

Wolfgang Fichten

Wissensverwendung und Praxistransfer in der beruflichen Weiterbildung am Beispiel des Kurses „Psychologische Gesundheitsförderung für Pflegepersonal“

Ausgearbeiteter Vortrag gehalten auf der 2. Internationalen Konferenz zur Qualitätsentwicklung in der postgradualen Weiterbildung zum Thema "Hochschulen, Weiterbildung und Lebenslanges Lernen - Qualität entwickeln", Donau-Universität Krems, 8. - 10. Mai 2003 (<http://www.donau-uni.ac.at/wb-konferenz>) veröffentlicht in Fröhlich, W & Jütte, W. (Hrsg.) (2004). Qualitätsentwicklung in der postgradualen Weiterbildung. Internationale Entwicklungen und Perspektiven. Waxmann: Münster/New York/München/Berlin (pp. 498 – 518)

1. Einleitung

Seit Jahren wird intensiv über die Qualität von Bildungsangeboten diskutiert. Alle Institutionen des Bildungs- und Sozialbereichs „müssen sich um *Qualität* bemühen, müssen *Qualität* dokumentieren, müssen sich hinsichtlich ihrer *Qualität* überprüfen lassen und müssen (...) ihre *Qualität* kontinuierlich verbessern“ (Helmke, Hornstein & Terhart, 2000, S.9 f.). Dies gilt auch für die Weiterbildung von Pflegekräften bzw. von Fachkräften im Gesundheitswesen. Ein Indiz dafür, dass Qualitätsfragen nun auch hier im Mittelpunkt stehen, ist das von der Bundeskonferenz der Pflegeorganisationen (Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schwesternverbände und Pflegeorganisationen e.V. [ADS] – Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. [DBfK]) herausgegebene Positionspapier „Qualitätssicherung pflegerischer Weiterbildungsmaßnahmen“ (Bundeskonferenz, 2000). In diesem Dokument werden Qualitätsanforderungen u.a. mit Veränderungen des Aufgabenspektrums und des pflegerischen Selbstverständnisses sowie mit der Zunahme pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse begründet, die bei Weiterbildungsangeboten zu berücksichtigen sind. Dies wird auch in der vom Deutschen Bildungsrat für Pflegeberufe verabschiedeten „Rahmenordnung“ (Deutscher Bildungsrat, 1999) betont, die ein Mindestanforderungsprofil der Weiterbildungsangebote für Pflegekräfte ausweist. Eine qualitätvolle Weiterbildung zeichnet sich danach u.a. dadurch aus, dass sich die Inhalte auf genuin pflegerische Aufgaben und Anforderungen beziehen.

Den Qualitätskriterien der Bundeskonferenz liegt ein „multipler Qualitätsbegriff“ (Bundeskonferenz, 2000, S. 13; vgl. Holla, 2002, S. 37) zugrunde, der inhaltliche, personelle, beziehungsorientierte und strukturelle Aspekte beinhaltet. Infolgedessen reicht das Spektrum der Bereiche, für die Qualitätskriterien formuliert werden, von inhaltlichen Anforderungen, Weiterbildungszielen und pädagogischen Standards über strukturelle und materielle Weiterbildungsgegebenheiten bis hin zu organisatorischen Rahmenbedingungen sowie Prüfungs- und Zertifizierungsfragen.

Diese Gesichtspunkte sind auch für den Weiterbildungskurs „Psychologische Gesundheitsförderung für Pflegepersonal“ relevant, der im Folgenden vorgestellt wird (2). Daran schließen sich Überlegungen zum Qualitätsbegriff sowie eine Darstellung der in diesem Kurs durchgeführten qualitätssichernden Maßnahmen an (3). Abschließend wird auf die Transferproblematik und auf Transfer als Qualitätsmerkmal beruflicher Weiterbildung eingegangen (4).

