingungen und resultierende Folgen für die Entwicklung eines Curriculums	55
6. ENTWURF EINES CURRICULUMS AUF INTERNATIONALER BASIS	56
6.1 DACUM - METHODE NACH NORTON (2000)	57
6.2 VORGEHENSWEISE UND AUSWAHL EUROPÄISCHER CURRICULA	58
6.3 ÜBERLEGUNGEN ZUM ENTWERFEN EINES CURRICULUMS	59
6.3.1 Voraussetzung und Problembeschreibung	60
6.3.2 Modularisierung	61
6.3.3 Didaktische Grundlagen	62
7. CURRICULUM	64

7.1	GRUNDSÄTZLICHES.....	64
7.2	ALLGEMEINE BESTIMMUNGEN	66
7.3	EINTEILUNG UND AUFBAU DES STUDIUMS	67
8.	AUSBLICK/DISKUSSION UND SCHLUSSFOLGERUNG.....	72
8.1	AUSBLICK.....	72
8.2	DISKUSSION UND SCHLUSSFOLGERUNG.....	73
9.	LITERATURVERZEICHNIS.....	77
10.	ANHANG	85

I. Abkürzungsverzeichnis

bspw.	beispielsweise
bzw.	beziehungsweise
D	Deutschland
EBN	Evidence Based Nursing
etc.	et cetera
EU	Europäische Union
FH	Fachhochschule
GB	Großbritannien
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
Ö	Österreich
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
ÖGKV	Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband
S	Schweden
u.a.	unter anderen/anderem
u/o	und/oder
ULG	Universitätslehrgang
USA	United States of America

II. Glossar

Synopse: Eine, meist in Spalten, vergleichende und gegenüberstellende Zusammenschau von Texten (Duden Online 2015).

Caring: „Caring Science“ wird laut Öhlen et al. (2011) den Humanwissenschaften zugeteilt. Sie wird als auf eigene Theorien, Modellen und Konzepten basierende Wissenschaft bezeichnet, deren Ursprung aus der Wissenschaft der menschlichen Werte Bezug nimmt. Im Gegensatz dazu steht die „Nursing Science“ in skandinavischen Pflege-Curricula gegenüber. Sie wird in den Curricula als multidisziplinäre Basis mit einem Sozial- und Verhaltenswissenschaftlichen Schwerpunkt dargestellt. In manchen Beschreibungen wird explizit zwischen der „Caring Science“ und „Nursing Science“ unterscheiden, wobei letztere als angewandte Pflege oder Pflegeprofession gesehen wird (Öhlen et al. 2011).

III. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Flowchart zur Relevanzprüfung	8
Abbildung 2: Ausbildungsmodell der Bundesländer (modifiziert übernommen von AK Steiermark 2014)	12
Abbildung 3: Ausbildungsmodell des ÖGKV (AK Steiermark 2014)	14
Abbildung 4: Ausbildungsmodell des GÖG (AK Steiermark 2014)	15
Abbildung 5: Pädagogische Kompetenz von Lehmann & Nieke 2009 (übernommen von Lehmann & Nieke 2009)	32
Abbildung 6: Phasen des curricularen Prozesses (angelehnt an Siebert 1974 und Knigge-Demal 1988/98 in Bielefeld & Noska 2006)	51

IV. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Suchverlauf PubMed	7
Tabelle 2: Suchverlauf Cinahl.....	7
Tabelle 3: Ausbildung von Pflegelehrerinnen und Pflegelehrern in Europa (modifiziert entnommen und aktualisiert aus Reiber in Bischoff-Wanner & Reiber 2008)	45
Tabelle 4: Gleichgehaltene Universitäts- und Fachhochschulausbildungen für Lehraufgaben aus der Gesundheits- und Krankenpflege-Lehr- und Führungsaufgaben- Verordnung, Anlage 6, modifizierte Darstellung (RIS 2015). 85	
Tabelle 5: Gegenüberstellung der europäischen Ausbildungen (eigene Darstellung)	91

V. Zusammenfassung

Die bereits allgegenwärtigen und häufig beschriebenen Folgen des demografischen Wandels haben auch einen großen Einfluss auf die Ausbildung von Pflegepersonen und Pflegelehrpersonen. Um den zukünftigen Anforderungen adäquat begegnen zu können, sind bestehende Strukturen zu hinterfragen um sie zugunsten der neuen Ansprüche zu ändern und anzupassen. Dazu gehört einerseits die Änderung der Pflegeausbildung mit deren Anhebung auf tertiäres Niveau, und andererseits die Anpassung der Ausbildung für Pflegelehrpersonen als Folge daraus.

Im Fokus dieser Masterarbeit steht die Anpassung der Ausbildung von Pflegelehrpersonen, bezogen auf die Akademisierungsentwicklung. Auf diese Entwicklung reagierten Österreich und Deutschland bereits mit einer Vielzahl an tertiären Weiterbildungsmöglichkeiten für Pflegelehrpersonal in unterschiedlichen Ausführungen, was eine große Uneinheitlichkeit in Kompetenzen und Fähigkeiten der Absolventinnen und Absolventen hervorbrachte.

Ziel dieser Masterarbeit ist es, die Folgen der Akademisierung der Pflege in Österreich und ausgewählten europäischen Ländern zu erläutern, deren Auswirkungen für Lehrerinnen und Lehrer der Gesundheits- und Krankenpflege zu filtern und daraus ein einheitliches Master-Curriculum für Pflegepädagogik, basierend auf europäischen Vorbildern, zu entwerfen. Dazu wurde eine umfassende Literaturrecherche in Fachliteratur, im Internet und in wissenschaftlichen Datenbanken, wie PubMed und Cinahl, durchgeführt. Die Ergebnisse wurden gegenübergestellt und ein Mastercurriculum für Pflegepädagogik erstellt, welches als innovativer Entwurf und Beantwortung der Forschungsfrage „Welche Konsequenzen ergeben sich im Zuge der Akademisierung speziell für Lehrpersonen der Gesundheits- und Krankenpflege und welche Veränderungen sind im Bereich der Ausbildung „Pflegepädagogik“ in der Zukunft zu erwarten?“ gesehen werden soll.

Um die tatsächlichen Auswirkungen der Anpassung eines Curriculums in der Praxis identifizieren zu können, sind viele Jahre der Beobachtung und viele Schritte der Evaluation und Re-Evaluation eines Curriculums notwendig. Deshalb zielen die

Ergebnisse dieser Masterarbeit lediglich auf einen Anpassungsvorschlag ab, welcher aus der aktuellen Literatur zu dieser Thematik generiert wurde.

VI. Abstract

The omnipresent and often discussed consequences of demographic changes have also a major impact on the education of nursing staff and nursing teachers. To be able to react future requirements, existing structures have to be questioned in order to change and adapt them for the new challenges. This includes on one hand the change in nursing education with the improvement to tertiary level, and on the other hand the adaptation of training for nursing teachers.

The focus of this master thesis is to adapt the training of nursing teachers, based on the academisation of the nursing profession. In this development, Austria and Germany have already reacted with a variety of tertiary training opportunities for nursing staff in different versions. The different training opportunities led to a wide divergence in competence and skills of the graduates.

The aim of this master thesis is to explain the consequences of academisation of nursing in Austria and selected European countries, their implications for nursing teachers in order to design a master curriculum for nursing teacher education, based on European models. For this purpose, a literature research was conducted in a wide range of scientific literature, the internet and databases like PubMed and Cinahl. The results were compared and a master curriculum for nursing teacher education has been created. This curriculum should be seen as an innovative proposal and an answer for the research question: 'What are the consequences in the wake of academisation specifically for teachers of nursing, and what changes can be expected in the field of "Nursing Teacher Education" in the future?'

To see the real effects of the adjustment of a curriculum in practice, many years of observation and many steps of evaluation and re-evaluation of the curriculum would be necessary. Therefore, the results of this master thesis are only a proposal for an amendment, which is based on the current literature on this subject.

„Die Signatur der Zeit heißt Wandel“

(Bunk 1994 in Tippelt und Edelmann 2003)

1. Einleitung

1.1 Relevanz des Themas

Mit den allgegenwärtigen und vielbeschriebenen Folgen des demografischen Wandels, wie beispielsweise dem steigenden Anteil an immer älter werdenden Männern und Frauen in der Gesellschaft, sowie dem Fortschritt der Medizin und Technik, lässt sich auch eine Steigerung des Pflegebedarfs beobachten. Um auf diese Steigerung adäquat reagieren zu können, ist die Generierung einer großen Anzahl von professionellen Pflegekräften nötig (Rasky 2008).

Die Ausbildung von Pflegepersonen, sowie das Hinterfragen bestehender Strukturen und die damit einhergehenden Veränderungen sind wesentlich für die Bewältigung dieser zukünftigen Probleme verantwortlich (Rappold 2011).

Es stellen sich demnach andere Tätigkeits- und Aufgabenfelder in der Pflege ein, was auch zur Folge hat, dass die derzeit vorherrschenden Qualifizierungen und Kompetenzen für den Beruf in Frage gestellt werden. Deshalb werden zukünftig Ausbildungsstrukturen und Inhalte, die der Akademisierung angepasst sind, nötig sein (Deutmeyer & Thiekötter 2007).

Die Entwicklung an vielfältigen Aus-, Fort- und Weiterbildungsangeboten für die Pflege sowie das Bemühen, die Pflegeausbildung auf das tertiäre Ausbildungsniveau anzuheben, sind die ersten Schritte in Richtung Veränderung. Die Verwirklichung dieser Angebote stellt sich jedoch nach wie vor als Schwierigkeit dar, da die Grundausbildung, im Gegensatz zu anderen europäischen Ländern und international, noch nicht vollständig auf tertiärem Niveau angesiedelt ist (Rasky 2008).

Die Akademisierung der Pflegeausbildung ist seit vielen Jahren ein oft diskutiertes Thema und hat auch vor einigen Jahren den Weg nach Österreich und in die Steiermark gefunden, indem es seit 2004 möglich ist, an der Medizinischen Universität in Graz erstmals für den Bachelor in „Gesundheits- und Pflegewissenschaft“ zu inskribieren. Obwohl sich Österreich bereits im Jahr 1997 dazu verpflichtete, die Zulassungsvoraussetzungen für die Grundausbildung der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege auf tertiäres Niveau anzuheben,

geschah in dieser Zeit und diesbezüglich wenig. In anderen europäischen Staaten hat die Akademisierung zu einer Verbesserung der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung geführt, was wiederum die europäische und die österreichische Entwicklung unterscheidet (Rasky 2008).

Die Akademisierung vollzieht sich in Österreich jedoch in einem sehr schleppend vorangehenden Prozess, der sich durch die Etablierung pflegewissenschaftlicher Studiengänge an den Österreichischen Universitäten zeigt. Diese Tatsache allein reicht aber nicht aus, um beispielsweise die Pflege als wissenschaftliche Disziplin sehen zu können. Dazu bedarf es vielmehr auch der Verknüpfung von Praxis und Theorie und der Akzeptanz der Pflege als Wissenschaft in der Gesellschaft (Mayer 2009).

Das Ziel der Akademisierung der Gesundheitsberufe liegt in der Verbesserung der Qualität beruflichen Handelns. Es soll auch die Wissenschaftlichkeit einer Disziplin gefördert werden. Die klassischen Elemente einer akademischen Ausbildung bestehen beispielsweise aus der Anbindung an eine Hochschule, besondere Zugangsvoraussetzungen für das Studium, Lehre, die an Forschung gebunden ist, Selbststudienanteile und ein zu erreichender akademischer Abschluss (Friedrichs & Schaub 2011).

Die akademische Pflegeausbildung hat in den letzten Jahren viele verschiedene Formen angenommen und bereits Absolventinnen und Absolventen hervorgebracht, die in der Pflegepraxis tätig sind. Mit dieser Veränderung in der Pflegeausbildung gehen auch Veränderungen bezüglich der Lehre in der Gesundheits- und Krankenpflege einher. Denn ein steigender Bildungsstand von Auszubildenden verlangt eine Höherqualifikation von Ausbildenden in der Pflege. Österreichweit haben verschiedenste Bildungseinrichtungen auf diese Veränderung bereits mit diversen Ausbildungsangeboten für Pflegelehrerinnen und Pflegelehrer reagiert. Das Angebot gestaltet sich als sehr vielfältig und unterschiedlich, sodass derzeit von keinerlei Standardisierung in der Pflegepädagogik gesprochen werden kann. Folglich kann auch nicht von einer Einheitlichkeit in den Kompetenzen der Absolventinnen und Absolventen ausgegangen werden, da die Ausbildungsinhalte unterschiedlich intensiv aufgebaut sind.

In dieser Arbeit wird die Akademisierung der Pflegeausbildung in Österreich und Europa bis zum jetzigen Zeitpunkt beschrieben. Ebenfalls sollen die Auswirkungen und Folgen der Akademisierung der Pflege auf die Ausbildung und Qualifikationen von Lehrerinnen und Lehrern der Gesundheits- und Krankenpflege beleuchtet werden. Aus den europaweit unterschiedlichen Ausbildungsangeboten für die Pflegepädagogik soll ein vorläufiger Entwurf eines Curriculums erstellt werden, welches eine einheitliche Pflegepädagogikausbildung auf universitärem Niveau und in Form eines Masterstudienganges möglich machen soll.

1.2 Zielsetzung der Arbeit

Die Zielsetzung der Arbeit konzentriert sich vorwiegend auf die Erläuterung der Folgen der Akademisierung in der Pflege und der Auswirkungen für Lehrerinnen und Lehrer der Gesundheits- und Krankenpflege. Auf Basis dieser Auswirkungen soll ein adäquater Entwurf eines Curriculums für Pflegepädagogik in Form eines Masterstudienganges entwickelt werden, welcher den Anforderungen im Zuge der Akademisierung gerecht werden soll. Dazu werden europäische Curricula für Pflegepädagogik mittels einer Durchsicht der Literatur und der im Internet zugänglichen Studienangebote erfasst und bezüglich der geforderten Kompetenzen abgeglichen. Die Kompetenzen von Pflegelehrpersonen werden anhand von Modellen, welche im weiteren Verlauf der Arbeit bearbeitet werden, erläutert.

Mit Hilfe der formulierten Forschungsfragen sollen konkrete Antworten auf die komplexe Thematik gefunden werden.

- 1) Wie hat sich die Akademisierung der Pflegeausbildung in Österreich und europaweit entwickelt und welche Folgen bringt diese mit sich?
- 2) Welche Konsequenzen ergeben sich im Zuge der Akademisierung speziell für Lehrpersonen der Gesundheits- und Krankenpflege und welche Veränderungen sind im Bereich der Ausbildung „Pflegepädagogik“ in der Zukunft zu erwarten?

Um u.a. einen Lösungsvorschlag zur zweiten Forschungsfrage zu präsentieren, wurde die Methode der Curriculumentwicklung gewählt. Mithilfe einer umfassenden

Literaturrecherche und internationalen Vorbildern wird ein Vorschlag für ein Curriculum für Pflegepädagogik auf Ebene eines Masterstudiums entwickelt.

Um der Diversität und der Unübersichtlichkeit des Systems entgegenzuwirken und um eine einheitliche, EU-konforme Ausbildung mit klaren Fronten zu schaffen, ist die Einführung eines einheitlichen Studiums auf Universitärem Niveau sehr wünschenswert und erstrebenswert.

2. Methodik

2.1 Literaturrecherche

Diese Arbeit stützt sich auf eine umfassende Literaturrecherche, welche in diesem Kapitel erläutert werden soll. Die Literatur zu den Themen dieser Arbeit wurde in den Datenbanken PubMed und Cinahl sowie in den Katalogen der Medizinischen Universität Graz und der Karl Franzens Universität Graz gesucht. Als Limitation wurden Ergebnisse aus den letzten zehn Jahren gewählt. Ebenfalls ist in den Zeitschriftendatenbanken, Handkatalogen und im Internet nach relevanten Artikeln recherchiert worden, welche zur Beantwortung der Forschungsfragen herangezogen wurden. Zusätzlich fand bei relevanten Artikeln auch das Schneeballsystem Anwendung.

Die Literatursuche erfolgte über den Zeitraum Juni 2014 bis September 2014, sowie Februar 2015 bis Juni 2015. Die abermalige Suche ergab sich aufgrund von aktuellen Diskussionen bezüglich der Akademisierung der Pflege in Politik und Medien. Diese diente daher der Aktualisierung der Informations- und Datenlage. Nach relevanten, pflegespezifischen Fachartikeln und aktuellen Beiträgen wurde auch während des gesamten Verlaufes der Arbeit recherchiert. Dazu wurde das Internet, sowie die Zeitschriftenbibliothek der Medizinischen Universität Graz (E-Journals), Online-Bibliothekskataloge und der Handkatalog für Zeitschriften am Zentrum für Medizinische Grundlagenforschung (ZMF) der Medizinischen Universität Graz herangezogen. Außerdem wurde eine umfangreiche Handsuche in allen bisher veröffentlichten und im Internet zugänglichen Ausgaben des fachwissenschaftlichen Journals „Pflegewissenschaft“ durchgeführt. Hauptsächlich

wurden Artikel aus diesem Journal verwendet, aber auch aus den Journals „Pfleger & Gesellschaft“, „Nurse Education Today“, „ProCare“ und „Pflegeretz“.

Folgende Schlüsselwörter und Kombinationen daraus wurden für die Literaturrecherche verwendet: „Akademisierung der Pflegeausbildung“, „Akademisierung der Pflege in Europa/in Österreich“, „Folgen/Auswirkungen der Akademisierung auf die Pflegepädagogik“, „Kompetenzen von Lehrpersonen für Gesundheits- und Krankenpflege“, „Curriculum Pflegepädagogik Österreich/Europa/international“, „Pflegepädagogik“, „Curriculumentwicklung“.

Für die Suche in englischsprachigen Datenbanken wie Pubmed und Cinahl wurden die angeführten Suchwörter verwendet: „consequence“, „academisation“, „professionalism“, „education“, „teacher education“, „teacher training“, „nurse educator“, „nurs*“, „europe“ und „curriculum“. Die Suchwörter wurden in verschiedenen Zusammensetzungen mit dem Boolean Operator „AND“ kombiniert.

Über die Suche der genannten deutsch- und englischsprachigen Schlüsselwörter war es nicht möglich, die Beantwortung der Forschungsfragen einzuschränken. Da im deutschen die Suchwörter „Pflegepädagogik“ und „Akademisierung“ üblich sind, war es schwierig eine sinnhafte Konformität im englischen Sprachraum zu finden. Hinzu kommt, dass die Auswahl an Studien in diesem Gebiet sehr gering ist und ein Großteil mit dem Thema nicht stimmig war. Viele der Texte waren zudem nicht zugänglich. In zwei Fällen wurde per E-Mail mit der Autorin/dem Autor Kontakt aufgenommen, wobei in einem Fall eine Antwort und somit der Zugang zu einem Text ermöglicht wurde. Hauptsächlich wurden Artikel aus fachwissenschaftlichen Journals zur Bearbeitung herangezogen.

Tabelle 1: Suchverlauf PubMed

PubMed						Treffer	relevant
	academisation	AND	europe			2	2
		AND	consequence			0	0
		AND	consequence	AND	europe	0	0
		AND	professionalism			0	0
		AND	education			4	2
		AND	education	AND	europe	2	2
		AND	teacher education			0	0
		AND	teacher education	AND	europe	0	0
		AND	teacher			0	0
		AND	teacher	AND	nurs*	0	0
		AND	teacher training			0	0
		AND	nurse educator			0	0
		AND	nurs*			3	2
		AND	curriculum			4	2
		AND	curriculum	AND	nurs*	3	2
		AND	curriculum	AND	europe	2	2
Relevante Treffer insgesamt						6	2
Schneeballsystem							4
Relevante Treffer PubMed							6

Tabelle 2: Suchverlauf Cinahl

Cinahl						Treffer	relevant
	academisation	AND	europe			1	1
		AND	consequence			0	0
		AND	consequence	AND	europe	0	0
		AND	professionalism			3	1
		AND	education			7	2
		AND	education	AND	europe	1	1
		AND	teacher education			0	0
		AND	teacher education	AND	europe	0	0
		AND	teacher			0	0
		AND	teacher	AND	nurs*	0	0
		AND	teacher training			0	0
		AND	nurse educator			0	0
		AND	nurs*			7	3
		AND	curriculum			3	1
		AND	curriculum	AND	nurs*	3	1
		AND	curriculum	AND	europe	1	1
Relevante Treffer insgesamt							7
Doppeltreffer PubMed							6
Relevante Treffer Cinahl							1

Wie in den Tabellen eins und zwei dargestellt, wurden insgesamt sieben Studien ausgewählt, wobei nach genauerer Analyse fünf für die Arbeit verwendet wurden. Die kritische Analyse der Studien stützen sich auf die Bereiche *Titel*, *Abstract*, *Einleitung* (Relevanz der Thematik, Forschungsfragen oder Hypothesen, konzeptioneller bzw. theoretischer Bezugsrahmen, Literaturübersicht), *Methode* (Ethik, Design, Population, Stichprobe, Datensammlung und –messung, Durchführung), *Ergebnisse* (Analyse der Daten, Resultat) und *Diskussion* (Interpretation von Resultaten, Empfehlungen für die Praxis) nach Polit & Beck (2012). Daneben wurden noch insgesamt neun Artikel aus fachwissenschaftlichen Journals mittels Handsuche herangezogen, der Relevanzprüfung unterzogen und in der Arbeit eingesetzt.

2.2 Relevanzprüfung

In der Relevanzprüfung wurden die Titel der Artikel gelesen und nach Relevanz ausgewählt. Im Anschluss wurde der Abstract nach den Kriterien von Polit & Beck (2012) geprüft und der Artikel wurde eingeschlossen oder nicht. Nach Polit & Beck (2012) werden im Abstract wichtige Bereiche der Studie wie Problemdarstellung, Methode, Ergebnis, Diskussion und Schlussfolgerung beschrieben. Nach diesen Kriterien wurde der Abstract geprüft. Thematisch wichtig waren hierbei die Beinhaltung der Variablen „Akademisierung“, „Pflegepädagogik“, „Kompetenzen“ und „Curriculum“.

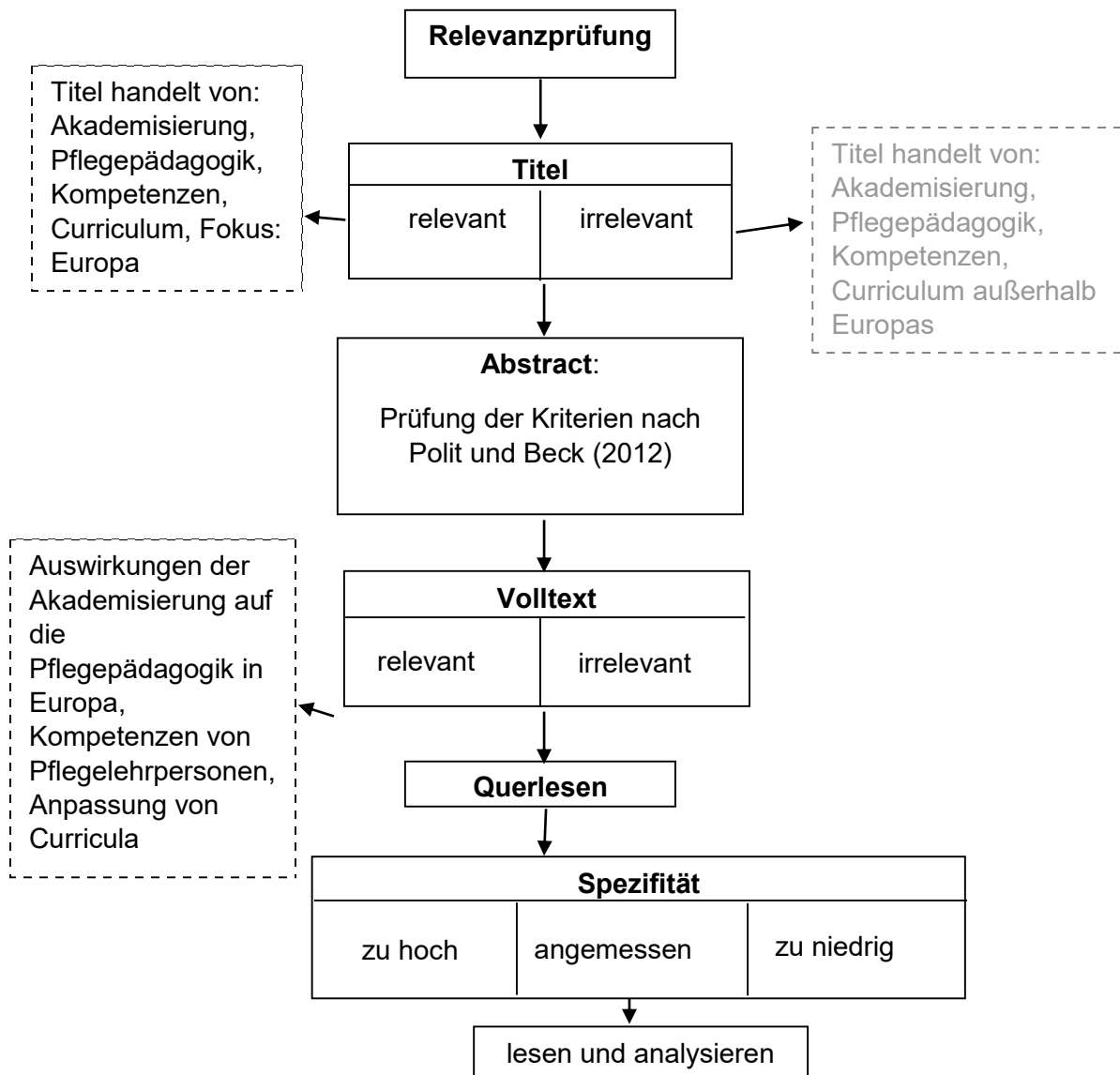


Abbildung 1: Flowchart zur Relevanzprüfung

3. Der Akademisierungsprozess der Pflegeausbildung

In diesem Kapitel werden eingangs Begrifflichkeiten, welche für den weiteren Verlauf der Arbeit wichtig sind, definiert. Anschließend wird auf den Prozess der Akademisierung und Akademisierungsentwicklungen in Österreich und Europa, im speziellen aber in Österreich, Deutschland und Schweden eingegangen. Um auch den Zusammenhang mit der Curriculumentwicklung herzustellen, wird allgemein auf den Bologna Prozess eingegangen und dessen Bezug zur Pflege hergestellt. Weiters werden aktuelle Meinungen zur Akademisierung der Pflege sowie Gründe und Nutzen angeschnitten.

3.1 Begriffserklärungen

In dieser Arbeit werden durchgehend die Begriffe „Akademisierung“ und „Professionalisierung“, sowie „Curriculum“ erwähnt. Deshalb bedarf es in diesem Kapitel einer kurzen Erläuterung.

3.1.1 Akademisierung

„Akademisierung“ bedeutet nach Kälble (2008) das Einleiten des Prozesses einer beruflichen Ausbildung, welche bis dato unterhalb der akademischen Abschlüsse angesiedelt war, auf tertiäre Ebene anzuheben und Erstausbildungen auf Hochschulebene zu bringen.

„Der Begriff „Akademisierung“ steht in erster Linie für den Prozess der Etablierung einer Disziplin auf einer Universität, bzw. für die Durchdringung eines Berufes durch akademisch ausgebildete Personen“ (Mayer 2009, S. 26).

Die Akademisierung wird als Grundsätzlichkeit einer Profession beschrieben und ist somit ihr grundlegendstes Merkmal. Eine Profession wird als ein in der Gesellschaft hoch geachteter, akademischer Beruf angesehen. Mit der Akademisierung wurde in Österreich ein wichtiger Schritt in Richtung der Professionalisierung der Pflege gelegt (Deutmeyer & Thiekötter 2007).

Akademisieren: „a. in der Art einer Akademie einrichten, b. (abwertend) akademisch betreiben, c. (bestimmte Stellen) nur mit Leuten akademischer Ausbildung besetzen“ (Duden-Online 2015).

3.1.2 Profession und Professionalisierung

Profession wird laut Duden-Online (2015) als Beruf, bzw. als Gewerbe beschrieben und kommt aus dem lateinischen „professio“ – was übersetzt so viel wie das öffentliche Bekenntnis bspw. eines Gewerbes heißt. Demnach lässt sich für den Begriff „professionalisieren“ die Bedeutung des „zum Beruf machen“ ableiten.

Im Zusammenhang mit dem Begriff „Profession“ wird meist auch von der „Professionalisierung“ gesprochen. Mieg (2005) beschreibt die Professionalisierung, abhängig vom jeweiligen Zusammenhang der Verwendung des Begriffs, als den Weg einer Berufsgruppe hin zu mehr Selbstbestimmung und Unabhängigkeit dieser Berufsgruppe und hin zu einer Profession. Im weiteren Sinne wird die Steigerung der Qualität von bspw. Tätigkeiten einer Berufsgruppe gemeint. Es können sich neben Tätigkeiten auch Personen professionalisieren, was in diesem Sinne als Zuwachs an Professionalität gemeint ist.

3.1.3 Definition Curriculum

Als „Curriculum“ versteht sich ein „auf einer Theorie des Lehrens und Lernens aufbauender Lehrplan“ oder „Lehrprogramm“ (Duden–Online 2015).

Laut einer Definition der Hochschuldidaktik der Universität Zürich darf der Begriff niemals nur auf „Lehrplan“ allein begrenzt werden, da der wesentliche Aspekt der angewandten Lehr- und Lernprozesse ebenfalls beinhaltet werden soll. Die Definition lautet folgendermaßen:

„In einem Curriculum werden die beabsichtigten Lehraktivitäten und Lernschritte in ihrem Zusammenwirken beschrieben, so wie sie zu bestimmten Lernergebnissen (Lernzielen) führen sollen“ (Universität Zürich 2015).

3.2 Stand der akademisierten Pflegeausbildung in Österreich

Die Ausbildung für die Gesundheits- und Krankenpflege war und ist Thema in vielen berufspolitischen Debatten und hat sich vor allem in den letzten Jahren stetig verändert. In den Diskussionen zeichnet sich eine klare Tendenz ab, nämlich die Anhebung der Ausbildung auf tertiäres Niveau – von Schulen zu Universitäten und Fachhochschulen. In diesem Kapitel werden u.a. Modelle für zukünftige Ausbildungsmöglichkeiten dargestellt und kurz beschrieben.

Zahlreiche Diskussionen, Überlegungen und Bestrebungen fanden in den letzten Jahren statt um die Pflegeausbildung aus dem Jahr 1997 zu erneuern und um den Pflegeberuf aufzuwerten und attraktiv zu machen. Die mit dem demografischen Wandel einhergehenden Veränderungen, wie ein wachsender Bedarf an Pflegepersonen und höhere Anforderungen im Beruf, sind hier als wesentlich für diese Entwicklung und Überlegungen zu nennen. Die Bundesländer, der Österreichische Gesundheits- und Krankenpflegeverband (ÖGKV) sowie die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) stellten 2014 drei Modelle für die zukünftige Ausbildung vor, welche hier kurz vorgestellt werden (AK Steiermark 2014).

3.2.1 Ausbildungsmodell Bundesländer

Das Modell der Bundesländer, wie in Abbildung 2 ersichtlich, sieht, neben den bereits bestehenden Berufsgruppen der Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflege und der Pflegehilfe, zusätzlich die Berufsgruppe „Pflegeassistent“ vor. Diese gliedert sich hierarchisch zwischen den bestehenden Berufen ein. Die Grundausbildung gleicht jener der Pflegehilfe, wobei hier grundsätzliches Wissen aus der Kinder- und Jugendlichenpflege, sowie aus der Psychiatrischen Pflege einfließen soll. Zusätzlich werden zwei Semester Spezialisierungsausbildung in verschiedenen Fachbereichen (Intensiv-Ausbildung, Anästhesie-Ausbildung, OP-Ausbildung und Dialyse-Ausbildung) zu absolvieren sein, um eine Flexibilität im Einsatz der Mitarbeiter zu gewährleisten (AK Steiermark 2014).

Bisher wurde an diesem Modell kritisiert, dass eine Vielfalt an verschiedenen Berufen in der Pflege die Betreuung der Patientin und des Patienten erschweren

würde, was letztendlich zu einem noch höheren Bedarf an Personal nötig machen würde (AK Steiermark 2014).

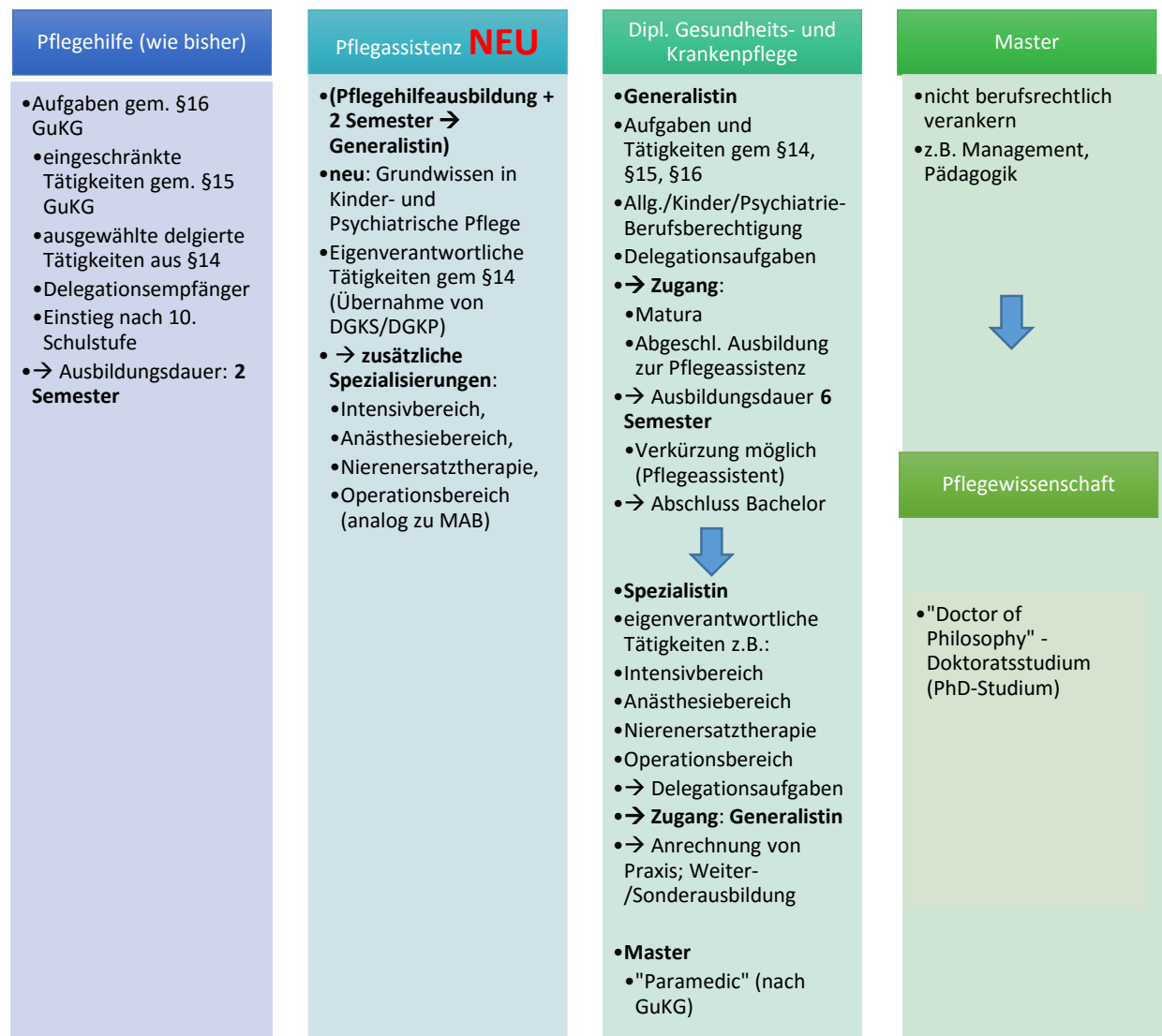


Abbildung 2: Ausbildungsmodell der Bundesländer (modifiziert übernommen von AK Steiermark 2014)

3.2.2 Ausbildungsmodell ÖGKV

In diesem Modell wird nach fünf Stufen der Kompetenz unterschieden. Diesem geht das vom ÖGKV international entwickeltem Pflegekompetenzmodell voraus, auf welches später in der Arbeit noch genauer eingegangen wird. Demnach soll es keine Aufteilung der Ausbildung in die allgemeine und psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege, bzw. in die Kinder- und Jugendlichenpflege geben. Vielmehr ist

eine Erhöhung von Kompetenzen und Tätigkeitsbereichen von der Pflegehilfe zur Pflegeassistenten geplant, sowie ein Bachelorstudium an Fachhochschulen, welches sich über sechs Semester erstrecken soll. Dieses ist für Generalistinnen und Generalisten – mit einem Abschluss als Bachelor („in Pflege“, „in nursing“, „of Science in Nursing“) - vorgesehen. Die Pflegeassistenten soll weiterhin an den Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege unterrichtet werden (AK Steiermark 2014).

Für Spezialistinnen und Spezialisten der Gesundheits- und Krankenpflege wird ein Bachelorstudium als Basisausbildung vorausgesetzt. Zusätzliche Qualifikationen müssen durch ein Masterstudium (Weiterbildungen, ULG's), Zertifikate, Diplome oder ein Masterstudienabschluss nach Bologna erworben werden (ÖGKV 2011).

Für die Advanced Nurse Practitioners wird mindestens ein Bologna-gerechtes Masterstudium vorausgesetzt. Pflegepersonen, welche sich bereits in ihrer Pflegetätigkeit in ein Themengebiet vertieft haben, können als ANP erweiterte Tätigkeitsfelder übernehmen. Hierzu zählen die Führung im „*Clinical Leadership*“, die Durchführung von klinischen Untersuchungen und Tests, die Anwendung von wissenschaftlichen Methoden und die Umsetzung von Ergebnissen aus der Forschung in die Praxis, Konsultationen in komplexen pflegerischen Situationen bezogen auf das vertiefende Themengebiet der ANP, etc. (ÖGKV 2011).

Das hier angeführte fünfstufige Modell beschreibt als Basis der Versorgung die „*Unterstützungskraft*“, an diese anschließend und übergeordnet ist die „*Pflegeassistenten*“ mit erweiterten Tätigkeiten. Mit ansteigender Ausbildung und Zusatzqualifikationen schließt sich die Generalistin und der Generalist der Gesundheits- und Krankenpflege, die Spezialistin/der Spezialist und schließlich die/der Advanced Nurse Practitioner (ANP) an. Spezielle Formen der Pflege und Betreuung, wie beispielsweise die 24-Stunden-Pflege und Betreuung, wurden nicht ins Modell integriert da sich der ÖGKV willentlich dagegen ausgesprochen hat. Dieser Bereich solle laut dem ÖGKV „*keine Pflegeaufgaben im engeren Sinn übernehmen*“ (ÖGKV 2011, S.3).



Abbildung 3: Ausbildungsmodell des ÖGKV (AK Steiermark 2014)

3.2.3 Ausbildungsmodell GÖG

Durch Beauftragung des Bundesministeriums hat auch die GÖG (Gesundheit Österreich GmbH) ein Ausbildungsmodell erstellt, welches sich nur gering zu dem des ÖGKV unterscheidet. Diese Variante beinhaltet vier Stufen mit einer Zusammenlegung der Stufen vier und fünf aus dem vorangegangenen Modell (AK Steiermark 2014).

Der Trend der Tätigkeitsausübung in der Gesundheits- und Krankenpflege geht weg von der Erlaubnis, Tätigkeiten durchzuführen und stark in die Richtung der Kompetenzerfordernis. Die Ausbildung soll in Modulen stattfinden und diese sollen für alle Berufsbilder im Pflegebereich zugänglich sein. Somit kann eine Durchlässigkeit gewährleistet werden und an die Pflege angrenzende Berufssparten wie bspw. die Sozialbetreuung miteinbezogen werden. Wie auch im Ausbildungsmodell des ÖGKV soll aus der Pflegehilfe die Pflegeassistenz entstehen. Als Ausbildungsbasis hierfür wird die Ausbildung zur Pflegehilfe gelten

und eine zweijährige Zusatzausbildung wird nötig werden. Tätigkeiten wie die Planung der Pflege, pflegerische Interventionen, Gabe von Medikamenten und Wundbehandlungen werden zukünftig von der Pflegeassistenz durchgeführt werden. Die Aufgaben des zukünftigen gehobenen Gesundheits- und Krankenpflegepersonals soll generelle Kompetenzen für jegliche Bereiche der Gesundheits- und Krankenpflege innehaben. Diese sollen in Modulen mit spezialisierten Themen und auf tertiärer und an die EU angepasster Ebene in Fachhochschulen gelehrt werden. Anschließend finden sich die Generalistin und der Generalist mit Kompetenzen für jegliche Bereiche und Zielgruppen, danach die Spezialistin und der Spezialist im Modell wieder. Spezialisierungen werden in Ausbildungen angeboten, welche in Modulen aufgebaut sind und auf Fachhochschulen stattfinden sollen (AK Steiermark 2014).

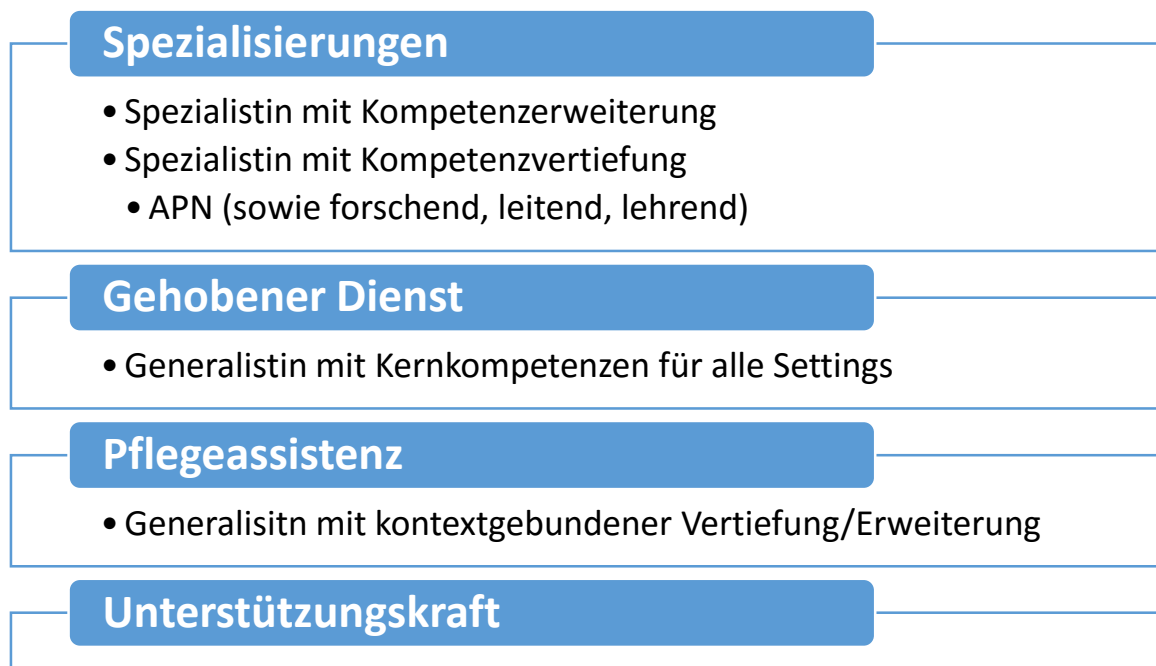


Abbildung 4: Ausbildungsmodell des GÖG (AK Steiermark 2014)

3.3 Der Bologna Prozess

Dem Bologna-Prozess kann zugeschrieben werden, wesentlich zur Akademisierungsentwicklung der Pflege und weiteren höher qualifizierten Gesundheitsberufen auf internationaler und nationaler Ebene beigetragen zu

haben. Nicht zuletzt sind die Weiterentwicklung der Medizin- und Informationstechnik, die europaweite Verbindung von gesundheitspolitischen Aspekten, die wachsende Mobilität von Patientinnen und Patienten innerhalb von Europa etc. und der damit einhergehende Bedarf an qualifizierten Berufsgruppen verantwortlich (Walch & Zeitl-Bank 2008).

Mit der Einführung des Bologna-Prozesses beschreibt Bischoff-Wanner (2008) jedoch die Entstehung einer ungewollten Unüberschaubarkeit an möglichen Studiengängen vor allem im Bereich der Pflege und Gesundheit. Eine Einheitlichkeit, Transparenz und Vergleichbarkeit, welche durch die Umstellung auf den Bologna-Prozess erreicht werden sollte, erscheint diesbezüglich jedoch als fraglich.

Nicht nur die steigende Qualifikationsanforderung von Absolventinnen und Absolventen einer Hochschule, die zunehmende Internationalisierung oder die immer mehr geforderte Flexibilität in den Tätigkeitsbereichen sind Gründe für eine Reform in den Studienangeboten im Zuge des Bologna-Prozesses. Auch eine immer höhere Anzahl an Studierenden und das Bestreben einer europäischen Einheitlichkeit auf Hochschulen sind dafür ausschlaggebend (Bischoff-Wanner in Bischoff-Wanner & Reiber 2008).

Das Ziel des Bologna-Prozesses war es, die vielfältige europäische Hochschul-Landschaft zu vereinheitlichen um die europäischen Hochschulsysteme aneinander anzugleichen. Diese Initiative wurde Ende der 1990er begonnen, wobei die Sorbonne-Erklärung (Übereinkommen der Bildungsministerinnen und Bildungsministern von Frankreich, Deutschland, Italien und Großbritannien) von 1998 die Basis darstellte. Im Jahr darauf entstand bereits die Bologna-Erklärung, welche von den Bildungsvertreterinnen und Bildungsvertretern aus 29 Staaten in Europa unterzeichnet wurde und somit den Bologna-Prozess einläutete (Walch & Zeitl-Bank 2008).

Aus dem übergeordnetem Ziel der Annäherung wurden drei große Themen vereinbart: Mobilitätsförderung, *internationale Wettbewerbsfähigkeit* und *Beschäftigungsfähigkeit*. Diese lassen sich durch folgende Unterpunkte verwirklichen:

- *die Schaffung eines 2-stufigen Systems von Studienabschlüssen (undergraduate/graduate bzw. Bachelor and Master)*
- *die Einführung eines Leistungspunktsystems, des European Credit Transfer System (ECTS)*
- *die Förderung der Mobilität zwischen Hochschulen und Bildungsgängen*
- *die Einführung von Qualitätssicherungssystemen (Walch & Zeitzl-Bank 2008, S.13)*

Nach dem Bologna Reader (2004) stehen ergänzend Themen wie die Schaffung einer höheren Transparenz zu Inhalten und Leistungen von Studiengängen, einheitliche Studienabschlüsse zur besseren Vergleichbarkeit, eine Erhöhung der Berufsfähigkeit durch einen Abschluss nach drei Jahren Studium (Bachelor) sowie ein höherer Praxisbezug zur Diskussion und Umsetzung.

Eine weitere Bestimmung des Bologna-Prozesses ist die definierte Einheitlichkeit der drei Formen der Hochschulausbildung. Die Einheitlichkeit bezieht sich hierbei auf Qualifikationen die durch ECTS-Credits definiert werden:

- *Bachelor, 180-240 ECTS-Credits*
- *Master, 90-120 ECTS-Credits*
- *Doktor bzw. PhD; erfordert eigenständige Forschung mit einem geschätzten Arbeitsaufwand von 3-4 Jahren in Vollzeitbeschäftigung (Walch & Zeitzl-Bank 2008, S.13)*

Durch die Aufteilung in drei Qualifikationsformen wird eine Vielfältigkeit der Ausbildungsformen erreicht da Studiengänge getrennt zugänglich sind. Mit einem grundständigen Bachelorabschluss bspw. in Gesundheitsberufen kann ein Masterstudium in beliebiger Richtung (Lehre, Forschung, Management etc.) fortgeführt werden, wahlweise auch international. Dies ermöglicht eine große Flexibilität im Bildungssystem (Walch & Zeitzl-Bank 2008).

Der Sinn dahinter lässt sich einfach erklären. Es wird aufgrund der genannten Faktoren eine höhere Anzahl an Studienabsolventinnen und Studienabsolventen benötigt, die mit den geforderten Schlüsselkompetenzen schnell in einen Beruf einsteigen können (Bischoff-Wanner 2008).

Das Bachelorstudium soll der Absolventin und dem Absolventen sowohl auf den Einstieg in einen Beruf, als auch auf ein weiterführendes Masterstudium vorbereiten. Es soll als grundständige wissenschaftliche Basisausbildung fungieren, mit der Erwartung, dass die Mehrheit unmittelbar danach ins Berufsleben einsteigt. So kann laut dem Bologna-Reader (2008) und dem deutschen Wissenschaftsrat die Sinnhaftigkeit einer in Bachelor- und Masterabschluss gestuften Struktur gewährleistet werden.

Das Masterstudium setzt eine akademische Vorbildung voraus. Hier wird das bereits erworbene Wissen auf wissenschaftlichem und fachlichem Fokus vertieft und ausgebaut, wobei ein hohes Niveau der Ausbildung vorausgesetzt wird. Die Länge beträgt ein bis maximal zwei Studienjahre. Die Dauer von insgesamt fünf Jahren für die Bachelor und Masterausbildung darf nicht überschritten werden. Es gibt auch verschiedene Arten indem ein Masterstudium angeboten werden kann. Zum einen gibt es das *konsekutive* Masterstudium. Es handelt sich hierbei um ein auf das Bachelorstudium aufbauendes und fachlich weiterführendes und vertiefendes Studium. Gegensätzlich dazu kann auch ein *nicht-konsekutives* Masterstudium angeboten werden, wo die Inhalte nicht aufeinander aufbauen. Als dritte Möglichkeit wird das *weiterbildende* Masterstudium angeführt, welches neben einem akademischen Abschluss noch zusätzlich eine einjährige Berufserfahrung voraussetzt. Die Absolventinnen und Absolventen aller drei möglichen Masterstudien dürfen sich im Niveau der Qualifikation und den Befugnissen nach der Ausbildung nicht unterscheiden (Bischoff-Wanner 2008).

3.3.1 ECTS-Credits

Die Leistungspunkte, im Folgenden auch vereinfacht ECTS (European Credit Transfer System) -Credits genannt, basieren auf einem vom Bologna Prozess entwickeltem europäischen Punktesystem, welche die im Studium erbrachten Leistungen, übertragbar und anrechenbar machen. Somit soll Transparenz und Vergleichbarkeit geschaffen werden (Bundeskanzleramt Österreich 2015)

Sie beschreiben das quantitative Maß an Gesamtauslastung von Studierenden. Bischoff-Wanner (2008) beschreibt in diesem Zusammenhang das sogenannte „workload“ von Studierenden, welches zur Erreichung der festgelegten Lernziele

aufgewendet werden muss. Dazu gehören die Selbststudiums-, als auch Anwesenheitszeiten bei Lehrveranstaltungen, Prüfungen und Prüfungsvorbereitung, Praktika und Abschlussarbeiten.

Die Berechnung der ECTS-Credits erfolgt in dieser Weise:

1 ECTS-Credit entspricht 25 Stunden in Echtzeit (zu je 60min)

Diese Leistungspunkte beschreiben jedoch nicht die tatsächlich erworbenen Kompetenzen des Studierenden oder die Lerninhalte des Studiums. Sie spiegeln lediglich die Zeit wieder, die ein Studierender benötigt um den geforderten Arbeitsaufwand einer Lehrveranstaltung zu bewältigen. Für eine/n Studierende/n, welche ein Vollzeitstudium betreibt, werden 60 ECTS-Credits im Jahr als Bemessungsgrundlage herangezogen. Umgerechnet ergibt sich dafür um die 1500 Stunden tatsächlicher Arbeitsaufwand (Bundeskanzleramt Österreich 2015).

Um die Wertigkeit der Studiengänge darzustellen, wird ein Bachelorstudium im Durchschnitt und je nach Dauer mit 180-240 ECTS-Credits und ein Masterstudium mit 120-60 ECTS-Credits belegt. In Summe müssen in dieser zweistufigen Ausbildungsform 300 ECTS-Credits erreicht werden (Bischof-Wanner 2008).

3.3.2 Die Pflege und der Bologna-Prozess

Als am Beginn der 90er Jahre begonnen wurde, Studiengänge für die Pflege an Universitäten und Hochschulen einzurichten, begann auch in der Pflege der Bologna Prozess wirksam zu werden. Somit wurden neue Wege und Möglichkeiten geschaffen die Ausbildung in der Pflege von Grund auf zu erneuern. Nicht nur die Anhebung der Grundausbildung auf tertiäres Niveau, oder die Entwicklung fachwissenschaftliche Masterstudiengänge, auch die Bildung der Lehrerinnen- und Lehrer für Gesundheits- und Krankenpflege wurde neu überdacht. Im Bologna Prozess wurden und werden Chancen gesehen, die Pflegeausbildung kontinuierlich weiterzuentwickeln und den bildungspolitischen und berufspädagogischen Anforderungen im Zuge der Akademisierung gerecht zu werden. Im Speziellen sind hier die sich veränderten und zu erweiternden Qualifikationen, bspw. wegen des demografischen Wandels und der Veränderungen im Gesundheitssystem, zu erwähnen. Gehobene Ansprüche bei Dienstleistungen in der Gesundheits- und

Krankenpflege, die damit einhergehende Forderung nach akademischen Abschlüssen und Qualifikationsprofilen für das Management, die Forschung, die Ausbildung, die Planung, die Entwicklung sowie die Beratung etc. und die Notwendigkeit an Beschäftigten in diesen Bereichen sind u.a. Gründe und Erklärungen für diese Bewegung (Bischoff-Wanner 2008).

Bei der Lehrerinnen- und Lehrerbildung eröffnen sich durch den Bologna-Prozess und dessen Umstellung auf Bachelor- und Mastersystem neue Möglichkeiten hinsichtlich des allgemein geforderten Abschlusses durch den Mastertitel. Dieser ermöglicht u.a. eine gewisse Einheitlichkeit in der Qualifizierungsbeurteilung von Lehrerinnen und Lehrer der Gesundheits- und Krankenpflege zu erreichen (Bischoff- Wanner 2008).

3.4 Stand der akademisierten Pflegeausbildung in Europa

In diesem Kapitel wird die akademische Entwicklung der Pflege in Europa erörtert. Im deutschsprachigen Raum hat der Akademisierungs- und Professionalisierungsprozess bis dato in Deutschland die größten Entwicklungsschritte gemacht, weshalb diese Entwicklung hier genutzt wird um sie mit der in Österreich zu vergleichen (Deutmeyer & Thiekötter 2007).

Wie eingangs schon erläutert werden die Tätigkeitsbereiche und Aufgaben im Gesundheits- und Pflegebereich u.a. durch die demografische Entwicklung, den medizin-technologischen Fortschritt und der Zunahme am pflegebedürftigen Menschen verändert und bestimmt. Damit gehen eine Neuorientierung und Anpassung der Qualifizierung und Kompetenzen in der Berufsausbildung einher. Die Inhalte müssen an die neuen Aufgaben angepasst werden, ebenso muss eine Höherqualifizierung in den Fachbereichen stattfinden. In Österreich wird diese Bewegung durch die Etablierung von Gesundheits- und Pflegewissenschaftlichen sowie von medizinisch-technischen Studiengängen erkenntlich (Deutmeyer & Thiekötter 2007).