2. Der Weiterbildungskurs „Psychologische Gesundheitsförderung für Pflegepersonal“

2.1 Kurskonzept

Die berufsbegleitende, wissenschaftliche Weiterbildung „Psychologische Gesundheitsförderung für Pflegepersonal“ wurde vom Fernstudienzentrum der Carl-von-Ossietzky-Universität Oldenburg in Zusammenarbeit mit der universitären Arbeitseinheit „Psychologie im Gesundheitswesen“ entwickelt. Sie wird seit 1986 durchgeführt. Bis 1999 haben mehr als 1.500 Pflegekräfte aus Deutschland und der Schweiz an dem ca. 200 Stunden umfassenden Weiterbildungskurs teilgenommen.

Der Kurs ist als eine Weiterbildung im Medienverbund, bestehend aus Lehrtexten und Präsenzveranstaltungen, konzipiert. Damit ergeben sich zwei Phasen des Lernprozesses mit unterschiedlichen Funktionen:

1. Die Pflegekräfte bearbeiten für sich und selbständig die *Lehrtexte* (Phase des Selbststudiums, jeweils ca. 3 bis 4 Wochen), eignen sich die Inhalte an und reflektieren sie u.a. hinsichtlich möglicher Anwendungsbezüge und Umsetzungsmodalitäten.
2. Aufgrund der während der Selbstlernphase geleisteten Auseinandersetzung mit den Lehrtextinhalten dienen die *Seminare* (soziale Lernphase) vornehmlich der gemeinsamen Reflexion, dem Erfahrungsaustausch untereinander, dem Abklären von Positionen und dem Einüben von Handlungsschritten.

Das Konzept zeichnet sich u.a. durch folgende Aspekte aus:

- Vernetzung der Inhalte
- Verankerung in berufs- bzw. pflegepraktischen Situationen (vgl. Bundeskonferenz, 2000)
- Einbeziehung des Erfahrungswissens der Teilnehmer (vgl. Hof, 1997; Plath, 2002)
- Vermittlung der Inhalte in verschiedenen, sich abwechselnden Lernformen. 1)

Das Oldenburger Weiterbildungsangebot stieß bei Pflegekräften auf großes Interesse. Als Engpass erwiesen sich die Seminarveranstaltungen mit ihren begrenzten Teilnehmerplätzen. Die im Prinzip überall verfügbaren und einsetzbaren Lehrtexte ermöglichten eine Angebotsausweitung. Mit einem interuniversitären Kooperationsmodell gelang eine Erhöhung der Teilnahmekapazität. 1992 formierte sich ein Netzwerk aus acht deutschen und einer Schweizer Universität, die seitdem untereinander abgestimmte Weiterbildungsprogramme zur „Psychologischen Gesundheitsförderung“ auf der Basis der Oldenburger Lehrtexte anbieten (Bernath, 2000; vgl. Faulstich & Zeuner, 2001). Diese Konstruktion machte weiter gehende Schritte der Standardisierung und Qualitätssicherung erforderlich, denn es galt sicherzustellen, dass alle Teilnehmer an den verschiedenen Standorten des Netzwerks die gleichen Inhalte auf einem gleichbleibend hohen Niveau dargeboten bekommen.

2.2 Bezugspunkte

Die Entscheidung, einen Weiterbildungskurs für Pflegekräfte zu konzipieren, lässt sich wie folgt begründen: Die Verwissenschaftlichung der Pflege und ihre Entwicklung zu einem „autonomen Humandienstleistungsberuf“ (Keuchel, 2002, S.59) haben zu völlig neuen Anforderungsprofilen geführt, was u.a. eine Reorganisation der Grundausbildung erforderlich macht (vgl. Robert-Bosch-Stiftung, 1992; WHO, 1991). Von einer Neugestaltung der Ausbildungscurricula können die bereits in Pflegeberufen Tätigen kaum profitieren, so dass für sie Weiterbildungsangebote entwickelt werden müssen.