Engel beschreibt 2009 die fortlaufende und schnelle Entwicklung der Ausbildungsformen in der Gesundheits- und Krankenpflege in Europa als treibende

Kraft der Ansiedlung der grundständigen Pflegeausbildung auf tertiäres Niveau (Engel 2009).

Schon 2009 war laut Engel in mehr als 23 Staaten Europas die Grundausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflege auf tertiärem Niveau angesiedelt (Engel 2009).

Carr führte hierzu 2007 in London Interviews bezüglich der Veränderungen des Curriculums zur Krankenpflegeausbildung mit dreißig Pflegepädagoginnen und sieben Pflegepädagogen, welche sich insgesamt 552 Jahren Erfahrung in der Unterrichtspraxis teilen (mindestens ein halbes Jahr bis maximal 29 Jahre Unterrichtserfahrung), durch. Durch eine Inhaltsanalyse nach Miles und Hubermann ergaben sich folgende Ergebnisse: Durch die Untersuchung des Curriculums wurde eine Veränderung in der Art der Pflege beobachtet da sich diese weiterentwickelt und spezialisiert. Drei Hauptveränderungen werden beschrieben: die Art der Pflege, die Auswahl der zukünftigen Pflegepersonen und der aktuelle Einfluss einer großen Kohorte auf das traditionelle Modell der Personenzentrierten Ausbildung. Die Rolle der Pflege in der Praxis sollte das Curriculum definieren, dabei soll die tertiäre Ausbildung unterstützend wirken (Carr 2008).

3.4.1 Akademisierungsentwicklungen der Pflege in Deutschland

Erste Gedanken und Bestrebungen die Pflege auf tertiäres Ausbildungsniveau anzuheben entstanden bereits 1997, als sich nennenswerte Pflegeetheoretikerinnen und Pflegeetheoretiker wie u.a. Patricia Benner (USA) und Alison Tierney (GB) zur ersten Internationalen Konferenz mit dem Thema „Pflegeetheorie“ in Nürnberg einfanden. Das Hauptaugenmerk wurde hierbei auf die Möglichkeit gelegt, die Pflegepraxis, die Lehre in der Pflege und das Pflegemanagement wissenschaftlich so zu fundieren, das diese Bereiche einen zugesagten Wissenschaftsbereich erhalten um die Pflege als wissenschaftliche Disziplin ansehen zu können. Die Bewegung dazu ging von den Vereinigten Staaten von Amerika aus und veränderte auch in Europa, vor allem aber in Großbritannien, den Niederlanden und den Skandinavischen Ländern, die Aus-, Fort- und Weiterbildung von Pflegepersonen (Schröck 1993).

Bereits 1991 werden von Krohwinkel et al. in Schröck (1993) Argumente für den Prozess der Akademisierung der Pflege und der Fundierung der Pflegepraxis mittels

Wissenschaft beschrieben. Diese werden einerseits von sozial- und gesundheitspolitischen Veränderungen sowie von demografischen und epidemiologischen Entwicklungen begründet. Als Beispiele sind hier immer älter werdende multimorbide Menschen, eine vermehrte Anzahl von verwirrten und an psychischen Erkrankungen leidende Menschen, Lebensstilerkrankungen, die zu Chronizität führen, zunehmende Umweltbelastungen mit gesundheitsschädigenden Folgen, ein Anstieg bei malignen Erkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei immer jüngeren Patientinnen und Patienten, chronifizierte Stoffwechsel- und Atemwegserkrankungen und eine fortschreitende Medizintechnik zu nennen.

Grauhan (1989) beschreibt, dass schon viel früher, nach Ende des zweiten Weltkrieges 1946, in Deutschland mit der Gründung der Heidelberger Schwesternschule an der Universität ein Anstoß zur Eingliederung der Pflege in die tertiäre Bildungsebene gegeben wurde. Ziel war es, die Krankenpflegeausbildung nach amerikanischem Vorbild auf Collegeebene zu heben und somit ein europäisches Vorbild zu etablieren. Nach Haubrock & Schröck (1993) konnte weiters damit ein eigenständiges Modell einer neuen Krankenpflegeschule mit zeitgemäßem und modernem Lehrplan und neue Anforderungen an Lehrende und Lernende entstehen. Soweit sollte es jedoch laut Grauhan (1989) nicht kommen, da das Bundesministerium diese Entwicklung nicht zuließ, die Universität keine neue Studienrichtung erschließen wollte und sich die Vertreter der Krankenpflege selbst gegen eine Veränderung der Grundausbildung aussprachen (Schröck 1993).

Ein eigenständiges Studium für die Pflege wurde dann auch 1974 vom deutschen Bundesgesundheitsrat abgelehnt, die Möglichkeit eines Studiums für Lehrerinnen und Lehrer der Pflege wurde jedoch nicht ausgeschlossen. Nach einem Probelauf für ein Studium der Pflegelehrpersonen an der Freien Universität Berlin in den Jahren 1978 bis 1981 wurde der dauerhaften Einrichtung des Studiums zugestimmt, scheiterte jedoch bald darauf an der fehlenden Weiterfinanzierung und der Uneinigkeit auf berufspolitischer Ebene. Zehn Jahre vergingen bis schließlich 1991 der Durchbruch kam und ein vom Bundesministerium in Auftrag gegebener Workshop zu einem Forschungsprojekt von Pflege- Medizin- Erziehungs- und Sozialwissenschaftlern den Anstoß für die Institution des Agnes Karll Institutes für Pflegewissenschaft bewirkt hat. Der Pflege wurde vom Bundesministerium für Forschung und Technologie ein Forschungsschwerpunkt gegeben und die Robert

Bosch Stiftung sprach sich 1992 im Zuge dieser Entwicklung für die Ansiedelung der Ausbildung für Lehr- und Leitungskräfte in der Pflege an einer Hochschule aus (mittels der Denkschrift „Pflege braucht Eliten“). In Berlin erschlossen sich die Diplomstudiengänge Medizinpädagogik und Krankenpflege und in Sachsen-Anhalt der Studiengang Medizin- und Pflegepädagogik, weitere fünf Bundesländer folgten mit der Entwicklung von Pflegestudiengängen (Schröck 1993).

„Nicht die Anzahl der Studiengänge, Promotionen und ProfessorInnen sagen etwas aus über den Sinn und Nutzen der Pflegewissenschaft und –forschung, allein die nachgewiesene Qualität der Pflege und der Beitrag, den sie zur Gesunderhaltung, Gesundheit und Wohlbefinden der Menschen leistet, sind die Bestätigung, dass wir auf dem richtigen Weg sind.“ (Schröck 1993, S.26)

3.4.2 Akademisierungsentwicklungen der Pflege in Schweden

Die Ausbildung zur Pflegeperson dauert in Schweden drei Jahre, wobei die halbe Ausbildungsdauer dem theoretischen Unterricht und die andere Hälfte dem praktischen Unterricht gewidmet ist. Als Bezeichnung des Berufsbildes wird „Registered Nurse“ mit dem Titel „Bachelor of Science in Nursing“ gewählt, wobei diese im Anschluss die Möglichkeit einer weiteren Spezialisierung im durchschnittlichen Ausmaß eines Jahres, bzw. 120-160 ECTS wahrnehmen kann. Diese Spezialisierungen sind bspw. die Ausbildung in den Bereichen Intensivpflege, Anästhesiepflege, Psychiatrische Pflege, Primary Health Care, Kinder- und Jugendlichenpflege, OP-Pflege, Geriatriische Pflege, Onkologische Pflege etc. Als Zugangsvoraussetzungen werden je nach Ausbildung keine, ein halbes Jahr bis ein Jahr Berufserfahrung verlangt. Die Weiterbildung zum Management, zur Lehre und zur Forschung wird an Colleges angeboten (Europäische Kommission 2015).

Nach einer Veröffentlichung des schwedischen Verbandes für Lokalverwaltungen und Regionen (SALAR) können 10,6 Prozent der Pflegepersonen einen Hochschulabschluss vorweisen. Ebenfalls kann beobachtet werden, dass in Schweden im stationären Bereich eine größere Anzahl an höher ausgebildeten Pflegepersonen tätig sind als im ambulanten Bereich (Waldhausen et al. 2014).

Der Bologna Prozess in Schweden, bzw. die Umwandlung der Pflegeausbildung von einer Diplomausbildung in einen Studiengang begann mit einer Reform des Curriculums im Jahr 1977, welches 1982 umgesetzt und implementiert wurde. Die

Regierung forderte Lehrinhalte, welche zu gleichen Teilen in Theorie und Praxis und auf wissenschaftlicher Basis stattfinden sollen. Diese Art der Ausbildung gibt es in Schweden seit 1993, hat eine Dauer von drei Jahren, umfasst 180 ECTS und kann mit dem Bachelor-Titel abgeschlossen werden. Die Veränderung wurde durch die schwedische Regierung vorangetrieben um den Richtlinien der EU im Zuge des Bologna-Prozesses und der Akademisierungsentwicklung der Pflege gerecht zu werden. Dadurch, dass die Hochschulbildung nach der schwedischen Hochschulverordnung und der Reform von 1993 dezentralisiert organisiert ist, kann sie autonom handeln und über die Inhalte und den Umfang ihrer Pflege-Curricula selbst entscheiden (Öhlén et al. 2011).

Nach Hall (1997) hat sich in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts die Entwicklung der Krankenpflege in den skandinavischen Ländern auf den Kern der Krankenpflege („Nursing“) mit einer fürsorglichen Ausrichtung („Caring“) fokussiert, basierend auf der Grundlage nordamerikanischer, norwegischer und finnischer Pflegeetheoretikerinnen und Pflegeetheoretiker. Seit dem Jahr 2007 und der endgültigen Umsetzung des Bologna-Prozesses in Schweden können alle Krankenpflegepersonen eine Berufsqualifikation und einen Bachelor-Abschluss mit einem Mindestaufwand von 90 ECTS aufweisen (Öhlén et al. 2011).

Öhlen et al. untersuchten 2011 in einer Studie, wie der Bologna Prozess die Pflegeausbildung verändert und beeinflusst hat. 2008 Pflege-Curricula und Lehrpläne wurden dafür in 27 Bachelor-Ausbildungen für die Pflege auf 26 schwedischen Universitäten und Colleges bezüglich ihres konstruktiven Ansatzes und beschreibenden Inhalts analysiert. Als Ergebnis zeigen sich Unterschiedlichkeiten in Begriffen und Konzepten für Hauptfächer, sowie in der wissenschaftlichen Grundlage. Hier sind vor allem in den Skandinavischen Ländern die Forschungsbereiche der Pflegewissenschaft und der „Caring“-Wissenschaft zu nennen, da es hier unterschiedliche Schwerpunkte und Wissensbereiche gibt (Öhlen et al. 2011).

Als weiteres Ergebnis dieser Curriculum- und Lehrplananalyse nach Einführung des Bologna Prozesses 2007 wurde festgestellt, dass sich die Universitäten in Schweden entweder in Richtung der Pflegewissenschaft oder in die der „Caring“ Wissenschaft orientierten. Diese zwei Orientierungen unterscheiden sich leicht in

den Wissensbereichen, dem Fokus, den Herausforderungen und Visionen der Pflege als Disziplin. Unterschiede gibt es auch bezüglich der Hauptfächer und der Inhalte und Beziehungen zum Berufsbild (Öhlen et al. 2011).

Hermansson & Mårtensson (2013) beschreiben signifikante Konzepte von Hauptfächern aus dem Lehrplan der Pflegewissenschaft:

- Gesundheit, Wohlbefinden, Menschen, Lebenszusammenhang, Umwelt, Kultur
- Reaktion auf Gesundheit und Krankheit, Bedürfnisse, Rückhalt
- Krankenpflege, primäre, sekundäre Prävention
- Patientenzentriertheit
- Pflegeperson – Patientin/Patient – Angehörige
- Beziehung/Interaktion/Kommunikation
- Lebensqualität/ Lebensstil
- Respekt/Würde

3.5 Gründe, Nutzen und Meinungen rund um die Akademisierung der Pflegeausbildung

In diesem Kapitel soll dargelegt werden, wie wichtig und dringlich die Akademisierung der Pflege ist. Gründe werden angeführt und der Nutzen daraus wird abgeleitet. Des Weiteren werden verschiedene Standpunkte und Meinungen zum Prozess der Akademisierung der Pflege dargelegt, da dieser die Gemüter einiger Pflegepersonen und dessen Vertreter erhitzt. Die Diskussion um die Sinnhaftigkeit der Akademisierung wird immer noch vereinzelt geführt, deshalb ist es auch wichtig, diese Argumente anzuführen und weitestgehend zu widerlegen.

In der Zeitschrift 4/2013 für Gewerkschaftsmitglieder von Wiener Gemeinden wurde ein Artikel von Edgar Martin mit dem Titel „*Krankenpflege braucht kein Abitur!*“ veröffentlicht, in dem kritische Äußerungen bezüglich der Akademisierung der

Ausbildung in der Pflege kundgetan wurden. Im März 2014 reagierte die Gesellschaft der Pflegewissenschaft im Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverband mit zahlreichen Argumenten gegen diese Aussagen. Unter anderem wird erwähnt, dass das erlernte Wissen, welches nach der Pflichtschulischen Ausbildung für die Verrichtung von Pflegetätigkeit nicht relevant sei. Der Autor bezieht sich hierbei auf seine eigenen schulischen Erfahrungen, was laut Frauenlob et al. (2014) jedoch kein Maßstab für eine berufs- und bildungspolitische Entwicklung sein kann. Ebenso sind die Tätigkeitsbereiche und Aufgaben von Pflegepersonen kontinuierlich in ihrer Wichtigkeit gestiegen und schließen mitunter auch Entscheidungen im interdisziplinären Tätigkeitsbereich wie Wund- Schmerz- und Entlassungsmanagement mit ein. Alleine durch die Erweiterung der immer komplexeren Tätigkeiten ist die Akademisierung der Pflegeberufe notwendig (Frauenlob et al. 2014).

Ebenso wurde kritisiert, dass sich die Tatsache des Pflegepersonalmanuels durch erschwerte Zugangsbeschränkungen zum Pflegeberuf aufgrund der Voraussetzung einer Matura oder eines Abiturs noch einmal verstärken würde. Dies kann durch Fakten und Zahlen widerlegt werden. Weidner (2012) zeigt, dass europaweit die Zugangsbeschränkung mit Abitur, die Qualifikation im Zusammenhang mit besseren Arbeitsbedingungen und allgemein die Aufwertung der Pflege einen gegenteiligen Effekt auf den Mangel an Pflegepersonen hervorruft. Ebenso steigt laut Völkerer (2014) die Anzahl der Absolventinnen und Absolventen mit einer Matura in Österreich. Diese belief sich im Jahr 2010 auf circa 40 Prozent, wobei sie zwanzig Jahre davor noch um circa zehn Prozent niedriger war. Nach wie vor wählen auch häufiger Frauen den Pflegeberuf, weshalb dieser auch mit Berücksichtigung der Umstände des demografischen Wandels und des Pflegepersonalmanuels genau für diese Zielgruppe attraktiv gemacht werden sollte. Die Bereitschaft, einen sozialen Beruf einzuschlagen, lässt sich in Österreich auch an der großen Nachfrage an Pflegestudienangeboten erkennen. Es fehlt demnach nicht an der Motivation der zukünftigen Pflegepersonen (Frauenlob et al. 2014).

Der Trend lässt sich auch an den Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege erkennen, da bereits 2013 38,1 Prozent (456) von 1197 Schülerinnen und Schülern im dritten Ausbildungsjahr eine Matura nachweisen konnten. Amman, Deufert und Fritz berichteten 2014, dass sogar 1,2 Prozent (14) der Schülerinnen und Schüler

bereits vor der Ausbildung über ein absolviertes Studium verfügten. Um Ungleichheiten und Problemen im theoretischen Unterricht vorzubeugen, ist ebenfalls eine einheitliche Grundausbildung der Schülerinnen und Schüler von Vorteil (Frauenlob et al. 2014).

Die bisherige Tätigkeitsorientierung der Pflegeberufe wird sich durch die immer brisanter werdende Ökonomisierungsbewegung des Gesundheitswesens hin zur Kompetenzorientierung richten, was wiederum eine Unterscheidung nach Kompetenzen von Pflegepersonen im praktischen Einsatz mit sich zieht, meint Rappold et al. (2011). Ein Skill- (Erfahrung durch Berufsjahre, individuelle Fertig- und Fähigkeiten) und Grade- (Grad der Ausbildung) Mix in der Pflege wird sich nach den Kompetenzstufen der Pflegepersonen orientieren, wobei Pflegepersonen effizient eingesetzt werden können (Frauenlob et al. 2014).

So kann, wie auch Teigeler (2014) und Schmitte et al. (2014) belegen, gezeigt werden, dass Pflegepersonen mit einer Ausbildung auf tertiärem Niveau die Pflegepraxis aufwerten können, da eine Steigerung der Pflegequalität und eine optimale Betreuung von Patientinnen und Patienten erzielt werden kann. Dies kann jedoch nur geschehen, wenn Forschung, welche hauptsächlich im englischsprachigen Raum veröffentlicht wird, in die Praxis miteinbezogen wird. Dazu braucht es nicht nur die Kenntnis der englischen Sprache, sondern auch das Wissen von Forschungsmethoden, welche wiederum durch die tertiäre Ausbildung vermittelt werden (Frauenlob et al. 2014).

In einer Berichterstattung der Salzburger Nachrichten (2015) vom 9.10.2015 wird heftige Kritik am neuen Model der Pflegeausbildung geübt. Darin wird von einer Verschlechterung der Qualität für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie für Pflegebedürftige gesprochen. Als zukünftiges Problem wird ein zu Wenig an Ausbildungsplätzen für Pflegefachkräfte im gehobenen Dienst durch Verlegung der Ausbildung auf die FH erwähnt (Salzburger Nachrichten 2015). Die Verlegung der Ausbildung auf die FH ist in der Steiermark für 2016 geplant. Eine genauere Ausführung hierzu wird im Teil „8. *Ausblick/Diskussion und Schlussfolgerung*“ präsentiert.

In einer Symposiumsreihe an der Wiener Akademie für Fort- und Sonderausbildungen mit dem Thema „*Dialog Pflegepraxis – Politik – Management*“

– *Lehre*“ wurde Ende April 2015 die aktuelle Gesundheits- und Soziastadträtin Frau Sonja Wehsely u.a. zum Voranschreiten der Akademisierung in Österreich befragt. Sie meint, dass ein Wechsel der Paradigmen in der Pflege bereits stark im Gange ist und eine Novelle im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz unbedingt nötig sei. Die Akademisierung ist zur Anpassung an die Europäische Union und für die Professionalisierung der Pflege wichtig und erforderlich. Schon ab dem kommenden Wintersemester im Herbst 2015 startet an der Fachhochschule in Zusammenarbeit mit Krankenpflegeschule in Wien eine kombinierte Ausbildung zum „Bachelor of Science“ und zur Diplomierten Gesundheits- Krankenpflegeperson, jedoch noch ohne genauer Zahl der Ausbildungsplätze. Auch die Verwirklichung der neuen Modelle zur Ausbildung ist so rasch als möglich umzusetzen, um eine Transparenz in der Masse an verschiedenen Ausbildungsmöglichkeiten zu schaffen. „Es gibt in diesem Bereich leider genügend ominöse Anbieter, die mehrere tausend Euro für ein Upgrade auf einen Bachelortitel verlangen. [...]“ Die tertiäre Ausbildungsform für Berufe der Pflege ist inmitten der Gesundheitsberufe für die Professionalisierung jener wichtig und nicht nur für die Patientinnen und Patienten dienlich. Nach Wehsely kann dadurch auch dem zukünftigen Mangel an Pflegepersonen vorgesorgt werden (Golla 2015).

4. Akademisierung der Pflege – Folgen bezüglich der Ausbildung für Lehrpersonen

In diesem Kapitel wird speziell auf die Auswirkungen der Akademisierung auf Lehrpersonen für Gesundheits- und Krankenpflege eingegangen. Im Vorfeld werden in diesem Zusammenhang wichtige Begrifflichkeiten definiert und anschließend werden Kompetenzen von Pflegepersonen, Pflegelehrpersonen und Ausbildungswege für Pflegelehrpersonen analysiert.

4.1 Begriffserklärung Kompetenz

Im folgenden Kapitel bildet der Begriff „Kompetenz“ ein zentrales Element. Um Unterschiede in seiner Deutung auszuschließen wird er im Anschluss definiert.

Definition Kompetenz:

Die Kompetenz, oder vielmehr das Können, wird als die Fähigkeit einer Person zu Handeln beschrieben. Sie ist somit die Fähigkeit, erworbenes Wissen und Qualifikationen in unbekannten oder bekannten Situation des Berufsalltags einzusetzen (ÖGKV 2011).

Der Europäische (EQR) und Nationale Qualifikationsrahmen (NQR) fügt dem Begriff „Kompetenz“ die Fähigkeiten des Wissens, des Verstehens und des Handelns hinzu wobei diese folgendermaßen zu verstehen sind:

- *„Wissen, insbesondere auch implizites Wissen, das durch Erfahrung gewonnen wird (tacit knowledge);*
- *Anwendung dieses Wissens in der Ausübung von Tätigkeiten (Fertigkeiten/Knowhow) und*
- *Kompetenzen im weiteren Sinne (Verhalten bzw. Umgang in/mit gegebenen Situationen, ethische Dimension, bestimmte persönliche/soziale Werte).“ (ÖGKV 2011, S.19)*

4.2 Kompetenzen von Pflegepersonen

Pflegekompetenzmodell ÖGKV:

Im Zuge der Veränderungen durch die schon mehrfach erwähnte demografische Entwicklung, die Technisierung, die wachsende Anzahl an multimorbiden und chronisch erkrankten Menschen etc. entsteht gleichzeitig ein höherer Kompetenzanspruch an das Pflegepersonal. Zur selben Zeit stellt sich die Frage ob die Ausbildung der Pflegepersonen diesen Veränderungen und den damit einhergehenden höheren Kompetenzanforderungen gerecht wird. Klar ist, dass Weiterbildungen und Bildungsangebote angepasst und erneuert werden müssen um in Zukunft keinen Mangel an Pflegepersonen hervorzurufen (ÖGKV 2011).

Der Landesverband Steiermark des Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverband hat, aufgrund der Anpassungsnotwendigkeit des bereits 2008 entwickelten „*ICN Nursing Care Continuum Framework and Competencies*“-Rahmenmodells zur Angleichung des wachsenden Pflegebedarfs und zur Heterogenität der Berufe in der Pflege, das „*Kompetenzmodell für Pflegeberufe*“ entwickelt (ÖGKV 2011, S.3). Dieses und weitere Rahmenmodelle (europäische und nationale), sowie die internationale Klassifikation der Pflegepraxis und ein Versorgungsleistungsmodell der WHO (nach Hirschmann) wurden für die Erstellung angewendet (ÖGKV 2011).

Im neu erstellten Modell wurden folgende Ziele formuliert:

- *„Fähigkeiten und Fertigkeiten von Pflegeberufen in einem Schema darzustellen;*
- *Kompetenzen der Pflege differenziert auf die verschiedenen Berufsgruppen in der*
- *Pflege im Kontext der derzeitigen und zukünftigen Herausforderungen zu beschreiben;*
- *eine Grundlage für politische Entscheidungen zu schaffen;*
- *eine Vorlage zur Entwicklung der Curricula von Pflegeberufen zu erarbeiten und*
- *dem Pflegemanagement zur Praxisentwicklung und Personalplanung einen Rahmen zu geben“*(ÖGKV 2011, S.3).

Neben den vom ÖGKV definierten Kompetenzen gibt es in der Literatur häufig definierte Kompetenzen einer Pflegeperson, welche hier angeführt werden.

Fachkompetenz von Pflegepersonen

Bunk (1994) beschreibt die Fachkompetenz als Fähigkeit über angemessene Kenntnisse und Fertigkeiten zu verfügen, um Aufgaben und Inhalte des Tätigkeitsbereiches fachgerecht zu verrichten.

Methodenkompetenz von Pflegepersonen

Die Methodenkompetenz beschreibt die Fähigkeit, für Arbeitsaufgaben, welche vom täglichen Geschehen abweichen, eine ebenso angemessene Lösung hervor zu

bringen und in dementsprechenden Situationen adäquat zu handeln (Tippelt & Edelmann 2003).

Selbstkompetenz von Pflegepersonen

Als Fähigkeit sein Selbst zu reflektieren wird laut Wittneben (1999) die Selbstkompetenz beschrieben. Oelke (1999) führt diese auf die Stärke des Charakters in Bezug auf belastende Situationen in der Pflegearbeit zurück, wie bspw. die Balancefähigkeit von Nähe und Distanz und die Reflexionsfähigkeit von Krankheit, Alter und Tod (Tippelt & Edelmann 2003).

Sozialkompetenz von Pflegepersonen

Nach Wittneben (1999) bezieht sich diese Kompetenz auf die schriftliche und mündliche Kommunikationsfähigkeit mit anderen Personen, sowie auf die Kooperations- und Artikulationsfähigkeit und die Fähigkeit Empathie zu übermitteln und Konfliktsituationen kreativ zu bewältigen und lösen (Tippelt & Edelmann 2003).

4.3 Kompetenzen von Pflegelehrpersonen

Die Profession der Pflegelehrperson setzt sich laut Terhart (2007) aus unterschiedlichen Komponenten zusammen. Zum einen ist das berufs- und situationsspezifische Wissen und Tun sowie eine der Profession entsprechende ethische Einstellung Grundvoraussetzung. Zum anderen geht aus pädagogischen Studien bezüglich der Art und der Biografie von Lehrpersonen hervor, dass ein Zusammenhang zwischen der Lebens- und Berufsbiografie besteht. Diese lassen sich nach Helsper (2001) an der pädagogischen Orientierung der Lehrpersonen festmachen (Brinker-Meyendriesch 2014).

Das Ziel der auszubildenden Pflegelehrpersonen soll ein Hinauswachsen über die Qualifikationen des Berufs und der Tätigkeiten sein. Bildung im Beruf kann mit Allgemeinbildung gleichgesetzt werden, daher sollte auch ihr Beitrag zur persönlichen Entwicklung erkannt werden. Vor allem gilt dies auch in der Ausbildung von Lehrpersonen, da der Kompetenzgrad eng mit der persönlichen Entwicklung im Zusammenhang steht. Um einen hohen Kompetenzgrad erreichen zu können, sollte

der Lehrperson jedoch die Möglichkeit eingeräumt werden sich auf persönlicher Ebene entwickeln zu können (Brinker-Meyendriesch 2014).

4.3.1 Das Kompetenzmodell für Lehrer von Lehmann und Nieke (2009)

Lehmann und Nieke zeigen in ihrem Modell, dass es für alle Professionen im Bereich der Pädagogik eine allgemeine pädagogische Kompetenz als Grundlage gibt. Als zentrale Komponente gilt das professionelle Handeln, welches von der Gesellschaftsanalyse (welches Ziel wird verfolgt), der Situationsdiagnose (Durchführung, Reflexion und Evaluation von Handlungen) und der Selbstreflexion (Einschätzung der eigenen Handlungsziele) umgeben wird. Diese sind für die Planung und Durchführung von pädagogischen Handlungen (prozesshaft dargestellt als Punkte 1-5) wesentlich.

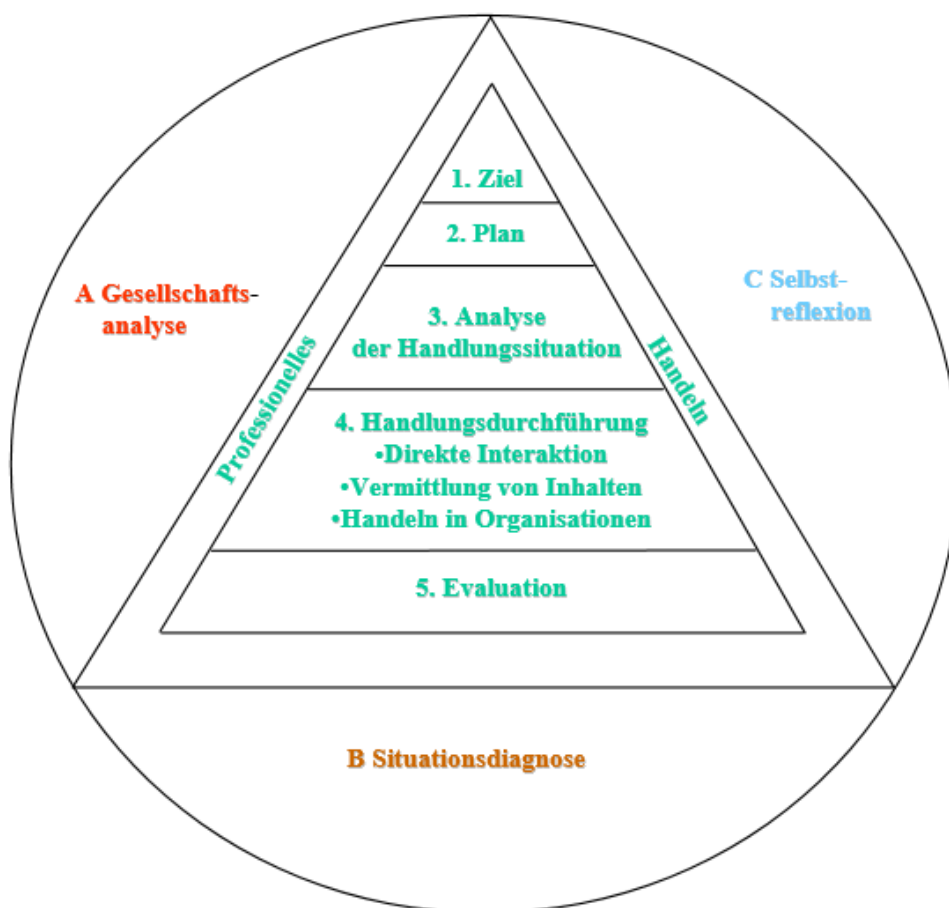


Abbildung 5: Pädagogische Kompetenz von Lehmann & Nieke 2009 (übernommen von Lehmann & Nieke 2009)

Fachkompetenz:

Im Österreichischen Pflegebericht 2007 ist ersichtlich, dass Pflegelehrpersonen zwischen einem und sechs verschiedenen Unterrichtsfächern lehren. Mit dem Akademisierungsprozess und dem damit einhergehenden Angebot an tertiären Studiengängen vermehrt sich auch das wissenschaftlich fundierte berufliche Fachwissen. Eine nachvollziehbare Folge daraus ist, dass sich bis zu 50 Prozent der Pflegelehrpersonen, in einer 2005 durchgeführten Befragung des ÖBIG, nicht ausreichend ausgebildet fühlen, einige Fächer zu unterrichten (Frauenlob 2008).

Da mit dem Prozess auch einhergeht, dass vermitteltes Wissen wissenschaftlich fundiert und begründet sein soll und kein Beibringen von feststehenden Normen und „Rezepten“ mehr ist, ist eine tertiäre und wissenschaftliche Ausbildung mittels eines pflegewissenschaftlichen Studiums unabdingbar. Es kann also gesagt werden, dass sich durch die Akademisierung das Vorbereiten eines Unterrichts um die wissenschaftliche Weiterentwicklung verändert (Frauenlob 2008).

Pädagogische Kompetenz:

Obwohl sich nahezu 50 Prozent der Pflegelehrpersonen nicht „gut genug“ ausgebildet fühlen einige Fächer zu unterrichten, werden laut Pflegebericht 2006 kaum Weiterbildungsangebote verlangt. Des Weiteren beschreibt Frauenlob (2008), dass kontinuierliche Fortbildungen für die Aufrechterhaltung der pädagogischen und didaktischen Qualifizierung der Pflegelehrpersonen, zumal sich auch u.a. Lehr- und Lernformen weiterentwickeln, nötig sind.

Bereits im Jahr 2008 werden von Frauenlob unzureichende Möglichkeiten und Wege der Qualifikationsentwicklung für die Anforderungen des beruflichen Alltags von Pflegelehrpersonen erwähnt. Überlegungen eines Studiums auf Lehramt für Pflegepädagogik sowie über pflegepädagogische Studiengänge und pflegewissenschaftliche Masterstudiengänge mit pädagogischen Einflüssen wurden ebenfalls schon im Pflegebericht 2006 diskutiert. Auch mit der Ansiedelung der Grundausbildung für Pflege auf tertiäres Niveau (bspw. Bachelorstudium an einer Fachhochschule) werden Pflegelehrpersonen damit konfrontiert, dass rein pflegepädagogische Masterstudiengänge (im Sinne von Universitätslehrgängen) nicht ausreichen um zukünftige Pflegestudentinnen und Pflegestudenten zu

unterrichten. Das Ausbildungsniveau von Lehrenden und Lernenden wäre auf einer Ebene angesiedelt, was rechtlich unzulässig ist (Frauenlob 2008).

Für derzeitige Pflegelehrpersonen bedeutet die Akademisierung laut Frauenlob eine offene Einstellung gegenüber Fortbildungen im bildungs- und fachwissenschaftlichen Bereich zu entwickeln um bezüglich des Ausbildungsweges den Entwicklungen standhalten zu können. Um beruflichen Ängsten bezüglich dieser Entwicklung seitens der Pflegelehrpersonen entgegenzukommen, werden sogenannte „*vertragliche Übergangsbestimmungen zur Qualifikationsüberführung*“ formuliert, schreibt Frauenlob (Frauenlob 2008, S.19).

4.3.2 Kompetenzen von Pflegelehrpersonen in Österreich, Deutschland und Schweden

Die Rolle von Pflegelehrpersonen ist für die Weiterentwicklung der Pflege entscheidend. Durch die Bewegung der Ausbildung in eine wissenschaftsorientierte Pflege, was für die Praxis eine evidenzbasierte Pflege bedeutet, werden von den Pflegelehrpersonen Kompetenzen in diesen Bereichen verlangt. Die Folge daraus ist die Anhebung der Pflegelehrausbildung auf tertiäres Niveau um die Wissenschaftlichkeit in der Ausbildung zu gewährleisten (Fritz et al. 2010).

Kompetenzen in Österreich:

Wie laut Fritz (2010) schon die Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft 2006 erkannte, hat der Akademisierungsprozess der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung eine große Auswirkung auf die Kompetenzen und das Qualifikationsniveau von Pflegelehrpersonen. Diese Kompetenzen sind für Österreich einerseits in der „*FH-Gesundheits- und Krankenpflege-Ausbildungsverordnung (FH-GuKAV, 2008, Anlage 3)*“ (Fritz 2010, S. 395) und in der *Gesundheits- und Krankenpflege-Lehr- und Führungsaufgaben-Verordnung – GuK-LFV §6* verankert (RIS 2015). Zusammenfassend werden hier u.a. umfassende Kenntnisse in der Pflegewissenschaft und –forschung genannt, welche denen der Studierenden übertreffen sollen (Fritz et al. 2010).

Eine Ausbildung, die der einer Sonderausbildung für Lehraufgaben nach §71 GuKG gleichgesetzt und akkreditiert werden kann, muss mindestens ein Jahr dauern und

1 600 Stunden theoretische und praktische Ausbildung umfassen. Weiters sind die Fachgebiete der Gesundheits- und Krankenpflege samt der Pflegeforschung, die Berufskunde und die Ethik, die Pädagogik die Psychologie und die Soziologie, die Unterrichtslehre und die Lehrpraxis, die Kommunikation, die Verhandlungsführung und die Konfliktbewältigung, das Management, die Organisationslehre und die Statistik sowie die Rechtskunde im Gesetzestext angeführt (Jusline 2015).

Kompetenzen in Deutschland:

Die Ausbildung für Pflegelehrpersonen ist in Deutschland im *Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege* (KrPflG) aus dem Jahr 2003 festgelegt. Hier sind unter §4 (3) die Anforderungen für die Leitung einer Gesundheits- und Krankenpflegeschule („qualifizierte Fachkraft mit konformer abgeschlossener Hochschulausbildung“) und für Lehrpersonen („pädagogisch qualifiziert mit konformer abgeschlossener Hochschulausbildung für den praktischen und theoretischen Unterricht“) festgehalten. Nicht ersichtlich sind jedoch die Kompetenzen für Lehrpersonen in der Pflege (Fritz et al. 2010).

Die Ausbildung zur Pflegelehrperson in Deutschland kann auf insgesamt 17 tertiären Einrichtungen absolviert werden. Diese sind auf neun Fachhochschulen und acht Universitäten aufgeteilt, wobei sechs Fachhochschulen einen Bachelorabschluss und drei einen weiterführenden Masterabschluss für die Pflegelehrer-Ausbildung anbieten. Laut Reiber (2008) gibt es bereits an der Universität Bremen einen Bachelorstudiengang mit pflegewissenschaftlichem und pädagogischem Schwerpunkt. Hier ist auch in weiterer Folge ein Masterstudiengang für Pflegepädagogik geplant. Für einen Masterstudiengang der Pflegepädagogik gibt es zwischen der Fachhochschule Fulda und der Universität Kassel, sowie der Fachhochschule Münster und der Universität Münster eine Kooperation. Pflegepädagogikstudiengänge finden sich an neun Fachhochschulen wieder (Köln, München, Mainz, Nürnberg, Ludwigshafen, Freiburg) sowie in Nordrhein-Westfalen und Baden-Württemberg (Reiber 2008).

Bei Bischoff-Wanner und Reiber (2008) werden Kompetenzen und Anforderungen für Lehrende in der Pflege, welche in der gegenwärtigen Literatur zu finden sind, aufgelistet. Hierzu zählen die „Selbst-Kompetenz, soziale Kompetenz, Fachkompetenz, Sprachkompetenz, Methodenkompetenz,

Organisationskompetenz, Planungskompetenz, Beurteilungskompetenz, Beratungskompetenz, Innovationskompetenz, Informations- und kommunikationstechnologische Kompetenz, gesellschaftliche Kompetenz“ etc. (Bischoff-Wanner 2008, S. 104). Für eine genauere Bestimmung werden die Kompetenzen in Teilkompetenzen zusammengefasst und genauer beschrieben. Bischoff-Wanner und Reiber (2008) sehen hierbei jedoch ein Problem. Denn diese Kompetenzlisten werden oft zu Standards in der Pflegelehrerbildung, ohne zu wissen wie der Erwerb oder die Überprüfung dieser von statten gehen soll. Die für die Berufspädagogik geltenden Kompetenzbereiche können auch auf die Pflege umgelegt werden, wobei diese dann spezifiziert werden müssen. Im Folgenden werden die Kernbereich (I-IV) inklusiven den Spezifizierungen für Pflegelehrpersonen (a.-g.) angeführt:

- I. Planung und Koordination der Ausbildung
 - a. Realisierung der Gesamtverantwortung sowohl für die schulische als auch für die praktische Ausbildung
 - b. Akquirieren von Fremddozentinnen und Fremddozenten
- II. Gestaltung und Evaluierung von Lernprozessen
 - c. für den praktischen und theoretischen Unterricht in der Ausbildung
 - d. für den klinischen Unterricht in der Praxisumgebung
- III. Interne und externe Kooperation und Interaktion
 - e. Zusammenarbeit und Kommunikation mit Praxisanleiterinnen und Praxisanleitern, Mentorinnen und Mentoren, Stellen der Praxisausübung (Stationen und Pflegedienstleitungen) sowie mit Fremddozentinnen und Fremddozenten.
- IV. Entwicklung von Schule und Ausbildung
 - f. Entwicklung von Curricula
 - g. Qualitätssicherung

Den angeführten Kompetenzen fehlt jedoch ein wesentlicher Teil, nämlich die Fachwissenschaft. In der Ausbildung für Pflegelehrpersonen sollen laut der Robert Bosch Stiftung (2000) der Umgang mit Fachliteratur, -zeitschriften und Forschungsberichten gefördert werden. Ebenso muss beim Lehren auf wissenschaftsorientierter Basis, das kritische Hinterfragen und Diskutieren eingeübt werden (Fritz et al. 2010).

An den Kompetenzen und deren Ausführungen gibt es wie man hier sieht schon im deutschsprachigen Raum sehr viele verschiedene Auslegungen. Wichtig in der Praxis ist jedoch eine Pflegelehrperson, welche professionell handelt und sich so verhält. Darmann (2005) hat diesbezüglich eine Beobachtungsstudie mit neun verschiedenen Lehrenden aus drei unterschiedlichen Schulen und vier Klassen durchgeführt. Die Ergebnisse wurden nach einer Feinanalyse kategorisiert und dargelegt. Sie bezogen sich u.a. auf Faktoren zum Professionellen Unterrichten von Pflegelehrpersonen. Laut Darmann (2005) brauchen professionelle Pflegelehrpersonen bspw.:

- *„Wissen, das ihnen hilft, ihr eigenes Verhalten zu erklären und zu Lösungen für auf sich selbst bezogene Schwierigkeiten zu gelangen,*
- *Wissen, mit dem sie Schülerverhalten erklären und Lösungen für Schülerprobleme, z. B. Lernblockaden, finden können,*
- *Wissen zur Institution Schule, zum Bildungssystem und zur Bildungspolitik,*
- *Wissen zum Unterrichtsgegenstand,*
- *Wissen darüber, wie Lernprozesse inhaltlich und methodisch gestaltet werden können“ (Darmann 2005, S. 663)*

Diese große Bandbreite an geforderten Fähigkeiten gilt es den zukünftigen Lehrerinnen und Lehrern der Gesundheits- und Krankenpflege abzuverlangen. Jedoch in einem überschaubaren Quantum. Denn nicht zuletzt sind auch der Aspekt des Lernens in der Berufspraxis und die damit verbundenen Erfahrungen für eine professionelle Pflegelehrperson ausschlaggebend.

Wie schon die „National League of Nursing“ (NLN) im Jahr 2002 beschrieb, ist die Rolle der Lehrperson in der Pflege für die Weiterentwicklung der Profession Pflege essentiell. Ebenso wichtig ist sie für die Fähigkeit dieser Disziplin, den Bedürfnissen der Gesellschaft zu entsprechen und eine angemessene Pflegequalität zu erreichen (Fritz et al. 2010).

Für die zukünftige Ausbildung von Pflegelehrpersonen in Österreich sollen nach Fritz et al. 2010 neben den pädagogischen Inhalten auch Pflegeinhalte auf Evidenz-Basierung wie bspw. die Pflege von Patientinnen und Patienten im Langzeit- oder Akutbereich vermittelt werden. Genauso erstrebenswert sind Inhalte zu Pflege-Assessments und Ausbildungsforschungsergebnissen.

Die Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (2006) fordert von ihren zukünftigen Pflegelehrpersonen eine Pädagogikausbildung auf Masterniveau, in welcher die Auszubildenden Lehrerinnen und Lehrer umfassende pflegewissenschaftliche Kenntnisse und Kompetenzen erwerben, welche nur auf Masterebene möglich sind (Fritz et al 2010). Nach Bischoff-Wanner (2008) soll die Zukunft also eine Ausbildung als aufeinander aufbauendes (**konsekutives**) Bachelor- und Masterstudium für die Pflegepädagogik oder ein **integriertes** (im Ansatz für verschiedene pflegewissenschaftliche Sparten gleich – Differenzierung nach Fachbereichen noch im Bachelor) Bachelor-/Master- Studium bringen. Jedenfalls muss der Abschluss mit einem Master erfolgen (Fritz et al. 2010).

Neben dem Lehren von evidenzbasierten Ergebnissen aus der Wissenschaft wird es in Zukunft aber auch Aufgabe der Pflegelehrpersonen sein Curricula, welche den Erfordernissen entsprechen, zu entwickeln und durch Evaluierungsarbeit zu ergänzen. Dafür ist nach Langer und Pflanzner (2005) die wissenschaftliche Kompetenz der Pflegelehrperson unerlässlich, da einerseits fundierte Kenntnisse in Englisch, der Durchführung einer Literaturrecherche, Statistik und Epidemiologie, bspw. für Suchvorgänge in internationalen Datenbanken und der Umsetzung von EBN (Evidence Based Nursing) nötig sind, und andererseits Studienergebnisse einer kritischen Beurteilung und Bewertung unterzogen werden müssen, um am aktuellen Stand der Wissenschaft unterrichten zu können. Diese Fähigkeiten können nur durch eine mehrjährige Ausbildung an einer Hochschule erworben werden (Fritz et al. 2010).

Im Curriculumentwurf möchte die Autorin jedenfalls auf die geschilderte Problematik eingehen.

Kompetenzen in Schweden:

Die Curricula in der Pflegeausbildung in Schweden orientieren sich sowohl an Pflegewissenschaft, als auch an der Wissenschaft von „Caring“ (u.a. Lehre der Wertschätzung zwischen Menschen, „die Sorge“), welche nur in den Skandinavischen Ländern als solche auftritt und neben der Pflege als zweites unabhängiges Hauptfach angeführt wird. Durch den Prozess der Akademisierung wird von Schwedischen Studierenden mehr Leistung und von den Lehrenden mehr Kompetenzen abverlangt. Dies bedeutet für Studierende eine Stärkere

Konzentration auf evidenzbasierte theoretische und praktische Fähigkeiten, Seminare und Selbststudium und für Lehrende mindestens einen PhD-Abschluss um auf Hochschulen unterrichten zu können (Hermansson & Mårtensson 2013).

Lehrende berichteten, dass sich die Wahl des pädagogischen Profils nach der Einführung des Bologna Prozesses verändert hat. Es konnte ein Trend hin zu einer Mehrzahl an Seminaren, Fallstudien, Selbststudium und Untersuchungen im klinischen Feld beobachtet werden. Eine weitere Veränderung zeigt sich durch eine Kompetenzsteigerung der Lehrenden nach der Reform. Hermansson & Mårtensson (2013) zeigen in ihrer Studie über die Veränderungen von Lehrplänen der Hebammenausbildung (Basis dieser ist die Pflegeausbildung) durch den Bologna Prozess, dass 60 Prozent aller Lehrenden an Schwedischen Universitäten mindestens einen PhD-Titel vorweisen konnten. Die übrigen 40 Prozent wiesen einen Master-Titel auf. Ebenfalls zeigte sich in dieser Studie, dass ca. 90 Prozent der Lehrenden an schwedischen Universitäten über eine pädagogische Ausbildung im Ausmaß von 15 ECTS verfügen, jedoch weniger über eine universitäre Pflege/Hebammenausbildung. Diese Zahlen stiegen auch im Zuge des Bologna Prozesses. Ebenfalls gleicht sich die Situation der Hebammen mit der Situation der Pflegenden in der Praxis bezogen auf das Ausbildungsniveau von Ausbilderinnen und Ausbildern. Das Ausbildungsniveau der Studierenden übersteigt in vielen Fällen das der Ausbilderinnen und Ausbilder in der Praxis, weshalb es auch ein Wunsch von Hochschullehrern ist, die Ausbildung auf allen Ebenen anzuheben (Hermansson & Mårtensson 2013).

Pflegepersonen, die in der Lehre tätig sein wollen, müssen entweder eine einjährige pädagogische Ausbildung an einem „Teachers College“ (pädagogische Hochschule/ Lärarhögskolan) absolvieren um eine Lehrbefugnis zu erhalten oder eine dreiwöchige pädagogische Ausbildung nach einer Spezialisierungsausbildung absolvieren (Reiber 2008). An der Universität Stockholm besteht das Pädagogische Studium bspw. aus drei Teilen – Fachstudien und Fachdidaktik, Erziehungswissenschaften und Ausbildung nach pädagogischem Einsatzgebiet (Stockholm University 2015).

Die Kompetenzen einer Pflegelehrperson werden mit verschiedenen Modellen und unterschiedlichen Formulierungen beschrieben. Die Europäische Föderation der

Pflegelehrpersonen („*European Federation of Nurse Educators*“) benannte laut Costa und Barbieri Figueredo (2008) vier Bereiche in welchen die Kernkompetenzen von Pflegelehrpersonen enthalten sein sollen: Forschung, Wissenschaft, Management und Klinische Praxis (Salminen et al. 2010).

Von Davies et al. (2005) werden insgesamt 37 Kompetenzen vorgeschlagen. Green (2006) entwickelte diesbezüglich ein Modell, das „*Synergy Model of Nursing Education (SMNE)*“, welches acht Kompetenzbereiche für Pflegelehrpersonen beschreibt. Diese sind nach Green (2006) „klinisches Denken“, „Interessensvertretung“, „Pflegepraktiken“, „Zusammenarbeit“, „systemisches Denken“, „Beantwortung von unterschiedlichen Fragestellungen“, „klinische Erhebungen“ und „Vermittlung von Lehrstoff“. Als Ziele des SMNE werden die Verbesserung des Lehr- und Lernprozesses für Lernende, Lehrende und das System sowie der Einsatz eines umfassenden Konzepts für die Entwicklung einer professionellen Pflegekarriere dargestellt. In weiterer Literatur (Johnson et al. 2002, Mogan & Knox 1987 und Nehring 1990) lassen sich auch Modelle finden, welche die Kompetenzen der Pflegelehrpersonen in fünf Kategorien unterteilen: 1) Pflegekompetenz, 2) Lehrfähigkeiten, 3) Bewertungsfähigkeiten, 4) Persönlichkeitsfaktoren und 5) Beziehung zu den Studierenden. Ebenfalls wird erwähnt, dass sich mit der Weiterentwicklung der Technik auch pädagogische Methoden weiterentwickeln. Die Anwendung von virtuellen und elektronisch basierten pädagogischen Methoden aber auch Soziale Medien und elektronische Simulationen wären hier als Beispiele zu nennen (Salminen et al. 2010).

Um die Kompetenzen von Lehrenden der Gesundheits- und Krankenpflege im Zeitalter der wachsenden Medienentwicklung und Medienpädagogik auf neuestem Stand zu halten, werden aber auch kontinuierlich Weiterbildungen auf diesem Gebiet angeboten. Am FH Campus Wien, werden bspw. speziell auf Lehr-Kompetenzentwicklung abgestimmte Seminare angeboten (FH Campus Wien 2015).

Mit der Akademisierung und der Verlagerung der Pflegeausbildung auf tertiäres Niveau haben sich für Pflegelehrpersonen viele neue Herausforderungen ergeben. Primär wurde der Fokus auf die Forschung in der Lehre verstärkt. Somit werden laut Deans et al. (2003) auch Fähigkeiten in den Bereichen Lernerleichterung in

forschungsbasierten Fächern, klinische Supervision, Forschung, Kommunikation und andere nicht-traditionelle pflegerische Fähigkeiten wie Marketing, Gesprächsführung und Unternehmerische Fähigkeiten verlangt (Salminen et al. 2010).

Durch diese Erläuterungen wird klar, dass vielerlei Ansätze und fachliche Einflüsse nötig sind, um eine optimale Ausbildung zu entwickeln. Noch dazu sollen damit so viele geforderte Kompetenzen wie notwendig, sowie deren Erlangung, abdeckt werden. Die Autorin ließ die Erkenntnisse dieses Kapitels zum Großteil in den Curriculumentwurf einfließen.

4.4 Wege der Ausbildung und Qualifizierung für Lehrerinnen und Lehrer der Gesundheits- und Krankenpflege

Aus dem österreichischen Pflegebericht 2007 ist zu entnehmen, dass circa 1100 Lehrerinnen und Lehrer für Gesundheits- und Krankenpflege an Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege beschäftigt sind. Um für diese Beschäftigung qualifiziert zu sein, ist eine Berufsausübung im Ausmaß von mindestens zwei Jahren (Vollzeitbeschäftigung) und eine Sonderausbildung für Lehraufgaben gemäß dem Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) Voraussetzung. In Österreich gibt es zahlreiche Möglichkeiten eine Sonderausbildung für Lehraufgaben zu absolvieren. Einerseits werden laut Engel (2002) Universitätslehrgänge (Vorbildung durch ein Bachelorstudium nicht notwendig) und andererseits Studiengänge an Fachhochschule und öffentlichen Universitäten nach dem Bologna Prozess (BSc, MSc, PhD) angeboten. Diese sind von den gelehrteten Inhalten und gesetzten Schwerpunkten unterschiedlich, erfüllen rechtlich jedoch die gesetzlichen Richtlinien der Verordnung für Lehr- und Führungsaufgaben laut GuKG. Qualifikationsunterschiede werden erst in der Praxis durch Vergleiche der Leistungsanforderungen erkennbar (Frauenlob 2008).

Aus dieser Tatsache heraus stellt sich nun die Frage, ob die unterschiedlichen Ausbildungswege für Lehrerinnen und Lehrer der Gesundheits- und Krankenpflege sich auch in deren Kompetenzen und Qualifikationen bemerkbar machen. Dazu

müssen jedoch erst Kompetenz- und Qualifikierungskriterien dieser Berufsgruppe bestimmt werden.

4.4.1 Zur Ausbildung von Pflegelehrpersonen in Europa

An der Fliegener Fachhochschule in Düsseldorf wurde 2014 der Masterstudiengang *„Berufspädagogik Pflege und Gesundheit (M.A.)“* von Expertinnen und Experten des Faches und Studierende der Pflegepädagogik (Bachelor) konzipiert. Das Ziel der Bedarfsdeckung von Lehrpersonen der Gesundheits- und Krankenpflege, sowie eine Qualitätsanpassung der Ausbildung wurden verfolgt. Wie auch in Österreich besteht in Deutschland ein ähnliches Problem, nämlich ein Fehlen von genügend Pflegelehrpersonen mit einer Masterausbildung. Aufgrund der bereits mehrmals genannten zukünftigen Entwicklungen im Zuge des demografischen Wandels, werden kontinuierlich mehr Pflegepersonen von Nöten sein, um eine adäquate Gesundheitsversorgung zu gewährleisten. Daher ist die Anpassung der Ausbildung an diese Entwicklungen von äußerster Wichtigkeit (Brinker-Meyendriesch 2014).

„Ausbildung ist eine zentrale Stellschraube, es können gesundheitsbezogene Aufgaben und Probleme nur so kompetent gelöst werden, wie die Ausbildung der Personen im Gesundheitswesen es ermöglicht.“ (Brinker-Meyendriesch 2014, S. 245)

Die geforderte Kompetenz kann mit einer Ausbildung der Pflegelehrpersonen auf hohem Niveau erreicht werden (Brinker-Meyendriesch 2014). Die Möglichkeiten in der nationalen und europäischen Ausbildungslandschaft für Pflegelehrpersonen mit Studien auf Bachelor- und anschließendem Masterniveau machen deutlich, dass die Aufwertung der Qualifizierung unaufhaltsam ist. Ein Anstreben der Gleichhaltung einer klassischen Lehrerbildung auf Basis eines Lehramt Studiums ist auch für Lehrerinnen und Lehrer der Gesundheits- und Krankenpflege gewünscht (Brinker-Meyendriesch 2014).

Bereits 2003 wurde im deutschen Krankenpflegegesetz die Reform hinzugefügt, dass der akademische Abschluss für die Lehrerinnen- und Lehrertätigkeit in der Gesundheits- und Krankenpflege Voraussetzung für die Berufsausübung ist, was somit auch den Prozess der Professionalisierung gestärkt hatte (Deutsches Pflegeportal 2014).

Im Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegegesetz ist die Ausbildung der Lehrerinnen und Lehrer für Gesundheits- und Krankenpflege im §17 Erweiterte und spezielle Tätigkeitsbereiche (1) (3) Ausübung von Spezial- Lehr oder Führungsaufgaben, §71 Sonderausbildung für Lehraufgaben und im §65 Sonderausbildungen geregelt. Seit dem Jahr 2003 sind auch diverse Sonderausbildungen für Lehrpersonen, wie beispielsweise Universitätslehrgänge (ULG) an Fachhochschulen, die mit dem Titel „Master of Science MSc“ abschließen, zulässig. Studien an Universitäten oder andere Ausbildungen müssen gemäß der Gleichhaltungsverordnung §65a und §65b des GuKG (1997) als gleichwertige Sonderausbildung akkreditiert werden um die Lehraufgaben ausüben zu dürfen (Jusline 2015).

Das heißt, dass in Österreich Sonderausbildungen in Form von bspw. Universitätslehrgängen Voraussetzung für die Durchführung von Lehraufgaben sind. An der Karl Franzens Universität in Graz gibt es die Möglichkeit mit dem Diplom der Gesundheits- und Krankenpflege und nach einer zweijährigen Berufserfahrung einen ULG zu absolvieren und nach fünf Semestern mit dem Abschluss „Master of Science (MSc)“ die Lehrbefugnis zu erhalten. Jedoch ist dafür keine Matura notwendig (Land Steiermark, 2014).

Um Transparenz unter den vielen verschiedenen Möglichkeiten der Ausbildung der Pflegepädagogik zu schaffen, muss es nach Bischoff-Wanner und Reiber (2008) Standards geben. Es muss sich die Frage gestellt werden, welche Kompetenzen die Pflegelehrperson am Ende der Ausbildung erreicht haben sollte (Output) und weniger, welche Inhalte vermittelt werden sollten (Input). Diese Ausbildung müsste Fragen der Kompetenz (was sollen sie können?), des Erwerbs (wo und wie soll dies erworben werden?), der Performanz (wo und wie soll gezeigt werden was erlernt wurde?) und der Qualität (was und wie soll bewertet werden?) von Pflegelehrpersonen beantworten können (Bischoff-Wanner & Reiber 2008).

Wilbers (2004) führt vier Gründe für eine notwendige Standardisierung der Ausbildung von Lehrerinnen und Lehrern an. Wesentlich seien nach ihm der Bologna-Prozess und dessen Umstrukturierung auf Bachelor- und Masterstudiengänge (1), sowie ein merklicher Unmut bezüglich der vielen unterschiedlichen Ausbildungsmöglichkeiten (2), aber auch neue Modelle der

Steuerung in der Bildungspolitik, bspw. Reformprozesse (3) und eine internationale Diskussion zur Umsetzung von Standards (4). Oelkers (2004) nennt in diesem Zusammenhang den Bezug der Ausbildung, dessen Ziele und die Kontrolle der Wirksamkeit (im Sinne einer Evaluation) als wesentliche Punkte, welche bei einer Bildungsreform beachtet werden müssen. Dies lässt sich auch auf die Ausbildung von Pflegelehrpersonen ummünzen, jedoch muss bedacht werden, dass es sich um eine Berufsausbildung handelt und zusätzlichen Komponenten Beachtung geschenkt werden muss, auch bei der Erstellung von Standards. Diese wären u.a. die Verantwortung von Pflegelehrpersonen über die theoretische und praktische Ausbildung von Pflegepersonen in Ausbildung, Koordinationsaufgaben mit Praxisausbildungsstellen, Anleitung von Praxisanleiterinnen und Praxisanleitern etc. (Bischoff-Wanner & Reiber 2008).

Als Standard wird ganz allgemein etwas, das als modellhaft angesehen wird, bspw. eine Norm, und wonach sich etwas anderes richtet, charakterisiert (Duden 2015).

Oser (2002) benennt als Standard eine Sache, die als eine komplexe Struktur von Wissen gesehen wird, in welche das Handlungswissen, welches durch Übung entsteht, einfließt. Wilbers (2004) beschreibt die Funktionen eines Standards im Zusammenhang mit einer Curriculumentwicklung folgendermaßen:

Ein Standard soll eine Ausbildung vereinheitlichen, bei der Entwicklung einer Profession unterstützen, eine Zusammenarbeit zwischen Institutionen fördern, als Instrument für Personalentwicklung an schulischen Einrichtungen nützen, als Kriterium zur Beurteilung von zukünftigen Lehrpersonen herangezogen werden und der fachdidaktischen Forschung dienen (Bischoff-Wanner & Reiber 2008).

Wenn die Möglichkeiten der Ausbildung von Pflegelehrpersonen in europäischen Bildungsstätten betrachtet werden, wird eine Vielzahl an unterschiedlichen Institutionen und Möglichkeiten vorgefunden. Von einer Einheitlichkeit kann dabei nicht gesprochen werden. Die Auswahl reicht vom Studium an Universitäten, Instituten für Weiterbildung, Abendkursen, *Teacher's Colleges* (Einrichtung zur Ausbildung von Lehrpersonen), *Polytechnics* (Einrichtung zur Berufsbildung) oder pädagogische Kurzkursen zur Qualifizierung. Auch in der Dauer der Ausbildungen gibt es markante Unterschiede, die Bandbreite bietet drei Wochen bis vier Jahre Ausbildungsdauer. Jedoch variiert das Qualifikationsniveau je nach Dauer und Art

der Ausbildung. Um einen besseren Vergleich erkennbar zu machen, soll folgende Tabelle unterstützend wirken.

Tabelle 3: Ausbildung von Pflegelehrerinnen und Pflegelehrern in Europa
(modifiziert entnommen und aktualisiert aus Reiber in Bischoff-Wanner & Reiber 2008)

	Art der Ausbildung	Art des Abschlusses	Zugang	Organisation des Studiums	Anmerkung
Ö	1. Sonderausbildung	Lehrer/in für Gesundheits- und Krankenpflege	Ausbildung Pflege	Sonderausbildung (20 Monate)	Lehr- und Leitungsqualifizierung (Stand 15.10.2015, ProPraxis, Ausbildung gemäß §71 GuKG)
	2. ULG	Akademischer Lehrer/in für Gesundheits- und Krankenpflege	Ausbildung Pflege + 2 Jahre Berufserfahrung und Aufnahmetest	Lehrgang (2 Jahre) an Instituten in Zusammenarbeit mit Universitäten	Lehr- und Leitungsqualifizierung
	3. Universität	Master of Science	Ausbildung Pflege + 2 Jahre Berufserfahrung + Bachelor of Science	Studium an Universität in Zusammenarbeit mit Schule der Gesundheits- und Krankenpflege	Lehr- und Leitungsqualifizierung, Lehren an Hochschulen
D	1. Universität, FH	Bachelor/Master of Arts, Bachelor of Science, Master of Education, Diplom-Pflegepädagoge/-in, Diplom-Berufspädagoge/-in	Hochschulzugangsberechtigung, Praktikum Pflege, Ausbildung Pflege, Bachelorabschluss, Berufspraxis (mind. 1 Jahr)	Studium mit Praktika u/o Praxissemester	Lehr- und Leitungsqualifizierung, viel Differenzierung in den verschiedenen Bundesländern

S	1. Lehre in der Pflege	Master als zusätzliche Qualifikation	Ausbildung Pflege für 1. und 2. voraussetzend	1 Jahr „Teachers College“	Pädagogische Ausbildung
	2. Studium an Universität			Fachstudium, kein pädagogisches Studium	zusätzliche pädagogische Ausbildung
G B	1. Lecturer 2. Practice-Educator 3. Mentor 4. Preceptor	Postgraduate Diploma of Education Master of Science	Ausbildung Pflege (RN) 3 Jahre Universität (Diploma), 3 Jahre Universität (Bachelor)	Weiterbildung an Universität (mind. 6 Monate) und Vorbereitungs-kurs für Lehrqualifikation (1 Jahr)	1. Lehren auf Hochschule 2. In Praxis tätig, erhebt Bedarf an Weiterbildung im Team 3. Unterstützung von Studierenden, Vorbild in Praxis 4. Einarbeitung neuer Mitarbeiter

Bei Sieger (2001) wird als eine der Folgen der Akademisierung die Veränderung der Infrastruktur bezüglich der Ausbildung auf tertiärem Niveau beschrieben. Diese Veränderung sind Umsetzungen auf Bedarfsebene und weniger auf die Weiterentwicklung der Wissenschaft zurückzuführen. Im deutschsprachigen Raum wird die Modernisierung und Transformierung des Gesundheits- und Pflegesektors als eine weitere Folge der Akademisierung gesehen, wobei die schon mehrmals erwähnten Faktoren demografischer Wandel, Pflegenotstand, chronisch Kranke, Multimorbidität etc., eine wesentliche Rolle spielen (Bischoff-Wanner & Reiber 2008).

Reiber (2008) beschreibt einen Zuwachs an circa 500 Studentinnen und Studenten, in den Fachrichtungen Pflege/Gesundheit und Pflegepädagogik pro Jahr. Die Entwicklung der Lehrerinnen- und Lehrerbildung im pflegerischen und berufsbildenden Bereich hat seit 1987 (62 Studierende) im Vergleich zu 2005 (274 Studierende) stark zugenommen und viele Uneinheitlichkeiten mit sich gebracht. In

Deutschland gibt es alleine bei den Bezeichnungen der Absolventinnen und Absolventen eines Pflegepädagogischen Studiums schon grobe Unterschiede. So werden bspw. Masterabschlüsse an der FH in Esslingen, Köln und Fulda mit einem „Master of Arts“, an der FH in Münster mit einem „Master of Education“ belegt. Nicht nur der Titel variiert in den verschiedenen Ausbildungsstätten, sondern auch die Art der Pflegepädagogikausbildung. So bieten manche Hochschulen nur eine Ausbildung auf Bachelorebene an, Universitäten nur einen weiterführenden Master und manche Hochschulen sowohl eine halbtintegrierte, als auch eine konsekutive Lösung an (Bischoff-Wanner & Reiber 2008).

Die Ausbildung zur Pflegelehrperson in Schweden wird entweder durch eine zusätzliche pädagogische Ausbildung im Anschluss einer Spezialisierungsausbildung mit Masterabschluss absolviert, oder es wird dem grundständigem Bachelorstudium der Pflege ein pädagogisches Masterstudium an einer pädagogischen Hochschule (Teachers College) angehängt (Reiber 2008).

Laut Frau Aarts, außerordentliche Professorin, Revisorin für „Public Health Nursing“ und Betreuerin und Prüferin für Abschlussarbeiten an der Uppsala Universität, Abteilung für Pflegeforschung und Public Health, gibt es in Schweden eben unterschiedliche Zugänge zur Pflegepädagogikausbildung. Einerseits eine kurze Ausbildung auf Universitätsniveau für Pflegende die bereits eine Spezialisierung auf tertiärer Ebene aufweisen können und andererseits auf „College“-Ebene für Pflegende mit der Befugnis die Pflegehilfe-Berufe zu unterrichten. Diese Ausbildung umfasst mindestens ein Jahr an einem „Teachers College“.

In der oben angeführten Tabelle sind auch Daten aus Großbritannien enthalten. Diese wurden interessenthalber eingefügt und um einen umfassenderen Blick auf die Ausbildungssituation von Pflegelehrerinnen und Pflegelehrern in Europa zu erhalten.

Zugangsvoraussetzungen zum Studium in Europa:

Von einer abgeschlossenen beruflichen Ausbildung im Pflegebereich – mit, aber auch ohne Berufserfahrung -, über andere Berufsausbildungen im Gesundheitswesen bis keiner Berufsausbildung, oder der Absolvierung eines Praktikums oder einer Bachelorausbildung im Vorfeld, gibt es alle Möglichkeiten und Varianten von Zugangsvoraussetzungen. Diese gibt es sowohl für Studiengänge mit

pflegewissenschaftlichem Schwerpunkt, aber auch für pflegepädagogische. Letztere setzen jedoch in den meisten Fällen ein berufsbildendes Praktikum voraus. Ist das nicht der Fall, ergeben sich erhebliche Probleme während des Studiums, da die zukünftigen Lehrpersonen auf Praxiserfahrungen für das zukünftige Unterrichten angewiesen sind und darauf aufbauen können. Reiber (2008) zeigt diesbezüglich auch die Problematik auf, dass Lehrerinnen und Lehrer der Gesundheits- und Krankenpflege sowohl in Theorie als auch in der Praxis die Befähigung zum Unterrichten haben müssen. Dies kann nur gewährleistet werden, wenn die Lehrperson eine adäquate Berufserfahrung mitbringt (Bischoff-Wanner & Reiber 2008).

Um eine Standardisierung in der Ausbildung der Pflegelehrpersonen zu ermöglichen, ist es laut Reiber (2008) notwendig den Abschluss auf Masterebene zur Regel zu machen.

4.4.2 Zusammenfassung zur Ausbildungssituation

Die Ausbildungsmöglichkeiten von Pflegelehrpersonen in Europa variieren sehr stark, es gibt keine Übereinstimmung über die geforderten Mindestqualifikationen oder notwendigen Erfahrungen von Pflegepädagogen. Ganz allgemein gilt jedoch, dass zumindest ein Hochschulabschluss vorhanden sein muss. Die Wege der Ausbildung in Europa sind zusätzlich oft ganz schlecht beschrieben und existieren in vielen unterschiedlichen Formen, so Jackson et al. (2009). Darüber hinaus wird ein Doktor-Titel als Abschluss für Pflegelehrpersonen erwünscht, da er die Basis für zukünftige Forschungsleiter in der Gesundheits- und Krankenpflege darstellt. Nach Jackson und Butterworth (2007) ist die geringe Anzahl an promovierten Pflegekräften in Großbritannien in Bezug auf die zukünftigen Forschungsaufgaben Besorgnis erregend. In Finnland haben bereits zehn Prozent der Pflegepädagoginnen und Pflegepädagogen einen Dokortitel (Salminen et al. 2010).

Bis jedoch die Forderung nach einem Dokortitel für Pflegelehrpersonen in Österreich laut wird, sind noch viele Veränderungsbewegungen und Jahre der Entwicklung, Beobachtung und Bedarfsprüfung von Nöten.

5. Entwicklung eines Curriculums

Zu Beginn dieses Kapitels werden der Entwicklungsvorgang eines Curriculums und der curriculare Prozess in groben und allgemeinen Zügen erläutert. Im Anschluss daran geht die Autorin auf die Besonderheiten der curricularen Entwicklung für Gesundheitsberufe und Pflegeberufe ein. Im weiteren Verlauf werden Kriterien für ein Pflegepädagogisches Curriculum auf Masterniveau beschrieben und der Entwurf daraus wird vorgestellt.

Zur Entwicklung eines Curriculums in der Berufsbildung existieren nach Evers (2011) eine Vielzahl an Konzepten und Ansätzen, die eine Auswahl erschweren. Nennenswert sind hierfür Robinsohn [Revision von Curricula], Siebert [Konstruktion von Curricula im Bereich der Erwachsenenbildung], Reetz und Seyd [Prinzipien zur Gestaltung von Curricula] sowie Blankertz [Strukturgitteransatz] (Bonse-Rohmann & Burchert 2011). Auf diese wird hier jedoch nicht näher eingegangen.

Obwohl das Curriculum als Forschungsgebiet laut Karseth (2008) nie eine wichtige Rolle in der europäischen Hochschulbildung gespielt hat, wird es aufgrund der steigenden Komplexität der akademischen Ausbildung und der Ausweitung dieser immer wichtiger. Das Curriculum legt seinen Fokus im Gegensatz zu einem traditionellen auf einen globalen Weitblick. Es grenzt sich vom fachbezogenen Unterricht ab und strebt hin zum studierendenzentrierten Lehren. Der Fokus wird dabei eher auf die Erlangung von Kompetenzen und allgemeinen Fähigkeiten als auf Wissen und Inhalte gesetzt (Öhlén et al. 2011).

Karseth (2008) schreibt auch, dass ein Versuch der Bildung von Rahmenbedingungen auf europäischer und nationaler Ebene für ein zielorientiertes Curriculum anzustreben sei, welches kontextuell im nationalen Bildungssystem angepasst werden kann (Öhlén et al. 2011).

Nach der Hochschulreform in Schweden im Jahr 1993, wurde die Pflegeausbildung von einem rational-wissenschaftlichen Curriculum auf ein vermehrt humanistisch-liberales Curriculum und von einer integrierten Curriculum-Form zu einer kollektiven Form umgestellt. Nach 2007 kam wieder vermehrt das integrierte Curriculum auf, was nicht zuletzt auch durch sich verändernde Werte in der Gesellschaft und der Politik erklärt werden kann. Kollektiv bedeutet im Sinne eines Curriculums, dass es

eine strikte Trennung zwischen den Fächern, Ebenen und Lernergebnissen gibt. Den Studierenden wird es dadurch erleichtert, sich einen klaren Überblick über die Lernziele, die pädagogischen Ideale und den Verlauf zwischen den Fächern des Lehrplanes zu verschaffen. Für Lehrpersonen bedeutet ein kollektives Curriculum, dass unterschiedliche Machtverhältnisse in den Fächern und zwischen Studierenden und Lehrenden existieren. Bei einem integriertem Curriculum, oder einer Kombination aus einem kollektiven und einem integrierten Curriculum, verschwimmen die Grenzen zwischen den Fächern, der Theorie und der Praxis miteinander. So verhält sich im Lehr- und Lernprozess auch das Machtverhältnis zwischen Lehrenden und Studierenden (Öhlen et al. 2011).

Vage formulierte und abstrahierte Curricula können die Qualität von Pflege-Studiengängen beeinflussen, da es für Lehrende, aber noch viel mehr für Studierende, schwierig ist, unklare Lehrpläne zu verstehen und offenzulegen. Die Lehrenden spielen hier eine wichtige Rolle, nämlich den Lehrplan für die Studierenden in seiner Sinnhaftigkeit verständlich und begreifbar zu machen (Öhlen et al. 2011).

5.1 Der curriculare Prozess – vom Bedarf zum Ziel

Auf der Basis von Robinsohns Grundgedanken zum Prozess der Curriculumentwicklung, hat Siebert (1974) diesen Ansatz für berufliche Curricula weiterentwickelt und Knigge-Demal (2001) dieses Modell auf die Pflegeausbildung übertragen. Nach Siebert lässt sich aus dem Ansatz von Robinsohn die Analyse von Situationen im Beruf aus den übergeordneten Zielen, den sogenannten Leitzielen, des Berufes ableiten. Bezogen auf die Gesundheits- und Krankenpflege heißt das, dass das Berufsverständnis, die Philosophie der Pflege und die Erkenntnisse aus der Wissenschaft in die Unterrichtsentscheidungen maßgeblich einfließen. Aus dem Prozessmodell sind bspw. wichtige Kriterien und Faktoren für ein Curriculum in der Pflege sehr gut abzuleiten (Bielefeld & Noska 2006).

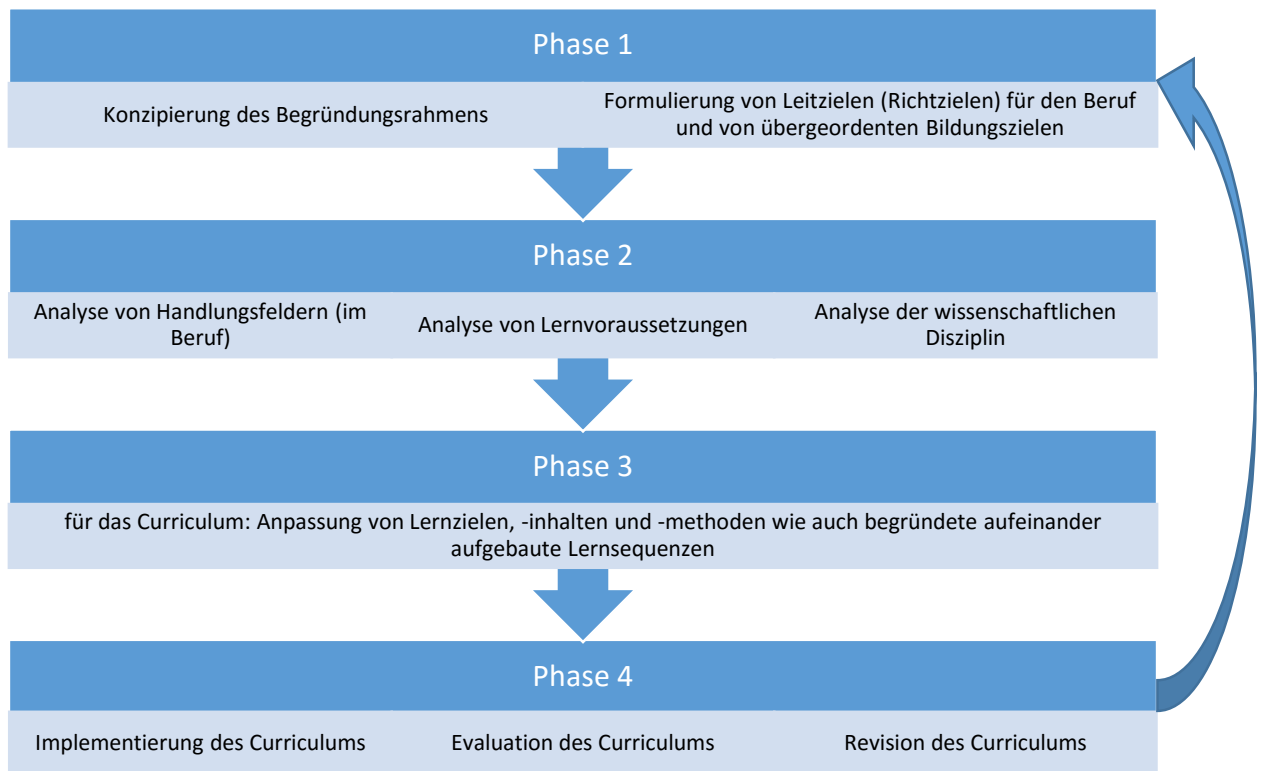


Abbildung 6: Phasen des curricularen Prozesses (angelehnt an Siebert 1974 und Knigge-Demal 1988/98 in Bielefeld & Noska 2006)

Durch die Erhebung der Bedürfnisse und Notwendigkeiten, bspw. im Falle der Pflegepädagogik aufgrund der Akademisierung, werden Leitziele formuliert und ein Begründungsrahmen genannt. Im Anschluss werden Fächer (Handlungsfeder) mit den notwendigen Strategien und gewünschten Outcomes definiert. Im nächsten Schritt werden Inhalte, Ziele und Methoden des Lernens angepasst und Lernsequenzen begründet. In der letzten Phase des Prozesses wird das Curriculum implementiert, evaluiert und revidiert bis der Prozess wiederum bei Phase 1 beginnt um die Ergebnisse der Evaluation umzusetzen.

In der curricularen Entwicklungsarbeit findet sich auch die Makro- Meso- und Mikroebene, zur Unterteilung der Prozessarbeit, wieder. So ist der maßgebende, pädagogisch-didaktisch und theoretischer Rahmen in der Makroebene angesiedelt, die Organisationsform und Strukturierung von Prozessen in der Mesoebene und die Gestaltungsmöglichkeiten der entsprechenden Unterrichtsmethoden sowie deren didaktischen Prinzipien in der Mikroebene zu finden (Bielefeld & Noska 2006).

Laut Brinker-Meyendriesch (2014) können die folgenden drei Prinzipien eine Ausbildung für Lehrerinnen und Lehrer der Gesundheits- und Krankenpflege festlegen:

- „*Wissenschafts-*
- *Situations-*
- *Persönlichkeitsprinzip*“ (Brinker-Meyendriesch 2014, S. 248)

Diese werden als „*hochschuldidaktische Bestimmungsgrößen*“ für die Entwicklung des Studiengangs verwendet und ergänzen sich in ihren jeweiligen Aufgaben. Außerdem können somit Perspektiven verschiedenster Art zur Kompetenzorientierung ins Studium auf tertiärem Niveau eingebaut werden (Brinker-Meyendriesch 2014).

Im Folgenden werden diese Bestimmungsgrößen beschrieben:

5.1.1 Wissenschaftsprinzip:

Dieses Prinzip steht für die Sicherung des auf den wissenschaftlichen Grundlagen basierenden Hochschulwissens der Bildungswissenschaft und der Didaktik. Es ist damit für die Berechtigung der Inhalte der Ausbildung und für die Schwerpunktsetzung der Lehrveranstaltungen richtungsweisend. Zukünftigen Pflegelehrpersonen soll dadurch die Sicherheit gegeben werden, Handlungen in der Praxis auf wissenschaftliche Grundlagen stützen zu können, kritische und rationale Kommunikation in einer Gruppe zu führen und künftige Praxissituationen und/oder -probleme auf wissenschaftlicher Basis aufzuarbeiten. Neben dem Allgemeinwissen haben im Wissenschaftsprinzip auch Begründungen und Erklärungen, im Zusammenhang mit der jeweils geltenden Wissenschaft, ihren Platz (Brinker-Meyendriesch 2014).

5.1.2 Situationsprinzip

Mit dem Situationsprinzip werden positive und/oder negative Erfahrungen und Situationen aus jeglicher Berufs- und Ausbildungspraxis, Fort- und Weiterbildungen sowie aus vorangegangenen Studien in die tertiäre Ausbildung mit eingegliedert. Dies bezieht sich nach Helsper (2011) auf die Idee der „*rekonstruktiven Fallarbeit in der Lehrerbildung*“ welche bedeutend für die „*professionelle Habitusbildung*“ von Pflegelehrpersonen ist (Brinker-Meyendriesch 2014, S. 248). Da sich aus dem reflektieren von Situationen und Handlungen bzw. Verhalten in schwierigen Lagen

wiederum neue Handlungswege und Erfahrungen bilden und evaluieren lassen, hat dieses Prinzip einen wichtigen Stellenwert in der Ausbildung. Somit werden nicht nur die Reflexionsfähigkeit und das situationsbedingte „Überdenken“ von Handlungen der Lehrpersonen selbst, sondern auch das der Lernenden geschärft (Brinker-Meyendriesch 2014).

5.1.3 Persönlichkeitsprinzip:

Dieses Prinzip setzt sein Hauptaugenmerk, wie Welling (2012) beschreibt, auf die persönlichen Wege und Arten der Lernstoffgenerierung und Aneignung aber auch auf die Interessen und Anliegen der Studierenden. Die persönliche Entwicklung, Motivation und ein vielfaches Interessensspektrum von Lehrpersonen im Beruf werden schon von Mayer (2011) als wichtige Faktoren zur Stärkung des „Selbstentwicklung“ und „Selbstwirksamkeit“ genannt (Brinker-Meyendriesch 2014, S. 249). Es soll Pflegelehrpersonen dabei unterstützen u.a. Selbstreflexion zu lehren, bspw. dass Handlungen welche aus objektiver (und pflegerischer) Sicht notwendig sind mit den subjektiven Bedürfnissen der/des zu Pflegenden abzugleichen (Brinker-Meyendriesch 2014).

5.2 Evaluation und Analyse eines Curriculums

Im Rahmen einer Diplomarbeit im Studiengang Pflegepädagogik in Nordrhein-Westfalen wurde ein pflegebezogenes Instrument zur Evaluation von Curricula in der Pflege entwickelt. Dieses entstand, da bis dato kein solches existierte um Pflegecurricula zu vergleichen und analysieren. Es soll ermöglichen, die Informationen von verschiedenen Curricula in der Pflege nachvollziehbar zu machen und daraus eine Synopse zu erstellen welche bspw. für Lehrende in der Pflege zugänglich sind. Das Instrument kann jedoch nicht direkt bewerten, d.h. es kann keine Einstufung in „besser“/„schlechter“ getroffen werden. Es soll lediglich nachvollziehbar beschreiben und aufliegende Dokumente bewerten. Ein Werturteil soll und kann hier nur subjektiv gefällt werden. Da dieses noch keiner systematischen Überprüfung unterlag, wurde dennoch ein großer Nutzen daraus gezogen. Es wurde als Leitfaden für die Überarbeitung und Neugestaltung von Curricula in der Pflege im Zuge der Gesetzeserneuerung des deutschen

Krankenpflegegesetzes 2004 verwendet und herangezogen (Bielefeldt & Noska 2006).

Nach Salminen et al. (2010) zeichnet sich ein erfolgreiches Curriculum nicht nur nach den erzielten Lernergebnissen aus, sondern auch nach deren Messbarkeit. Deshalb ist der Bedarf an einem Werkzeug zur Beurteilung der Lernerfolgskontrolle gegeben.

5.2.1 Gütekriterien

Tippelt und Edelmann (2003) erläutern diesbezüglich, dass es bei beruflichen Curricula bezüglich ihrer Qualität große Unterschiede gibt. Um diese bewerten zu können sind neben klaren gesetzlichen Rahmenbedingungen auch Gütekriterien von Bedeutung. Diese werden im Folgenden kurz angeführt.

Transparenz von Entscheidungen und Bedingungen:

Die Offenlegung von Prozessen in der Entwicklung von Curricula sollte für die Diskussion und Reflexion von Teilergebnissen wie Dauer der Ausbildung, Richtziele, Lernziele, Inhalte etc. gewährleisten sein.

Offene und flexible Gestaltung von modernen Curricula:

Dies ist für den allgemeinen Einsatz des Curriculums in allen Regionen wichtig um eine Einheitlichkeit zu gewährleisten. Die Ziele und Inhalte sollten in eine Richtung leiten, jedoch eine Offenheit für Handlungsspielräume und Kreativität in der Problemorientierung zulassen. Diese Offenheit lässt auch eine adäquate Anpassung und Aktualisierung von beruflichen Anforderungen zu.

Vollständigkeit von beruflichen Curricula:

Alle Komponenten für die Planung der Ausbildung müssen beschrieben sein, sowie eine Abstufung vom Allgemeinen zum Speziellen.

Notwendigkeit der Wissenschaftsorientierung von beruflichen Curricula:

Hierbei ist wichtig, dass genügend Fachpersonal aus Wissenschaft, Beruf und Pädagogik einen Einfluss auf die Curriculumentwicklung hat. Jedenfalls muss der

aktuellste wissenschaftliche Kenntnisstand bei der Erarbeitung von Lernzielen und Lernmethoden berücksichtigt werden.

Erfüllung des Effizienzkriteriums:

Hier soll sichergestellt werden, dass der Aufwand der Curriculums die Lernenden nicht über- oder unterfordert. Die Schwierigkeiten, der Umfang und die Lernziele sind im Besten Fall an die Zielgruppe angepasst. Festgestellt werden kann dies jedoch nur in der Erprobung des Curriculumentwurfs auf regionaler Ebene und einer nachfolgenden Korrektur.

Der gesellschaftliche Konsens als Grundlage von beruflichen Curricula:

Die Richtziele bestimmen die Entwicklung von beruflichen Curricula und diese basieren auf den Interessen der beteiligten gesellschaftlichen Gruppen wie Arbeitnehmer, Arbeitgeber, Ministerien etc. In Gesellschaften mit einer Demokratie wird vorgeschlagen, den Curriculumentwurf z.B. verschiedenen Einrichtungen und Vertretern von Berufskammern bezüglich einer Stellungnahme zukommen zu lassen um auch diesen Konsens herzustellen.

Kompetente und anerkannte Entscheidungsträger:

Der Auftrag einer Curriculumentwicklung geht mit einem politisch motivierten Auftrag einher. Dies erlaubt die Legitimation und Umsetzung des Curriculums. Zusätzlich müssen Entscheidungsträger im Prozess der Curriculumentwicklung pädagogische und fachliche Kompetenzen aufweisen und Erfahrungen im Bereich der Curriculumentwicklung mitbringen (Tippelt & Edelmann 2003).

5.2.2 Veränderungen der Arbeitsbedingungen und resultierende Folgen für die Entwicklung eines Curriculums

Tippelt und Edelmann (2003) beschreiben auf Grundlage des Instituts für Arbeits- und Berufsforschung zahlreiche Trends welche bspw. die Ausbildung der professionell Pflegenden und Entwicklungen im Gesundheits- und Pflegebereich stark beeinflussen. Zu nennen sind die technologischen Innovationen, die wirtschaftliche Globalisierung und Internationalisierung, der gesellschaftliche Wertewandel und die Individualisierung in der Arbeits- und Lebenswelt, eine Zunahme der Erwerbstätigkeit von Frauen, die demografische Entwicklung –

insbesondere die Überalterung der Industriegesellschaft und der Trend zum ökologischen Wirtschaften.

Auch in der Pflege sind diese Veränderungen zu spüren und schlagen sich nicht zuletzt in der Organisation und Struktur der Arbeit nieder. Zu merken sind diese Veränderungen an einer Zunahme an Eigenverantwortung, Selbststeuerung der Tätigkeiten und Eigeninitiative von Pflegepersonen (Tippelt & Edelmann 2003).

Ebenso wird deutlich, dass durch diese Veränderungen eine Kompetenzerweiterung nötig wird. Neben der Fachkompetenz wird im Gesundheits- und Pflegebereich die Vermittlung der Methoden-, Selbst- und Sozialkompetenz für eine Ganzheitlichkeit und Komplexität der pflegerischen Handlungskompetenz wichtig. Die Vermittlung dieser Kompetenzen ist wie der Prozess des lebenslangen Lernens zu verstehen (Tippelt & Edelmann 2003).

Folgen für die Entwicklung eines Curriculums:

U.a. ist durch die oben genannten Trends eine Anpassung der Curricula für die Ausbildung im Gesundheits- und Pflegebereich zu berücksichtigen. Jedoch hat jede Änderung in der grundständigen Pflegeausbildung auch eine Auswirkung auf die Ausbildung der Pflegelehrpersonen.

Auf Seite der Pflegelehrpersonen wären hier die Veränderungen und Anpassungen der Kompetenzen an die gesetzlich geforderten Bedingungen anzuführen, welche sich bei der Entwicklung eines Curriculums bezüglich der Auswahl und Anpassung der Inhalte widerspiegelt.

6. Entwurf eines Curriculums auf internationaler Basis

An dieser Stelle wird angemerkt, dass das Entwickeln eines eigenständigen Curriculums für ein Masterstudium für Pflegepädagogik auf internationaler Basis den Umfang und die Anforderungen einer Masterarbeit überschreiten würde. Dafür wären ein gesamtes Gremium, eine Vielzahl an verschiedenen Fachexpertisen und Personen aus Politik und Bildung notwendig. Diese Anforderungen können in diesem Rahmen nicht umgesetzt werden. Die Autorin hat deshalb beschlossen,

einen Entwurf zu präsentieren, in welchem die erarbeiteten Faktoren aus den Fachartikeln, Studien und Internetrecherchen einfließen.

In diesem Kapitel wird eine Möglichkeit zur Curriculumentwicklung präsentiert, danach wird auf die Vorgehensweise für den Entwurf des Curriculums, zur Beantwortung der Forschungsfrage, eingegangen.

6.1 DACUM - Methode nach Norton (2000)

Die DACUM – Methode (DEveloping A CURriculuM) nach Norton (2000) ist eine international weit verbreitete Methode zur Entwicklung beruflicher Curricula. Bereits in den 1960er Jahren wurde sie in Kanada und den USA entworfen und kontinuierlich optimiert. Heute wird sie hauptsächlich mit dem Ohio State University College of Education und dessen DACUM – Direktor Robert E. Norton verknüpfend erwähnt (Tippelt & Edelmann 2003).

Die DACUM – Methode soll schnell und möglichst ökonomisch Aufgabenfelder und Verantwortungsbereiche für Berufe benennen. Die funktioniert in Workshops, dessen Teilnehmerinnen und Teilnehmer erfahrene Beschäftigte einer Berufsgruppe sind, mittels Brainstorming. Neben den Tätigkeiten können hier auch Trends für die Zukunft und Perspektiven zur Entwicklung herausgefunden werden. Durch diesen Prozess können die Entwickler des Curriculums Kenntnisse zu Unterrichtsinhalten gewinnen, welche dann zusammen mit Lehrpersonen und den Verantwortlichen für die Ausbildung diskutiert werden können. Als Resultat werden von Collum (1999) Unterrichtsmethoden, Zeitaufwand, Aufteilung und Möglichkeiten für den Erwerb von den benötigten Kompetenzen festgelegt (Tippelt & Edelmann 2003).

Laut Norton (2000) findet diese Methode in über 30 Ländern aufgrund des geringen Zeitaufwandes, der zuverlässigen Ergebnisse und der niedrigen Kosten starken Anklang. Als Nachteil wird die Subjektivität der Ergebnisse angeführt. Vor allem in Berufen, die einem schnellen Wandel durch Weiterentwicklung durchmachen ist sie optimal einzusetzen. Hierzu zählt vor allem der Bereich Pflege und Gesundheit (Tippelt & Edelmann 2003)

Speziell für die Entwicklung von beruflichen Curricula für den Bereich Gesundheit und Pflege ist zu erwähnen, dass sich die Herangehensweise bezogen auf die oben genannten Gütekriterien (Transparenz, offene Gestaltung, Vollständigkeit, Wissenschaftsorientierung, Effizienzkriterien, gesellschaftlicher Konsens und kompetent Entscheidungsträger) sowie auf die Relevanz (Nachhaltigkeit, technologische und wissenschaftliche Weiterentwicklung - EBN, demografischer Wandel, Kompetenzerweiterung etc.) und das Miteinbeziehen einer speziellen Methode (DACUM) zu berücksichtigen sind. Nur so kann eine adäquate Entwicklung gewährleistet werden (Tippelt & Edelmann 2003).

Da im Rahmen dieser Arbeit so eine Methode unmöglich umzusetzen ist, wird der Entwurf des Curriculums an den „Leitfaden zur lernergebnisorientierten Curriculumentwicklung“ vom Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur nach Schlögl et al. (2012), dem „Handbuch zur Erstellung von Curricula an der Universität Graz“ der Karl-Franzens-Universität Graz (2015) und dem „Mustercurriculum für Masterstudien“ der Karl-Franzens-Universität Graz (2014) angelehnt.

6.2 Vorgehensweise und Auswahl europäischer Curricula

Für den Curriculumentwurf wurden Curricula aus dem deutschsprachigen Raum (Österreich und Deutschland) sowie ein schwedisches Curriculum herangezogen. Um Zugang zu einem schwedischen Curriculum zu bekommen, wurde Kontakt zu Frau Aarts und Frau Apelgren von der Uppsala Universität, Abteilung für Pflegeforschung und Public Health sowie Abteilung für Studienangelegenheiten aufgenommen, danach wurde eine Internetrecherche in schwedischer Sprache durchgeführt. Die einfließenden Curricula wurden von der Autorin nach subjektiven Kriterien (Titel, Aufbau, Inhalt, Zielsetzung, Kompetenzerwerb) ausgewählt.

Um die Kompetenzen für das Curriculum herauszufiltern und danach Module zu gestalten wurden die Kompetenzen aus der hier verwendeten Literatur, Studien und Fachartikeln zusammengeführt und in Kategorien eingeteilt. Es wurde ein Überbegriff zur Benennung des Moduls gewählt, Lehrinhalte wurden nach Stimmigkeit beigefügt. Angelehnt wurde das Curriculum an österreichische

Vorbilder (Medizinische Universität Graz 2013, FH Campus Wien 2014, Donau Universität Krems 2014), ein deutsches (Fliegener FH Düsseldorf 2015) und ein schwedisches Vorbild (Stockholms Universitet 2014). Die Gegenüberstellung der europäischen Ausbildungen wird im Anhang angeführt. Als Vorlagen zur Curriculumgestaltung dienten, wie oben erwähnt, das Mustercurriculum für Masterstudien der Karl-Franzens Universität Graz, das Handbuch zur Erstellung von Curricula an der Universität Graz und der Leitfaden zur Lernergebnisorientierten Curriculumentwicklung von Schlögl et al. 2012.

6.3 Überlegungen zum Entwerfen eines Curriculums

Um international wettbewerbsfähig zu sein, im Sinne von Wahrnehmen von Weiterbildungsmöglichkeiten, Vergleichbarkeit des Ausbildungsniveaus und der Kompetenzen sowie die Möglichkeit im Ausland zu arbeiten, wird die Anpassung an internationale Ausbildungsstandards notwendig werden (Panke-Kochinke et al 2015).

Diese Ansprüche setzen jedoch eine qualitative Hochwertigkeit und Nachhaltigkeit der Ausbildung voraus, welche sich wiederum durch didaktische und curriculare Herausforderungen zeigen. Um ein Curriculum zu adaptieren, ist es notwendig im ersten Schritt den Grund für die Veränderung zu beschreiben. Auf bereits bestehenden Strukturen kann mittels Ergänzung und Veränderung der aktuellen Sachlage aufgebaut werden. Didaktische Ziele und Grundlagen sollen unter Berücksichtigung der auszubildenden Zielgruppe gewählt werden, um eine adäquate Lehrform zu gewährleisten. Schließlich sollen durch die Auswahl der Lehr- und Lernform die Lernenden weder über- noch unterfordern und eine akzeptable und vertretbare berufliche Handlungskompetenz von Auszubildenden und Ausbildenden hervorbringen (Panke-Kochinke et al 2015).

Für den Entwurf eines Curriculums ergeben sich nach den genannten Vorgaben folgende didaktische Gedanken:

- Anpassung der Pflege an Anforderungen, hervorgerufen durch gesellschaftliche Veränderungen

- Basierend auf bestehenden gesetzlichen Vorgaben, Rahmenbedingungen, Richtlinien und Grundlagen eines Curriculums
- Gesetzlich vorgegebene Themen und Lernfelder können in Modulen angeboten werden um eine Flexibilität im Angebot zu schaffen
- Grundlagenformulierungen basieren auf Anforderungsprofilen der Lernenden (Panke-Kochinke et al 2015).

Als Vorarbeit zum Entwurf eines Curriculums sind Überlegungen zu didaktischen Grundlagen und zusätzlichen Konzepten notwendig. Panke-Kochinke et al. (2015) beschreiben die „*Ermöglichungsdidaktik nach Arnold*“ als eine Grundlage in der Entwicklung eines modularisierten Curriculums.

Bei der Ermöglichungsdidaktik nach Arnold steht der nachhaltige Reflexionsprozess des Lernenden im Lernprozess im Mittelpunkt. Als dessen Grundvoraussetzung muss die Selbsterfahrung gefördert werden. Selbstlernkompetenzen sollen demnach anhaltend erworben werden (Panke-Kochinke et al. 2015).

Außerdem ist das Einfließen von weiteren Faktoren wie die „*Personenzentriertheit nach Rogers*“, welche „*die Auseinandersetzung des Auszubildenden mit sich selbst, Sprache und Kommunikation [...]*“ regelt und das „*Konfliktmanagement*“ und die „*Konflikterschließung*“ zur Findung von Lösungen in Organisationsstrukturen, zu berücksichtigen (Panke-Kochinke et al. 2015, S.205).

6.3.1 Voraussetzung und Problembeschreibung

Voraussetzung:

Nach Schlögl et al. (2012) muss im ersten Schritt der Curriculum Arbeit geklärt werden, ob es sich um eine Neuentwicklung oder Anpassung eines Curriculums handelt. In diesem Fall handelt es sich um eine Neuentwicklung aus bestehenden nationalen und internationalen Lehrplänen, die an zukünftige Entwicklungen angepasst wird. Natürlich handelt sich um einen Vorschlag, der in der Praxis erprobt und mittels Instrumenten überprüft werden muss, um danach wiederum an politische, gesellschaftliche und wissenschaftliche Gegebenheiten angepasst zu werden. Konzept, Gliederung, Lernerfolgsüberprüfungen und Lehr- und Lernformen werden im nachfolgenden Kapitel präsentiert.

Problembeschreibung:

Terhart erwähnt 1994 wie wichtig die enge Verbindung von Theorie und Praxis für die Ausbildung von Lehrpersonen ist, besonders für Lehrpersonen im beruflichen Umfeld. Laut Therhart (1994) zeigen Studien, dass das im Studium erworbene Wissen und die erlernten Fähigkeiten nur zu einem sehr geringen Teil als Basis des späteren Unterrichtens in der Praxis dienen. Das konkrete Handeln im Unterricht entsteht zu einem großen Teil ohne System und ohne Reflexion der Lehr- und Lernanforderungen (Hülken-Giesler & Böhnke 2007).

In der Entwicklung des Curriculums soll daher eine ausgiebige Verknüpfung zur Praxis hergestellt werden. Dies wird durch Lehrpraktika und Reflexion der Lehrpraxis in verschiedenen Settings ermöglicht werden.

Rahmenbedingungen für vergleichbare Curricula bauen auf fünf Ansätzen auf:

1. Allgemeine Kompetenzen oder übertragbare Fähigkeiten
2. Fachspezifische Kompetenzen
3. ECTS als Akkumulationssystem
4. Lernansätze
5. Lehre und Bewertung sowie die Rolle der Qualitätsverbesserung im Bildungsprozess (Davies 2008)

Mit den nach Davies (2008) angeführten Rahmenbedingungen gelingt es Universitäten und Hochschulen ohne Autonomie- und Innovationsverlust die Curricula anzupassen und weiter zu entwickeln.

6.3.2 Modularisierung

Als anzustrebende Form für ein Curriculum auf tertiärer Ebene bietet sich die Modularisierung an. Module mit Fach- oder Themenfeldern können auch eine flexiblere Planung und Anbindung an Weiterbildungen für Lernende gewährleisten. Ebenso kann in dieser Lernstruktur das Problemorientierte Lernen angemessen Platz finden (Panke-Kochinke et al., 2015). Eine Modularisierung sieht auch vor, Lerninhalte nach Themen zusammenzufassen oder auch während eines Moduls zu erarbeiten. Der zeitliche Aufwand wird je nach Inhalt bestimmt, eine Reihenfolge der Absolvierung kann jedoch frei gewählt werden. In manchen Fällen gibt es auch eine

Bindung an eine bestimmte Reihenfolge welche didaktisch begründet ist (Tippelt und Edelmann 2003).

Als Modularisierung wird, ganz allgemein, die Koppelung von Lerninhalten in thematischer Abstimmung und zeitlicher Abgrenzung, z.B. in einer Einheit, gemeint. Ein Curriculum kann so organisiert werden, dass es in Module gegliedert ist, welche aufeinander aufbauen und sich in ihrer Komplexität, je nach Studienjahr, steigern. Ein Modul konzentriert sich meist auf einen abgegrenzten Lerninhalt mit festgelegten Lernzielen. Die Lehrform besteht in der Regel aus mehreren Lehrveranstaltungen, meist mit einer definierten Anwesenheitszeit, und Selbststudium. Für den Abschluss eines Moduls ist eine Prüfung vorgesehen, welche mit Leistungspunkten versehen ist. Die einzelnen Inhalte der Module eines Curriculums werden beschrieben, sowie auch die zu erreichenden Lernziele, wie bspw. Kompetenzen welche durch das Modul erreicht werden sollen. Ebenfalls kann durch die Angabe der zu erreichenden Leistungspunkte (ECTS-Credits) auf den Arbeits- und Stundenaufwand eines Moduls aufmerksam gemacht werden (Bischoff-Wanner 2008).

6.3.3 Didaktische Grundlagen

Die Personenzentriertheit

Beschrieben als ein theoretisches Konzept, verdeutlicht die Personenzentriertheit nach Rogers den „*innerpsychischen Lernprozess*“ auf didaktischer Ebene. Laut Panke-Kochinke (2011) hat die Evaluation eines Curriculums für eine grundständige Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflege gezeigt, dass der Charakter und der persönliche Zugang der/des Auszubildenden zu einem Thema auch das Lernen beeinflusst. Und auch Rogers (2012) sieht in diesem Konzept die Verknüpfung zum Bereich des Unterrichtens, obwohl sich die Personenzentriertheit im eigentlichen Sinn auf Situationen in der Therapie stützt.

Nach Rogers (2012), ist demnach jede Person dazu in der Lage [...] seine individuellen Konzepte, grundsätzlichen Einstellungen und Verhalten zu ändern, sofern ein geeignetes und definiertes Klima mit unterstützenden psychologischen Gegebenheiten vorliegt (Panke-Kochinke et al. 2015).

Bezogen auf die Situation von Lehrenden in einem Unterricht kann ein solches Klima durch drei Voraussetzungen erreicht werden:

1. *„Echtheit, Unverfälschtheit oder Kongruenz*
2. *Akzeptanz, Anteilnahme oder Wertschätzung („bedingungslose positive Zuwendung“)*
3. *Einfühlsames Verstehen, das sich durch sensibles, aktives Zuhören herstellt“*
(Rogers 2012 in Panke-Kochinke et al. 2015 S.67-68)

Die Entwicklung dieser Kompetenzen sollen durch das Potential und die Tendenz der Selbstverwirklichung einer Person gefördert werden. Diese stellt letztendlich auch das Ziel dieser Kompetenzentwicklung dar (Panke-Kochinke et al. 2015).

Besonders die Pädagogik der Personenzentriertheit veranlasst, dass der/die Lernende im Zentrum steht und selbst fähig ist Entscheidungen zu treffen. Der Aspekt der Macht und Überlegenheit von Lehrenden wird hier ausgeblendet, vielmehr konzentriert sich der/die Lehrende darauf ein psychologisch geeignetes Klima zu erschaffen um die/den Lernende/n selbstverantwortlich handeln lassen zu können. Es kommt somit zu einer Verlagerung der Beziehung zwischen Lehrenden und Lernenden – die Kontrolle des Lehrenden über andere wird an den Lernenden über sich selbst weitergegeben. Damit diese Art von Pädagogik auch umgesetzt werden kann, ist es für Lehrende voraussetzend die Verwirklichung des eigenen Selbst zu begünstigen. Denn nur dann können sie auch Lernende dazu befähigen ihre Selbstverwirklichung zu entwickeln (Panke-Kochinke et al. 2015).

Das Curriculum ist als offenes Curriculum gestaltet, d.h. Lehrenden ist die Auswahl der Lehrmethode freigestellt, es ist jedoch die Richtung angegeben (Grobziele werden vorgegeben, Feinzielformulierung wird Lehrperson überlassen). Aufgebaut wird auf Lernen durch Probleme und Erfahrungen, Reflexion, Vertiefung und theoretische Inhalte (Larcher 2015).

7. Curriculum

In diesem Kapitel wird der nun der Entwurf des Curriculums präsentiert, welches sich aus den europäischen Vorbildern und den Ergebnissen der Literaturrecherche zusammensetzt.

7.1 Grundsätzliches

a) Zulassung zum Studium und Zielgruppe

Zugelassen sind alle Studierenden, die einen pflege- und gesundheitswissenschaftlich relevanten Bachelorabschluss einer tertiären Bildungseinrichtung in Österreich oder einen gleichwertigen Abschluss einer ausländischen Hochschule in einem Ausmaß von zumindest 180 ECTS vorweisen können. Ebenfalls ist das Diplom/die Berufsberechtigung zum gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege, für Kinder- und Jugendlichenpflege oder Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege voraussetzend. (Medizinische Universität Graz 2013, Donau Universität Krems 2014, FH Campus Wien 2015, Fliehdner FH Düsseldorf 2015)

Zielgruppe: Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen mit einer akademischen Vorbildung (B.Sc.) und mindestens zwei Jahren einschlägiger Berufserfahrung im Bereich Pflege.

b) Inhalt und allgemeine Lernziele

Ziel des Studiums ist es, Kenntnisse in den Bereichen angewandte Pflegeforschung, EBN, Kommunikation (v.a. Rhetorik und Präsentation), Pädagogik und Didaktik mit Fokus auf Gesundheitsberufen und in unterschiedlichen Settings, internationale Entwicklungen, sowie Recht und Hochschulwesen zu erlangen um als professionelle und kompetente Pflegelehrperson die Pflege der Zukunft zu gestalten und den Anforderungen der Akademisierung der Pflege zu entsprechen. Um auch wichtige Erfahrungen in der Lehrpraxis sammeln zu können, ist die Absolvierung eines Praktikums mit thematischen Schwerpunkten, nach dem ersten, zweiten und dritten Semester verpflichtend. Mit dem positiven Abschließen

der Seminare, Vorlesungen, Praktika und der eigenständig verfassten Masterarbeit, werden die Studierenden dazu befähigt, selbstständig und reflektiert als akademische Pflegelehrperson zu arbeiten sowie Unterrichts- und Weiterbildungssituationen auf hohem Niveau kompetent zu gestalten. Des Weiteren sind die Absolventinnen und Absolventen dazu in der Lage, EBN und Forschungsergebnisse zu analysieren, bewerten und evaluieren, sowie für die Pflegepraxis, die Beratung, Schulung und Anleitung sowie für den Unterricht aufzubereiten und mit ein zu beziehen.

c) Qualifikation und Kompetenzen

Kompetenzerwerb für die Befähigung als Pflegepädagogin und Pflegepädagoge den zukünftigen Anforderungen des Berufsstandes zu entsprechen. Mit der Lehrfähigkeit einher geht auch die Befähigung der Übernahme von Leitungsaufgaben diverser pädagogischer Ausbildungsstätten (Fliedner FH Düsseldorf 2015). Schwerpunkte werden auf die Verknüpfung der klinischen Kompetenz in der Pflege und der Evidenz basierten Pflege sowie der Pflegewissenschaft und der Pflegeforschung und deren Vermittlung gesetzt. Pädagogische Fähigkeiten wie Planung, Evaluation und Durchführung von Unterrichtseinheiten, Medien- und Technikeinsatz bei Präsentationen und Moderationen sowie die Anwendung von qualitativen und quantitativen Datenerhebungsmethoden und –instrumenten gehören auch zu den Lernergebnissen dieser Ausbildung (Donau Universität Krems 2015).

Als übergeordneter Bereich steht der Erwerb folgender Kompetenzen im Mittelpunkt der Ausbildung:

Fachkompetenz (empirische Erkenntnisse aus der nationalen und internationalen Gesundheits- und Pflegewissenschaft vermitteln können), **Methodenkompetenz** (Kenntnisse zur Anwendung, Verwendung und Durchführung qualitativer und quantitativer Forschung, sowie zur Problemlösung und Kenntnisse im wissenschaftlichen Arbeiten mit Datenbanken, Internet und Erlernen der Fachsprache), **Lernkompetenz** (Erlernen von Inhalten im Selbststudium, Problem orientiertes Lernen, Basis für „lebenslanges Lernen“), **Sprachliche Kompetenz** (Vertiefung der

Fachsprache in Englisch), **Soziale Kompetenz** (Fähigkeit zu Teamarbeit, Diskussionen, Präsentationen, Problemlösungen, Selbstmanagement) (Medizinische Universität Graz 2013), **Pädagogische Kompetenz** (Planung und Durchführung pädagogischen Handelns, Gesellschaftsanalyse, Situationsdiagnose, Selbstreflexion) (Lehmann & Nieke 2009).

d) Bedarf und Relevanz für Wissenschaft und Arbeitsmarkt

Das Masterstudium befähigt die Absolventinnen und Absolventen zur Lehr- und Leitungstätigkeit auf Universitäten und Fachhochschulen, aber auch an Berufsbildenden Fachschulen und anerkannten sonstigen Ausbildungsstätten (Fliedner FH Düsseldorf 2015). Ebenfalls wird eine Befähigung zu Aus-, Fort- und Weiterbildung, sowie Erwachsenenbildung und Anleitungs-, Schulungs- und Beratungstätigkeiten in zugelassenen Institutionen erlangt. Der durch die Akademisierung steigende Bildungsstand der Auszubildenden verlangt auch eine adäquate Ausbildung der Lehrpersonen, welche durch die Anhebung der Lehrpersonenausbildung in der Pflege auf tertiäres Niveau sichergestellt werden kann.

7.2 Allgemeine Bestimmungen

a) ECTS Anrechnungssystem, Dauer der Ausbildung und Gliederung

Das Masterstudium umfasst vier Semester bei einem Arbeitsaufwand von zumindest 120 ECTS und ist in Module gegliedert. Es handelt sich um ein konsekutives Curriculum, d.h. es baut auf einem fachlich stimmigem Bachelorstudium auf (Karl-Franzens Universität Graz 2015).

b) Bezeichnung des akademischen Grades

Bei positiver Absolvierung aller im Studium geforderten Anforderungen wird der Absolventin/dem Absolventen der akademische Titel „Master of Science and Nursing Education“ (M.Sc.) verliehen.

c) Typen der Lehrveranstaltungen

*„**Vorlesungen (VO)** sind Lehrveranstaltungen, bei denen die Wissensvermittlung durch Vortrag der Lehrenden erfolgt. Die Prüfung findet in einem einzigen Prüfungsakt statt, der mündlich oder schriftlich oder schriftlich und mündlich stattfinden kann.*

***Seminare (SE)** dienen der wissenschaftlichen Diskussion. Von den Teilnehmenden werden eigene Beiträge geleistet. Seminare werden in der Regel durch eine schriftliche Arbeit abgeschlossen, oder haben immanenten Prüfungscharakter.*

***Praktika (PK)** haben die Berufsvorbildung oder wissenschaftliche Ausbildung sinnvoll zu ergänzen“ (Karl-Franzens Universität Graz 2015, S. 4-5)*

*„**E-learning/Blended learning** dient der Wissensvermittlung und bildet die Grundlage für die Erarbeitung, Vertiefung und Auseinandersetzung der Studierenden mit einem fachspezifischen Thema. Durch den erhöhten Einsatz von neuen Medien in Kombination mit traditionellen Unterrichtsformen soll ein berufsbegleitendes Studium unterstützt werden.*

***Kolloquium (KOL)** ist eine begleitende Lehrveranstaltung zu den Masterarbeiten und dient dem Austausch zwischen Studierenden und Lehrenden. Es handelt sich dabei um eine Lehrveranstaltung mit immanentem Prüfungscharakter“ (Medizinische Universität Graz 2013, S. 11).*

7.3 Einteilung und Aufbau des Studiums

a) Lehrveranstaltungen und Moduleinheiten

Das Masterstudium besteht aus vier Semestern in denen ein Arbeitsaufwand von 120 ECTS zu bewältigen ist. Der Aufbau gestaltet sich modular, wobei auch Lehrveranstaltungen und Lehrveranstaltungsprüfungen zu absolvieren sind. Zum positiven abschließen zählen auch die erfolgreiche Absolvierung von Seminaren und Praktika, sowie das Verfassen einer Masterarbeit.

	Titel Modul/Lehrveranstaltung	LV-Typ	ECTS
WS	1. Semester		30,5
Modul 1	Angewandte Pflegeforschung und EBN	SE/VO	7
	Forschungsmethoden und –designs inkl. Anwendung in der Praxis; Statistik; EBN in unterschiedlichen pflegerischen Settings (Akutpflege, Langzeitpflege etc.); Pflegeforschung und EBN in die Praxis implementieren		
Modul 2	Kommunikationstraining	SE/VO	7
	Präsentationstechniken; Rhetorik; Gesprächsführung; Beratung, Schulung und Anleitung in der Pflege; Konflikt- und Problemlösung		
Modul 3	Grundlagen der Pädagogik und Hochschuldidaktik	SE/VO	7
	Psychologie, Soziologie und Ethik in der Pädagogik; Bildungstheorien; Bildungspolitik und Hochschulrecht		
Modul 4	Didaktik und Pädagogik für Gesundheitsberufe	SE/VO	7
	Methodik und Gestaltung von Lern- und Lehrprozessen; Planungs- Durchführungs- und Evaluationsprozesse des Unterrichtens		
Praktikum	Themenschwerpunkt „Beratung, Schulung und Anleitung“ inkl. Reflexionsarbeit	PK	2,5
SS	2. Semester		30,5
Modul 5	Leistungsbeurteilungsmethoden und Bildungsmanagement		7
	Lehr- und Lernüberprüfungsmethoden sowie Arten der Leistungsfeststellung; Entwicklung von Lehrplänen für Aus- und Weiterbildungen im Bereich Gesundheit		
Modul 6	Internationale Pflegeforschung, Gesundheit und Lehre	SE/VO	7
	Strukturen der Gesundheitsversorgung in Europa; Public Health; Epidemiologie; internationale Pflegepädagogik		

Modul 7	Forschungssprache Englisch und Forschungsliteratur	SE/VO	7
	Fachenglisch; Umgang mit wissenschaftlichen Datenbanken; Lesen, Bewerten, Analysieren, Evaluieren und Aufbereiten von Forschungsergebnissen für Unterricht und Praxis		
Modul 8	Didaktik mit neuen Medien	SE/VO	7
	E-Learning, E-Teaching; Mediendidaktik; Medienpädagogik; Blended Learning		
Praktikum	Themenschwerpunkt „Erwachsenenbildung“ inkl. Reflexionsarbeit	PK	2,5
WS	3. Semester		29
Modul 9	Lernen und Lehren in Theorie und klinischer Umgebung	SE/VO	7
	Gestaltung und Evaluierung von Lern- und Lehrprozessen in unterschiedlichen Settings; Gestaltung von Gesundheits- und Krankenpflegeunterricht mit praktischer Anleitung; Praxisanleitung in der klinischen Umgebung		
Modul 10	Professionalisierung der Pflege und Pflegepädagogik	SE/VO	7
	Professionalisierung von Pflegenden und Pflegelehrpersonen; Management (Qualitäts- und Projektmanagement, Unternehmensführung)		
Praktikum	Themenschwerpunkt „Praktischer/theoretischer und klinischer Unterricht“ inkl. Reflexionsarbeit	PK	10
Wahlfach	Bspw. „Evidenz basierte Pflege von Patientinnen und Patienten in unterschiedlichen Settings (Langzeit-, Akutbereich)“	VO/ SE	2,5
Wahlfach	Bspw. „Evidenz basierte Pflege-Assessments und deren Anwendung“	VO/ SE	2,5
SS	4. Semester		30
Kolloquium	Begleitung zum Verfassen der Masterarbeit	KOL	2
Masterarbeit	eigenständige Arbeit	MA	23
Wahlfach	frei wählbar	VO/ SE	2,5
Wahlfach	frei wählbar	VO/ SE	2,5
Summe ECTS			120

LV-Typ= Lehrveranstaltungs-Typ, WS= Wintersemester, SS= Sommersemester, VO= Vorlesung, SE= Seminar, PK= Praktikum, KOL= Kolloquium, MA=Masterarbeit

b) Absolvierung freier Wahlfächer

Zum erfolgreichen Abschließen des Masterstudiums sind auch frei zu wählende Lehrveranstaltungen in einem Umfang von 10 ECTS zu absolvieren. Den Studierenden ist es freigestellt, welche Wahlfächer ausgewählt und absolvieren werden, Empfehlungen werden im Curriculum angeführt. Dazu kann aus den Lehrangeboten aller anerkannten Universitäten (in- und ausländischen) sowie aller Fachhochschulen und Pädagogischen Hochschulen (inländisch) ausgewählt werden. Ziel soll es sein, Kenntnisse und Fähigkeiten aus dem eigenen Fachgebiet, aus ähnlichen Gebieten als auch aus Bereichen die dem allgemeinen Interesse dienen, zu gewinnen (Karl-Franzens Universität Graz 2015).

c) Praktika

Jeweils am Ende eines Semesters ist ein Praktikum in einer selbst zu wählenden Bildungseinrichtung zu absolvieren. Die Praktika haben, je nach Fortschreiten des Studiums, Themenschwerpunkte wie „Beratung, Schulung und Anleitung“, „Erwachsenenbildung“ und „Praktischer/theoretischer und klinischer Unterricht“. Die/der Studierende soll je nach Themenschwerpunkt die anerkannte Praxiseinrichtung selbst wählen oder aus einem Katalog von kooperierenden Einrichtungen aussuchen. In den Praktika soll das Wissen aus den vorangegangenen Modulen angewendet werden. Als Hilfestellung soll nach Absprache eine Mentorin/ ein Mentor in der ausgewählten Bildungseinrichtung zur Verfügung stehen. Das Ausmaß beschränkt sich auf insgesamt 15 ECTS, d.h. 62,5 Stunden (2,5 ECTS) Unterrichtspraktikum im ersten, 62,5 Stunden (2,5 ECTS) zweiten Semester sowie 250 Stunden (10 ECTS) im dritten Semester.

d) Lehr-/Lernformen und -methoden

Im Folgenden werden die didaktischen Methoden, welche für eine Hochschule als adäquat erscheinen, aufgelistet. Da es sich um ein offenes Curriculum handelt, ist die Auswahl an Lehr- und Lernmethode der/dem Lehrverantwortlichen des Moduls überlassen.

Problemorientiertes Lernen (POL) ist eine Lernform, bei der zunächst ein Problem, [...] im Vordergrund steht, auf das die Lernenden selbstständig eine Antwort finden sollen [...].

Gruppenarbeit (GU) [...] fördert Teamarbeit, Selbstvertrauen, Diskussionskompetenz [...].

Diskussion/Debatten (DIS) dienen der Darlegung von Fakten und Argumenten sowie der Toleranz gegenüber anderen Meinungen, erfordern Moderation und ggf. Supervision (Medizinische Universität Graz 2013, S.25).

Blended Learning (E-Learning) siehe 7.2 Allgemeine Bestimmungen bei c) Typen der Lehrveranstaltungen.

e) Verwendete Unterrichtssprache

Die verwendete Unterrichtssprache ist Deutsch. Ein Teil des Moduls „Forschungssprache Englisch und Forschungsliteratur“ wird jedenfalls auf Englisch abgehalten.

f) Lernüberprüfungen

Modul- und Lehrveranstaltungsprüfungen:

Das positive Abschließen der Module wird durch die erfolgreiche Absolvierung der Lehrveranstaltungen und deren Prüfungen erreicht. Bei Seminaren und Praktika sind eine Anwesenheitspflicht von 80 Prozent, sowie einer regelmäßigen Mitarbeit und die Abgabe von schriftlichen oder mündlichen Aufgaben der Studierenden erforderlich. Zusätzlich kann die positive Absolvierung bspw. durch die Abgabe einer Seminararbeit erreicht werden.

Das positive Abschließen der Praktika, jeweils am Ende der Semester, erfolgt über eine Anwesenheitsüberprüfung und der Beurteilung durch die/den zugewiesenen Mentor/in der Praxiseinrichtung (Medizinische Universität Graz 2013).

Masterarbeit:

Studierende müssen eine schriftliche, wissenschaftliche, eigenständige Arbeit verfassen, welche zur Überprüfung der wissenschaftlichen, inhaltlichen und methodischen Bearbeitungsfähigkeit eines Themas dient.

Zusätzlich dazu, muss das Kolloquium zur Masterarbeit abgeschlossen werden (Medizinische Universität Graz 2013).

8. Ausblick/Diskussion und Schlussfolgerung

8.1 Ausblick

Im November 2015 wurde die Direktorin der Allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflegeschule des Landes Steiermark in Graz nach der Zukunft der Krankenpflegeausbildung befragt. Inzwischen steht fest, dass es zu einer Verlegung der Ausbildung der Gesundheits- und Krankenpflege an die Fachhochschule kommt. Mit Herbst 2016 beginnen bereits ca. 36 Studierende (Tendenz steigend je nach Personalbedarf, max. bis 200 Auszubildende) an der Fachhochschule die generalistische Ausbildung der Gesundheits- und Krankenpflege. Unter Generalisierung wird hier eine Basisausbildung in allen Bereichen verstanden. Dies schließt eine grundsätzliche Ausbildung in der Kinder- und Jugendlichenpflege sowie der Psychiatrischen Pflege mit ein. Vorgesehen sind drei Jahre der Ausbildung, in denen auch die klinische Praxis untergebracht sein wird. Die Ausbildung wird in Modulen angeboten. Als Zugangsbeschränkungen gelten die für eine Ausbildung auf der FH üblichen (Matura, Studienberechtigungsprüfung oder Berufsreifeprüfung) Aufnahmekriterien. Zurzeit wird am Curriculum für die Ausbildung an der FH gearbeitet. Das Curriculum- Entwicklungsteam setzt sich aus Expertinnen und Experten aus verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens zusammen und schließt Mitglieder diverser Ausbildungsstätten und Experten aus dem intra- und extramuralen Bereich ein. Als Grundlage für das Curriculum werden Erfahrungswerte bestehender Ausbildungsgänge herangezogen und miteinander verglichen. Dazu zählen das offene Curriculum der Landesschulen, sowie bestehende Fachhochschul-Curricula im Gesundheits- und Krankenpflegebereich.

Für das Lehrpersonal bestehen nach der Ausbildungsverordnung der FH keine gesonderten Voraussetzungen als die gesetzlich festgelegten. Pflegelehrpersonen mit einem ULG Abschluss sowie mit einer Bologna-konformen Ausbildung (BSc, MSc) haben eine Lehrberechtigung. Für medizinische Fächer werden externe Spezialistinnen und Spezialisten herangezogen.

8.2 Diskussion und Schlussfolgerung

Ziel der Masterarbeit „Die Akademisierung der Pflegeausbildung und deren Folgen bezüglich der Ausbildung von Lehrerinnen und Lehrer für Gesundheits- und Krankenpflege - Entwicklung eines einheitlichen Curriculums für Pflegepädagogik auf tertiärem Niveau“ war es, die gestellten Forschungsfragen mittels einer ausführlichen Literaturrecherche zu behandeln, zu erörtern und zu beantworten sowie einen innovativen Entwurf für ein einheitliches Curriculum für Pflegepädagogik auf tertiärem Niveau, mit Berücksichtigung der durch die Akademisierung der Pflege erforderlichen Kompetenzerweiterungen, zu erarbeiten.

Die Bearbeitung der ersten Forschungsfrage „Wie hat sich die Akademisierung der Pflegeausbildung in Österreich und europaweit entwickelt und welche Folgen bringt diese mit sich?“ erfolgte im ersten Teil der Arbeit. Diese gestaltete den thematischen Aufbau und die Herleitung der Problematik, auf welche in der zweiten Forschungsfrage „Welche Konsequenzen ergeben sich im Zuge der Akademisierung speziell für Lehrpersonen der Gesundheits- und Krankenpflege und welche Veränderungen sind im Bereich der Ausbildung „Pflegepädagogik“ in der Zukunft zu erwarten?“ näher eingegangen werden konnte. Die Beantwortung dieser findet sich im zweiten Teil der Arbeit, wobei der Entwicklungsprozess eines Curriculums und der Entwurf eines Curriculums die Beantwortung darstellt.

Der Entwurf des Curriculums basiert auf europäischen Vorbildern (Gegenüberstellung im Anhang) welche, unter Einfließen der Ergebnisse aus der Literaturrecherche, zu einem neuen Masterstudiums-Entwurf für Pflegepädagogik zusammengefügt wurden.

Für die Entwicklung eines neuen Studienplanes ist die Bewertung aller Veränderungsmaßnahmen in ihrer Auswirkung auf die spätere Praxis miteinzubeziehen. Daher kann vom derzeitigen Standpunkt aus nur ein Vorschlag für einen Entwurf gemacht werden. Um eine Realisierung zu forcieren ist ausreichende Beobachtung notwendig oder die Sicherheit zu wissen, wie sich ein Zusammenhang von der Ausbildung und der Handlungen von Pflegelehrerinnen und Pflegelehrern auf das spätere Handeln der Schülerinnen und Schüler bzw. Studentinnen und Studenten im Beruf auswirkt. Auf empirischem Weg ist dies laut

Terhart (2002) jedoch nicht vorherzusagen, da zu viele Faktoren das Ergebnis verzerren könnten (Brinker-Meyendriesch 2014).

Auf diese Faktoren kann wenig Einfluss genommen werden, da diese nicht nur mit der Ausbildung selbst sondern z.B. auch mit dem sozialen Umfeld, dem Charakter sowie den aktuellen Lebensereignissen der Auszubildenden in Zusammenhang stehen. Wünschenswert wäre die Miteinbeziehung hochschulpädagogischer Kriterien, um ein adäquates Lehrendenhandeln zu gewährleisten und Schülerinnen und Schüler bzw. Studentinnen und Studenten gut auf ihre zukünftigen Herausforderungen vorzubereiten. Diese sind jedoch vielfältig und häufig situationsbezogen, sodass es schwierig ist allgemein gültige regeln zu erstellen.

Auch von Expertengruppen aus der Lehrerforschung gibt es keinen konkreten Vorschlag bezüglich Kriterien für ein optimales Handeln, da diese schwer bestimmbar sind (Kraus 2011). Diesbezüglich laufen Anstrengungen einen Standard für die Lehrer- und Lehrerinnenbildung zu erstellen, um diesen zukünftig zu verwenden. Terhart äußert sich 2007 darüber folgendermaßen: *„Standards für die Lehrerbildung sollten in definierter, differenzierter und möglichst präziser Weise die Ziele und erwartete Ergebnisse des ganzen Unternehmens ‚Lehrerbildung‘ beschreiben“* (Brinker-Meyendriesch 2014, S. 247). Im Falle keiner Standardisierung würde eine zu starke Individualisierung, Entinstitutionalisierung und die Unmöglichkeit einer Gestaltung auftreten. Auch Bischoff-Wanner und Reiber (2008) beschreiben, dass die Standardisierung der Lehrerbildung bereits in der Pflegelehrer- und Pflegelehrerinnenbildung Thema ist.

Diesbezüglich besteht noch viel Diskussionsbedarf, da sehr viele verschiedene Formen von Studiengängen und Verortungen der Ausbildung, z.B. auf Universitäten, Fachhochschulen etc. existieren und die Unterschiedlichkeiten in diesen Ausbildungen zu bedenken sind (Brinker-Meyendriesch 2014). Mit der Standardisierung muss aber eine Möglichkeit der Veränderung und Anpassung geschaffen werden, da diese im Falle einer Weiterentwicklung auf diesem Sektor nicht unveränderbar sein dürfen (Brinker-Meyendriesch 2014). Deshalb ist es auch bei einem Entwurf wichtig Beobachtungen anzustreben und Veränderungen auf Basis von Erkenntnissen daraus zuzulassen.

Wichtig ist ebenfalls, wie Krauss (2011) schreibt, dass nicht der individuellen Voraussetzung für die optimale Erfolgsquote nachgegangen wird, sondern dem optimalen Wissen und Können für die Profession. Dieses soll von Mitgliedern der Profession bestimmt werden, um die Kompetenzen zur Ausübung des Berufs bestmöglich zu gewährleisten (Brinker-Meyendriesch 2014).

Die Folgen der Akademisierung, bezogen auf die Ausbildung von Pflegelehrpersonen, zeigen in viele verschiedene Richtungen. Die ständige Weiterentwicklung durch medizinischen und pflegerischen Fortschritt, die Anpassung an sozialpolitische Entwicklungen und die Aufbereitung von wissenschaftlichen Ergebnissen für Unterricht und Praxis sind allenfalls miteinzubeziehen. Wissenschaftlich vermitteltes Wissen muss fundiert und begründet sein und darf nicht auf das Beibringen von feststehenden Normen und „Rezepten“ beschränkt bleiben (Frauenlob 2008). Damit verbunden ist die Vertiefung der Kenntnisse in der Forschungssprache „Englisch“, deren Beherrschung unabdingbar ist.

Laut Frauenlob (2008) sollen kontinuierliche Weiterbildungsangebote für Pflegelehrpersonen zur Verfügung stehen, damit auch schon ausgebildete Pflegelehrpersonen die Möglichkeit haben, am neuesten Stand der Entwicklung zu bleiben und ihre pädagogischen und didaktischen Qualifikationen weiterzuentwickeln. Hier sind bspw. Weiterbildungen im Bereich der neuen Medien und Medientechnik und deren Anwendung im Unterricht, sowie der Pflegeforschung und EBN zu nennen.

Als zusätzliche Herausforderung kann auch ein verändertes Umfeld des Unterrichtens in der Gesundheits- und Krankenpflege gesehen werden. Weg von der Schule, welche als Standard-Institution der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung galt, hin zum Unterrichten und Lehren an Universitäten und Fachhochschulen. Mit dieser Veränderung geht auch eine Umgestaltung von Unterrichtsformen - in Richtung „Didaktik für Erwachsenenbildung“ - hin zu einer vermehrten Selbstständigkeit der Studierenden der Gesundheits- und Krankenpflege einher.

Die Akademisierung stellt die Lehrenden vor neue Herausforderungen, da aktuelle Lehr- und Lernformen wie z.B. die sich ständig verändernde Aktualisierung des

Medieneinsatzes wie „Blended Learning“ und „eLearning“ auf einem hochschulpädagogischen Niveau eingebracht werden müssen. Ebenso muss die Einbindung der wissenschaftlichen Erkenntnisse in die Lehre und in die Praxis gewährleistet werden. Das Anforderungsprofil der Lehrenden-Persönlichkeit selbst muss den neuen Erfordernissen dementsprechend angepasst werden, um die Professionalisierung des Berufsstandes innerhalb des tertiären Ausbildungspersonals zu sichern.

Mit dieser Masterarbeit soll das Bewusstsein auf die Wichtigkeit der Kooperation von Theorie und Praxis und das Miteinbeziehen aller Stakeholder zur Erreichung eines gemeinsamen Ziels, nämlich der Erstellung eines einheitlichen Curriculums für Pflegelehrpersonen, geschärft werden.

Dadurch könnte eine Vergleichbarkeit der Kompetenzen und Abschlüsse gewährleistet und ein unkoordiniertes Vorgehen in der Pflegepädagogik in Zukunft vermieden werden. Die Qualität einer Ausbildung hängt nicht nur von den Fähigkeiten der Absolventinnen und Absolventen ab, sondern sie beginnt bei der Planung der Ausbildung, welche ein klares Ziel formulieren und einen definierten Standard anstreben und erfüllen sollte.

9. Literaturverzeichnis

- Arbeiterkammer (AK) Steiermark 2014**, „Pflegeausbildung Neu“, viewed 2 February, 2015, <http://stmk.arbeiterkammer.at/beratung/arbeitsrecht/gesundheitsberufe/Pflegeausbildung__.html>
- Bielefeldt, B, Noska, M, 2006**, 'Evaluation von Pflegecurricula – Ein Instrument zur vergleichenden Beschreibung und Bewertung anhand von Curriculumdokumenten', *Prinernet*, vol. 11, pp.581-591.
- Bischoff-Wanner, C 2008**, 'Die Lehrerbildung in der Pflege im Zeichen von „Bologna“', in Bischoff-Wanner, C, Reiber, K, 2008, *Lehrerbildung in der Pflege. Standortbestimmung, Perspektiven und Empfehlungen vor dem Hintergrund der Studienreformen*. Juventa Verlag, Weinheim, München.
- Bischoff-Wanner, C, Reiber, K, 2008**, *Lehrerbildung in der Pflege. Standortbestimmung, Perspektiven und Empfehlungen vor dem Hintergrund der Studienreformen*. Juventa Verlag, Weinheim, München.
- Bologna Reader 2004**, Texte und Hilfestellungen zur Umsetzung der Ziele des Bologna-Prozesses an deutschen Hochschulen, Hochschulrektorenkonferenz, Bonn, 5. Auflage, 2006, viewed 16 May, 2015, <http://www.hrk.de/fileadmin/redaktion/hrk/02-Dokumente/02-10-Publikationsdatenbank/Beitr-2004-08_Bologna-Reader_I.pdf>.
- Bonse-Rohmann, M, Burchert, H, Neue Bildungskonzepte für das Gesundheitswesen – Berichte zur beruflichen Bildung**, Bundesinstitut für Berufsbildung Bonn, W. Bertelsmann Verlag, Bielefeld.
- Brinker-Meyendriesch, E 2014**, 'Pflege-Lehrerbildung: Realitäten und Ansprüche', *Pflegewissenschaft* vol. 4, pp. 244-256.
- Bundeskanzleramt Österreich 2015**, „ECTS-Punkte“, viewed 26 September, 2015, <<https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/16/Seite.160120.htm>>.

- Bunk, G.P. 1994**, 'Kompetenzvermittlung in der beruflichen Aus- und Weiterbildung in Deutschland', in Tippelt, R, Edelmann, D, 2003, 'Curriculumentwicklung und –beurteilung in Pflege- und Gesundheitsberufen', pp. 339-356, in Falk, J, Kerres, A, *Didaktik und Methodik der Pflegepädagogik*, Juventa Verlag, Weinheim und München.
- Carr, G 2008**, 'Changes in nurse education: delivering the curriculum', *Nurse Education Today*, vol. 28, pp. 120-127.
- Darmann, I, 2005**, 'Professioneller Pflegeunterricht', *PrInterNet*, vol. 12, pp. 655-663.
- Davis, R 2008**, 'The Bologna process: The quiet revolution in nursing higher education', *Nurse Education Today*, vol 28, pp. 935-942.
- Deutmeyer, M, Thiekötter A**, *Studienführer Pflege und Gesundheit in Österreich. Ein Beitrag zur Professionalisierung durch Akademisierung*. Facultas Verlag, Wien.
- Deutsches Pflegeportal 2014**, 'Studiengänge in der Pflege', viewed 1 June, 2014, <<http://www.deutsches-pflegeportal.de/bachelor-und-masterstudiengaenge-in-der-pflege>>
- Donau Universität Krems 2014**, 'Verordnung der Donau-Universität Krems über das Curriculum des Universitätslehrganges „Gesundheits- und Pflegepädagogik (MSc)‘, viewed 10. November, 2015, <http://www.donau-uni.ac.at/imperia/md/content/studium/umwelt_medizin/zqsg/guklehrgaenge/pflegepaedagogik/verordnung_msc_gesundheits-_und_pflepeg_dagogik.pdf>.
- Duden Online 2015**, Online-Wörterbuch, <www.duden.de>.
- Engel, R 2009**, 'Die Grundausbildung als Bachelor-Studium – Qualifizierungsentwicklung der professionellen Pflege im europäischen „Gleichklang“', *Procare*, vol. 5, pp. 24-26.
- Europäische Kommission 2015**, 'Nursing in Sweden', viewed 01. November, 2015, <http://ec.europa.eu/internal_market/qualifications/docs/nurses/2000-study/nurses_sweden_en.pdf>

- Evers, T 2011**, 'Zur Konstruktion von Curricula in Gesundheitsberufen' in Bonse-Rohmann, M, Burchert, H, *Neue Bildungskonzepte für das Gesundheitswesen – Berichte zur beruflichen Bildung*, Bundesinstitut für Berufsbildung Bonn, W. Bertelsmann Verlag, Bielefeld.
- FH Campus Wien 2014**, 'Advanced Nursing Education – Masterlehrgang', viewed 10 November, 2015, <<https://www.fh-campuswien.ac.at/studium/studien-und-weiterbildungsangebot/detail/advanced-nursing-education.html>>.
- FH Campus Wien, 2015**, 'Lehrkompetenz weiterentwickeln', viewed 28 August, 2015, <<https://www.fh-campuswien.ac.at/lehre/lehrkompetenz-weiterentwickeln.html>>.
- Fliedner FH Düsseldorf 2015**, 'Berufspädagogik Pflege und Gesundheit (M.A.)', viewed 10. November, 2015, <<http://www.fliedner-fachhochschule.de/studienangebot/master/m-a-berufspaedagogik-pflege-und-gesundheit/studiengangsinhalte-berufspaedagogik-pflege-und-gesundheit-m-a/>>.
- Frauenlob, T 2008**, 'Ausbildungswege für LehrerInnen der Gesundheits- und Krankenpflege – Erhaltung des Status quo oder Reformbedarf?', *Pflegenetz*, vol 1, pp. 18-19.
- Frauenlob, T et al. 2014**, Stellungnahme zu 'Krankenpflege braucht kein Abitur!' Martin, E, Gesellschaft der Pflegewissenschaft im Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverband, viewed 2 May, 2015, <http://www.oegkv.at/uploads/tx_news/GesPW_entgegnet_OEGB-Beitrag_gegen_Akademisierung_in_der_Pflege_2014.pdf>.
- Friedrichs, A, Schaub, A 2011**, 'German Medical Science: Akademisierung der Gesundheitsberufe – Bilanz und Zukunftsperspektive'. *Zeitschrift für medizinische Ausbildung*, vol. 28, no. 4, viewed 2 June, 2014, <<http://www.egms.de/static/de/journals/zma/2011-28/zma000762.shtml>>.
- Fritz, E, Müller, G, Deufert D, 2010**, 'Ausbildungsabschlüsse und Kompetenzen von Lehrpersonen der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildungen in Österreich, Deutschland, Schweiz und den USA', *Pflegewissenschaft*, vol 7, pp.395-399.

- Golla M 2015**, 'Pflege – Professionell: Pflege in Wien – Schritt in die Zukunft, Pflege in Wien – Das Interview', viewed 19 May, 2015, <<http://www.pflegefortbildung.at/datei/Mai2015.pdf>>.
- Gruber, E, Kuss, SD 1998**, *Weiterbildung im Gesundheits- und Pflegebereich, Österreichische und internationale Entwicklungen*, Facultas Verlag, Wien.
- Hermansson, E, Mårtensson, L, 2013**, 'The evolution of midwifery education at the master's level: A study of Swedish midwifery education programmes after the implementation of the Bologna process', *Nurse Education Today*, vol. 33, pp. 866-872.
- Hülken-Giesler, M, Böhnke, U 2007**, 'Professionelles Lehrerhandeln in der Gesundheit und Pflege – eine Herausforderung für Reformprozesse', *Pflege & Gesellschaft*, 12. Jg, H.2, pp.165-187.
- Jusline 2015**, 'Die juristische Internet-Plattform Österreichs', § 71 GuKG Sonderausbildung für Lehraufgaben, viewed 28 August, 2015, <http://www.jusline.at/71_Sonderausbildung_f%C3%BCr_Lehraufgaben_GuKG.html>.
- Kälble, K 2008**, 'Gesundheitsfachberufe der Pflege und Therapie im Akademisierungsprozess – eine Analyse der Entwicklungen und Perspektiven Deutschland', in Rásky, E, *Gesundheitsprofi(l) für die Pflege*, Facultas Verlag, Wien.
- Karl-Franzens-Universität Graz 2015**, 'Handbuch zur Erstellung von Curricula an der Universität Graz', Stand 10/2015 viewed 20. November, 2015, <http://static.uni-graz.at/fileadmin/lehr-studienservices/Curriculaentwicklung/20151001_Curricula_Handbuch.pdf>.
- Karl-Franzens Universität Graz, 2014**, 'Mustercurriculum für Masterstudien an der Karl-Franzens Universität Graz', Stand 05/2014, viewed 20. November, 2015 <<http://lehr-studienservices.uni-graz.at/de/lehrservices/curriculaentwicklung/>>.
- Krauss, S 2011**, 'Das Experten-Paradigma in der Forschung zum Lehrerberuf', in Brinker-Meyendriesch, E 2014, 'Pflege-Lehrerbildung: Realitäten und Ansprüche', *Pflegewissenschaft* vol. 4, pp. 244-256

- Land Steiermark 2014**, 'Sonderausbildung/Universitätslehrgang-Lehrer und Lehrerinnen der Gesundheits- und Krankenpflege', viewed 6 June, 2014, <<http://www.gesundheit.steiermark.at/cms/beitrag/11143529/73434487/>>
- Larcher, D 2015**, 'Offenes Curriculum', viewed 10.November, 2015, <<http://www.provincia.bz.it/intendenza-scolastica/hermeneutik/downloads/curriculum.pdf>>.
- Lehmann, G, Nieke, W, 2009**, 'Kompetenz-Modell – bezogen auf Lehrer', viewed 22 September, 2015, <<http://www.bildungsserver-mv.de/download/material/text-lehmann-nieke.pdf>>.
- Mayer, H. 2009**, *Pflegewissenschaft – von der Ausnahme zur Normalität*. Ein Beitrag zur inhaltlichen und methodischen Standortbestimmung, Facultas Verlag, Wien.
- Medizinische Universität Graz 2013**, 'Masterstudium Gesundheits- und Pflegewissenschaft – Studienplan', viewed 10. November, 2015, <https://www.medunigraz.at/fileadmin/studieren/master_gesundheit_pflegewissenschaft/pdf/studienplan_01102010_02102013.pdf>.
- Mieg H. A. 2005**, 'Professionalisierung', in Rauner F, *Handbuch der Berufsbildungsforschung* pp. 342-349. Bielefeld: Bertelsmann, <<http://www.mieg.ethz.ch/docs/MiegProfessionalisierung.pdf>>
- Öhlén, J, Furåker, C, Jakobsson, E, Bergh, I, Hermansson, E, 2011**, 'Impact of the Bologna process in Bachelor nursing programmes: The Swedish case', *Nurse Education Today*, vol. 31, pp. 122-128.
- Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband (ÖGKV) 2011**, Landesverband Steiermark, *Kompetenzmodell für Pflegeberufe in Österreich*, ÖGKV-LV Steiermark, Graz.
- Panke-Kochinge, B, Blotenberg, D, Lukas-Nuelle, E, Niederwahrenbrock, I, 2015**, 'European Nursing Care – Entwurf für ein modularisiertes integratives Curriculum in den Pflegeberufen', *Pflegewissenschaft*, vol. 4, pp.202-214.

- Polit, D F, Beck, C T, 2012**, *„Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice“*, neunte Auflage, Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins Verlag, Philadelphia.
- Rappold E 2011**, Gesundheit Österreich GmbH: Herausforderungen der Zukunft: Demographie und Pflegebedarf, viewed 1 February, 2015, <https://www.oegkv.at/fileadmin/user_upload/Diverses/Rappold_2011_Herausforderungen_der_Zukunft_OEGKVENquete.pdf>.
- Rásky, E 2008**, *Gesundheitsprofi(l) für die Pflege*, Facultas Verlag, Wien.
- Reiber, K, 2008**, ‘Zum Stand der Pflegelehrerbildung – Deutsche Verhältnisse in europäischer Perspektive‘ in Bischoff-Wanner, C, Reiber, K, 2008, *Lehrerbildung in der Pflege. Standortbestimmung, Perspektiven und Empfehlungen vor dem Hintergrund der Studienreformen*. Juventa Verlag, Weinheim, München.
- RIS 2015**, ‘Rechtsinformationssystem des Bundes‘, Rechtsvorschrift für Gesundheits- und Krankenpflege-Lehr- und Führungsaufgaben-Verordnung, viewed 28 August, 2015, <<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20004475&ShowPrintPreview=True>>.
- Rogers, C.R. 2012**, ‘*Der neue Mensch*‘, Stuttgart, in Panke-Kochinge, B, Blotenberg, D, Lukas-Nuelle, E, Niederwahrenbrock, I, 2015, ‘European Nursing Care – Entwurf für ein modularisiertes integratives Curriculum in den Pflegeberufen‘, *Pflegewissenschaft*, vol. 4, pp.202-214.
- Salminen, L, Stolt, M, Saarikoski, M, Suikkala, A, Vaartio, H, Leino-Kilpi, H, 2010**, ‘Future challenges for nursing education – A European perspective‘, *Nurse Education Today*, vol. 30, pp. 233-238.
- Salzburger Nachrichten 2015**, ‘Gewerkschaft kritisiert Modell für neue Pflege-Ausbildung‘, Salzburger Nachrichten online, viewed 20 November, 2015, <<http://www.salzburg.com/nachrichten/oesterreich/politik/sn/artikel/gewerkschaft-kritisiert-modell-fuer-neue-pflege-ausbildung-168961/>>.

- Schlögl, P, Proinger, J, Mogg, C, 2012**, 'Leitfaden zur Lernergebnisorientierten Curriculumentwicklung', Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur, Wien.
- Schneider, K, Brinker-Meyendriesch, E, Schneider, A, 2003**, *Pflegepädagogik für Studium und Praxis*, Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York.
- Schröck, R 1998**, 'Die Akademisierung der Pflege in Deutschland' in Gruber, E & Kuss, SD, *Weiterbildung im Gesundheits- und Pflegebereich, Österreichische und internationale Entwicklungen*, Facultas Verlag, Wien.
- Schröck, R, 1993**, 'Die Akademisierung der Pflege in Deutschland', in Gruber, E, Kuss, SD 1998, *Weiterbildung im Gesundheits- und Pflegebereich, Österreichische und internationale Entwicklungen*, Facultas Verlag, Wien.
- Stockholm University 2015**, 'Teacher Education Programms', viewed 01. November, 2015, <<http://www.su.se/teacher-education/2.12309/teacher-education-programmes-1.44750>>.
- Stockholms Universitet 2014**, 'Utbildningsplan för Masterprogram i pedagogik med inriktning mot hälsa - Master's programme in education with specialization in health', viewed 20. November, 2015, <https://sisu.it.su.se/pdf_creator/cached/25511/35777>.
- Terhart, E 2002**, 'Standards für die Lehrerbildung. Eine Expertise für die Kultusministerkonferenz', in Brinker-Meyendriesch, E 2014, 'Pflege-Lehrerbildung: Realitäten und Ansprüche', *Pflegewissenschaft* vol. 4, pp. 244-256.
- Terhart, E 2007**, 'Standards in der Lehrerbildung – eine Einführung', in Brinker-Meyendriesch, E 2014, 'Pflege-Lehrerbildung: Realitäten und Ansprüche', *Pflegewissenschaft* vol. 4, pp. 244-256.
- Tippelt, R, Edelmann, D, 2003**, 'Curriculumentwicklung und –beurteilung in Pflege- und Gesundheitsberufen', pp. 339-356, in Falk, J, Kerres, A, *Didaktik und Methodik der Pflegepädagogik*, Juventa Verlag, Weinheim und München.
- Universität Zürich 2015**, Hochschuldidaktik A-Z, „Curriculum“, viewed 7 May, 2015,

<http://www.hochschuldidaktik.uzh.ch/instrumente/hochschuldidaktikaz/A_Z_Curriculum.pdf>.

Walch, S, Zeitl-Bank, N 2008, 'Die Chancen von Bologna. Mehr (Aus-) Bildung am Beispiel des Masterstudiums International Health Care Business & Management am MCI' in Rásky, E, Gesundheitsprofi(l) für die Pflege, Facultas Verlag, Wien.

Waldhausen, A, Sittermann-Brandsen, B, Matarea-Türk, L, 2014, '(Alten) Pflegeausbildungen in Europa - Ein Vergleich von Pflegeausbildungen und der Arbeit in der Altenpflege in ausgewählten Ländern der EU', Beobachtungsstelle für gesellschaftspolitische Entwicklung in Europa, viewed 02. November, 2015, <http://www.beobachtungsstelle-gesellschaftspolitik.de/uploads/tx_aebgppublications/PflegeEU_Aug2014_01.pdf>.

10. Anhang

Tabelle 4: Gleichgehaltene Universitäts- und Fachhochschulausbildungen für Lehraufgaben aus der Gesundheits- und Krankenpflege-Lehr- und Führungsaufgaben- Verordnung, Anlage 6, modifizierte Darstellung (RIS 2015)

Anbieter		Bezeichnung	von / ab	bis
I. Universitätslehrgänge				
1.	Universität für Weiterbildung Krems	Universitätslehrgang (im folgenden ULG) „Nursing Science“ (Schwerpunkt Lehraufgaben)	Sommersemester 2004	Wintersemester 2006/2007
2.	Universität für Weiterbildung Krems	ULG „Pflegepädagogik“ (MSc)	Sommersemester 2006	
3.	Universität Linz, Sozial- und Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät, in Kooperation mit dem Land Oberösterreich	ULG für lehrendes Personal im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege und in den gehobenen medizinisch-technischen Diensten	Sommersemester 2000	
4.	Universität Linz, Sozial- und Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät	ULG für lehrendes Pflegepersonal	Sommersemester 1994	Wintersemester 1999/2000
5.	Universität Salzburg, Geisteswissenschaftliche Fakultät, in Kooperation mit dem Bildungszentrum der	ULG für Gesundheitswissenschaft (Schwerpunkt Lehre)	Wintersemester 2002/2003	Sommersemester 2004

	Landeskliniken Salzburg			
6.	Universität Salzburg in Kooperation mit der SALK – Gemeinnützige Salzburger Landeskliniken Betriebsges.m.b.H.	ULG für Lehrerinnen und Lehrer in Gesundheits- und Pflegeberufen	Sommer- semester 2006	Sommer- semester 2008
6a.	Universität Salzburg in Kooperation mit dem Bildungszentrum der Salzburger Landeskliniken	ULG für Lehrerinnen und Lehrer in Gesundheits- und Pflegeberufen – Wissenschaftliche Grundlagen des Unterrichtens in Gesundheits- und Krankenpflege (ULG Grundlagen) und ULG für Lehrerinnen und Lehrer in Gesundheits- und Pflegeberufen – Master of Health Professional Education (ULG MHPE)	Winter- semester 2011/2012	
7.	Universität Graz, Geisteswissenschaftlic he Fakultät, in Kooperation mit dem Amt der Steiermärkischen Landesregierung	ULG für Lehrer und Lehrerinnen der Gesundheits- und Krankenpflege	Winter- semester 1992/1993	Sommer- semester 2009

7a.	Universität Graz in Kooperation mit dem Land Steiermark	ULG für Lehrer und Lehrerinnen der Gesundheits- und Krankenpflege	Wintersemester 2009/2010	
8.	Medizinische Universität Innsbruck in Kooperation mit dem Ausbildungszentrum West für Gesundheitsberufe	ULG „Lehrer/in für Gesundheitsberufe“	Sommersemester 2000	Wintersemester 2001/2002
9.	Medizinische Universität Innsbruck in Kooperation mit dem Ausbildungszentrum West für Gesundheitsberufe	ULG „Lehrkräfte für Gesundheitsberufe“	Wintersemester 2002/2003	Sommersemester 2004
10.	Medizinische Universität Wien in Kooperation mit der Niederösterreichischen Landesakademie für höhere Fortbildung in der Pflege	ULG für lehrendes Krankenpflegepersonal	Wintersemester 1981/1982	Sommersemester 2006
11.	Medizinische Universität Wien in Kooperation mit der Niederösterreichischen Landesakademie für höhere Fortbildung in der Pflege	ULG für Pflegepädagogik	Wintersemester 2005/2006	
12.	Universität Wien, Human- und Sozialwissenschaftlich	ULG für Lehrerinnen und Lehrer für Gesundheits-	Wintersemester 1995	

	e Fakultät, in Kooperation mit dem Wiener Krankenanstalten- verbund	und Krankenpflege und Lehrhebammen		
II. Fachhochschulausbildungen				
1.	Fachhochschule Kärnten	Fachhochschul(FH)- Diplomstudiengang „Gesundheits- und Pflegermanagement“ und Aufbaumodul auf Grund der Kooperationsvereinbarung mit dem Institut für Erziehungs- und Bildungsforschung der Universität Klagenfurt	Winter- semester 2001/2002	Sommer- semester 2010
2.	Fachhochschule Kärnten	FH- Weiterbildungslehrgang „Pädagogik für Gesundheitsberufe“	Winter- semester 2008/2009	
3.	IMC Fachhochschule Krems	FH- Bachelorstudiengang „Advanced Nursing Practice“, Studienschwerpunkt Pflegerentwicklung und Patienteneducation und Zusatzmodul Pädagogik auf Grund des Kooperationsvertrags	Winter- semester 2008/2009	

		mit der Kirchlichen Pädagogischen Hochschule Wien/Krems		
4.	fhg – Zentrum für Gesundheitsberufe Tirol GmbH	FH- Weiterbildungslehrgang „Pädagogik in Gesundheitsberufen“ und FH- Weiterbildungslehrgang „Wissenschaft und Beruf für Gesundheits- und Krankenpflegepersonen “ und Praktikum auf Grund des Kooperationsvertrags mit dem Ausbildungszentrum West für Gesundheitsberufe der TILAK GmbH	Sommer- semester 2009	
5.	fhg – Zentrum für Gesundheitsberufe Tirol GmbH	FH- Weiterbildungslehrgang „Akademische Gesundheitspädagogik“	Winter- semester 2011/2012	
6.	FH Gesundheitsberufe OÖ GmbH	FH- Weiterbildungslehrgang „Hochschuldidaktik für Gesundheitsberufe“ und	Winter- semester 2012/2013	

		Zusatzmodul „Wissenschaft und Beruf“		
7.	FH Campus Wien	FH- Weiterbildungslehrgang „Advanced Nursing Education“	Winter- semester 2011/2012	
III. Studien gemäß Universitäts-Akkreditierungsgesetz				
1.	Private Universität für Gesundheitswissensch aften, Medizinische Informatik und Technik (UMIT), Hall	Bakkalaureatsstudium Pflegewissenschaft (Schwerpunkt Lehre) bzw. (Schwerpunkt Pflegepädagogik)	Winter- semester 2005/2006	Sommer- semester 2013
2.	Private Universität für Gesundheitswissensch aften, Medizinische Informatik und Technik (UMIT), Hall	Bachelorstudium Pflegewissenschaft (Schwerpunkt Pflegepädagogik)	Winter- semester 2010/2011	

Tabelle 5: Gegenüberstellung der europäischen Ausbildungen (eigene Darstellung)

	Österreich	Deutschland	Schweden
Studium	„Masterstudiengang Gesundheits- und Pflegewissenschaft“ (MedUni Graz), ULG „Master of Science in Advanced Nursing Education“ (FH Campus Wien), ULG „Gesundheits- und Pflegepädagogik“ (Donau Universität Krems)	Berufspädagogik Pflege und Gesundheit, Fliegener FH Düsseldorf	Master of Education mit Schwerpunkt Gesundheit (Stockholms Universität)
Titel	Master of Science (MSc)	Master of Arts (M.A)	Master of Science (MSc)
ECTS	120	120	120
Ziele	• Kenntnisse zur internationalen Pflegewissenschaft mit Bezug auf theoretischen und empirischen Erkenntnissen, sowie der kritischen Hinterfragung und Evaluation von Forschungsergebnissen • Kenntnisse von Methoden zur Datenanalyse und –erhebung	• Qualifizierung für die Lehrtätigkeit an anerkannten Bildungseinrichtungen wie Berufsfachschulen, FH's, Universitäten in den Fächern Pflege und Gesundheit • Wissenschaftliche Qualifizierung für Besonderheiten der Lehrpersonen-Ausbildung in der Pflege • Studieren der Bildungswissenschaft und Fachdidaktik	• Wissen über Gesundheit / Krankheit, Krankheit, Normalität und Abnormalität als soziales und kulturelles Phänomen, • Entwicklung der Schüler und die Fähigkeit zu reflektieren, • Verarbeitung wissenschaftlicher Fragen,

	• Beratung, Schulung, Anleitung in Gesundheits- und Pflegewissenschaft • Verknüpfung von Theorie und Praxis unter Verwendung von Forschungsergebnissen für Anleitung, Beratung und Schulung • Präsentationen und wissenschaftliche Arbeiten erstellen und durchführen • Reflexion und Innovation von nationaler und internationaler Gesundheits- und Pflegewissenschaft	• Studieren der beruflichen Fachrichtung Pflege • Studieren der beruflichen Fachrichtung Gesundheit • „<i>Praxissemester mit Unterrichtsproben (forschendes und handelndes Lernen als Erkundungs- und Erkenntnistätigkeiten, Planung, Durchführung und Reflexion von Unterrichtsproben)</i>“	• Formulierung von Lernergebnissen durch Studierende Allgemeine Ziele: • Wissen und Verstehen in Bildung und Gesundheit, Forschung und Entwicklung und methodische Kenntnisse im Bereich Bildung und Gesundheit • Fähigkeiten und Qualifikation Wissen kritisch und systematisch zu analysieren und bewerten und komplexe Phänomene, Probleme und Situationen, auch mit begrenzten Informationen zu regeln sowie unabhängige und kreative Planung von Themen und Anwendung von dafür geeigneten Verfahren. Fähigkeit national und international Zusammenhänge zu diskutieren und verschriftlichen und in Forschung und
--	--	--	--

			Entwicklung selbstständig zu arbeiten. • Beurteilung und Vorgehensweise Kompetenz auf dem Gebiet Bildung und Gesundheit wissenschaftliche, soziale und ethische Aspekte in Forschung und Entwicklung einzuschätzen und Bedarf an weiteren Wissen zu erkennen und Verantwortung für die Entwicklung der eigenen Kenntnisse zu übernehmen.
Fächer	Summe 70 ECTS • <i>„Philosophie und Wissenschaft</i> • <i>Forschungsmethoden und Techniken</i> • <i>Pflegetheorie und Klassifikationsentwicklung</i> • <i>Pflegephänomene und Intervention</i>	Summe – • <i>„Theoretische Konzepte und Grundformen forschenden Handelns</i> (Vertiefung und Erweiterung der wissenschaftlichen Basiskomponenten, kritische Haltung stärken) • <i>Kernkompetenzen und Bezüge der Disziplinen - Bildungswissenschaft und Fachdidaktik, Pflege- und</i>	<u>Summe 60 ECTS</u> • Bildung und Gesundheit • Macht und Einfluss auf Prozesse in der Gesellschaft, Schulen und Gesundheitsversorgung, Gesundheitsgeschichte und Gedankengut • Gesundheitsversorgung

	• <i>Gesundheits- Sozial- und Pflegesysteme in Europa</i> • <i>Entscheidungsfindungsprozesse</i> • <i>Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung</i> • <i>Verbreitung und Umsetzung von Forschungsergebnissen</i> • <i>Pflegequalität und Ergebnisse</i> • <i>Einführung in die Pädagogik und Erziehungswissenschaft</i> • <i>Pädagogische Soziologie und Psychologie</i> • <i>Grundlagen der Pädagogik im Bereich Gesundheit und Pflege</i> • <i>Didaktik für Gesundheitsberufe“(Medizinische Universität Graz 2013)</i> • <i>Kommunikation-(Präsentation, Beratung/Coaching/Mentoring,</i>	<i>Gesundheitswissenschaft (Ausrichtung auf den Lehrerberuf)</i> • <i>Produktive Aneignung: Lehren und Lernen in Theorie und Praxis (Schulpraktische Studien) – Praxissemester mit Unterrichtsproben</i> • <i>Intentionen und Konzeptionen innovierenden Handelns – Lösungen für Zukunftsfragen von Schule und Ausbildung finden</i> • <i>Abschlussstudium (Masterarbeit, Kolloquium)“</i>	• Theorie • Individuelle Bedeutung und Umgang mit schwierigen Lebenssituationen • Methodik, Gestaltung und Analyse • Spezielle Literatur
--	---	---	---

	<i>Selbstwahrnehmung und -regulation)</i> • <i>Public Health (Donau Universität Krems 2014)</i> • <i>Leistungsfeststellung und –beurteilung</i> • <i>Fachenglisch und englische Literaturarbeit</i> • <i>Mediendidaktik und Medienpädagogik</i> • <i>Bildungspolitik und Hochschulrecht</i> • <i>eLearning und eTeaching</i>		
Wahlfächer	15 ECTS	keine Angabe	30 ECTS
Masterarbeit	23 ECTS	Ja, keine Angabe bzgl. ECTS	30 ECTS
Praktika	12 ECTS	1 Praxissemester	Keine Angabe
Semester	Vier	Fünf (berufsbegleitend)	zwei Jahre (berufsbegleitend)
Ergebnisse aus Literatur	• Gesundheits- und Krankenpflege • Pflegeforschung	• Planung und Koordination der Ausbildung (Realisierung der	• Stärkere Konzentration auf evidenzbasierte theoretische und

	• Berufskunde • Ethik • Pädagogik • Psychologie • Soziologie • Unterrichtslehre und Lehrpraxis • Kommunikation • Verhandlungsführung und Konfliktbewältigung • Management • Organisationslehre, Statistik und Epidemiologie • Rechtskunde (Jusline 2015). • Pflegeinhalte auf Evidenz-Basierung • Inhalte zu Pflege- Assessments und Ausbildungsforschungsergebnisse • fundierte Kenntnisse in Englisch	Gesamtverantwortung sowohl für die schulische als auch für die praktische Ausbildung) • Gestaltung und Evaluierung von Lernprozessen (für den praktischen und theoretischen Unterricht in der Ausbildung, für den klinischen Unterricht in der Praxisumgebung) • Interne und externe Kooperation und Interaktion (Zusammenarbeit und Kommunikation mit Praxisanleiterinnen und Praxisanleitern, Mentorinnen und Mentoren, Stellen der Praxisausübung (Stationen und Pflegedienstleitungen) sowie mit Fremddozentinnen und Fremddozenten) • Entwicklung von Schule und Ausbildung (Entwicklung von Curricula, Qualitätssicherung) • Fehlen der wissenschaftlichen Komponente (Fritz et al. 2010)	praktische Fähigkeiten, Seminare und Selbststudium • PhD-Abschluss um auf Hochschulen zu unterrichten • EBN, Caring (Hermansson und Mårtensson 2013) • Technik, neue Medien, Marketing, Gesprächsführung und Unternehmerische Fähigkeiten (Salminen et al. 2010)
--	--	---	---

	• Durchführung einer Literaturrecherche sowie Suchvorgänge in internationalen Datenbanken und Umsetzung von EBN • kritischen Beurteilung und Bewertung von Studienergebnissen (Fritz et al. 2010) • Technik, neue Medien, Marketing, Gesprächsführung und Unternehmerische Fähigkeiten (Salminen et al. 2010)	• <i>Wissen, das ihnen hilft, ihr eigenes Verhalten zu erklären und zu Lösungen für auf sich selbst bezogene Schwierigkeiten zu gelangen,</i> • <i>Wissen, mit dem sie Schülerverhalten erklären und Lösungen für Schülerprobleme, z. B. Lernblockaden, finden können,</i> • <i>Wissen zur Institution Schule, zum Bildungssystem und zur Bildungspolitik,</i> • <i>Wissen zum Unterrichtsgegenstand,</i> • <i>Wissen darüber, wie Lernprozesse inhaltlich und methodisch gestaltet werden können“ (Darmann 2005, S. 663)</i> • Technik, neue Medien, Marketing, Gesprächsführung und Unternehmerische Fähigkeiten (Salminen et al. 2010)	
Quelle	Medizinische Universität Graz 2013, 'Masterstudium Gesundheits- und	FFH Düsseldorf 2015, viewed 10. November, 2015, < http://www.fliedner-	Stockholms Universitet 2014, viewed 20. November, 2015,

	Pflegewissenschaft – Studienplan', viewed 10. November, 2015, <https://www.medunigraz.at/fileadmin/studieren/master_gesundheit_pflegewissenschaft/pdf/studienplan_01102010_02102013.pdf>. Donau Universität Krems 2014, 'Verordnung der Donau-Universität Krems über das Curriculum des Universitätslehrganges „Gesundheits- und Pflegepädagogik (MSc)', viewed 10. November, 2015, <http://www.donau-uni.ac.at/imperia/md/content/studium/umwelt_medizin/zqsg/guklehrngaenge/pflegepaedagogik/verordnung_msc_gesundheits_und_pflegepaedagogik.pdf>. FH Campus Wien 2014, 'Advanced Nursing Education – Masterlehrgang', viewed 10 November, 2015, <https://www.fh-campuswien.ac.at/studium/studien-und-weiterbildungsangebot/detail/advanced-nursing-education.html>.	fachhochschule.de/studienangebot/master/m-a-berufspaedagogik-pflege-und-gesundheit/studiengangsinhalte-berufspaedagogik-pflege-und-gesundheit-m-a/>.	<https://sisu.it.su.se/pdf_creator/cached/25511/35777>
--	---	--	--