Aber auch Pflegekräfte, die erst vor kurzem ihre Ausbildung absolviert haben, haben Weiterbildungsbedürfnisse: Sie erleben häufig eine Diskrepanz zwischen objektiven Anforderungen und faktischen Handlungsmöglichkeiten. Das professionelle Wissen reicht

nicht (mehr) aus, um neue Aufgaben bewältigen zu können (Kompetenzdefizit) oder vorhandenes Wissen kann aus unterschiedlichen Gründen nicht umgesetzt werden (Ressourcendefizit) (Görres, 2002).

Zum Aufgabenspektrum des Pflegepersonals gehören zunehmend präventive Maßnahmen wie gesundheitliche Aufklärung und Gesundheitsberatung. Gesundheitsförderung ist ein genuiner Bestandteil der Pflegetätigkeit (Weidner, 1995), der in Pflege-theorien ausdrücklich thematisiert wird (z.B. Krohwinkel, 1992; Peplau, 1995). Für entsprechende Interventionen ist psychologisches Wissen erforderlich, weil sich herausgestellt hat, dass psychische Faktoren und Prozesse für Gesundheitshandeln bedeutsam sind (vgl. Fichten, 1999).

2.3 Ziele

Dem Oldenburger Kurs liegen zwei gleichrangige Ziele zugrunde:

1. Die psychosoziale Handlungskompetenz der Pflegekräfte soll erweitert werden, wodurch eine Intensivierung und Verbesserung der Beziehungen zu Patienten und anderen Interaktionspartnern ermöglicht wird. Die Fähigkeit, mit schwierigen und konflikthaften Arbeitssituationen sowie mit als problematisch empfundenem Patientenverhalten angemessen umgehen zu können, erhöht die Berufszufriedenheit.
2. Durch die Integration psychologischer Erkenntnisse in Pflege und Beratung sollen Qualität und Effizienz der Dienstleistungen erhöht werden. Dies beinhaltet förderliche Umgangsweisen mit Hilfebedürftigen bzw. Ratsuchenden und die Kompetenz, Patienten/Klienten hinsichtlich der Förderung von Gesundheit beraten und unterstützen zu können.

Mit *psychosozialer Handlungskompetenz* ist die Fähigkeit gemeint, den verschiedenen psychischen und sozialen Aspekten einer Gesundheitsbeeinträchtigung im Pflegeprozess bzw. in der Beratung in geeigneter Weise gerecht zu werden (vgl. Muthny, 1988). Sie ist Teil der umfassenderen Handlungskompetenz, die sich im Laufe der Berufsausbildung und –ausübung herausbildet (vgl. Bundeskonferenz, 2000; Faulstich, 1996, 1997; Keuchel, 2002). Als einschränkend und begrenzend erweisen sich jedoch mit der Zeit entstehende berufliche Routinen, so dass bisherige Sichtweisen und berufliche Praktiken zu hinterfragen sind. Aufgrund der durch den Kurs erweiterten Wissensbasis (vgl. Staudt & Kriegesmann, 2000) kommen alternative Handlungsmöglichkeiten und Problemlösungsansätze in den Blick. Berufliche Handlungskompetenz manifestiert sich als Fähigkeit, die Handlungsalternative zu aktivieren und auszuwählen, die im jeweiligen situativen Kontext angemessen und effektiv ist und zu einer befriedigenden Problemlösung führt.

2.4 Inhalte

Der Weiterbildungskurs enthält folgende Komponenten:

- Es wird eine salutogenetische Betrachtungsweise bzw. Orientierung vermittelt. Die Pflegekräfte sollen Patienten auch als teilweise gesunde Personen sehen, die in der Lage sind, einen Teil der Verantwortung für ihre Gesundheit selbst zu übernehmen (Kurseinheiten: „Grundlagen psychologischer Gesundheitsförderung“ und „Verhältnis von Körper und Seele“).
- Die psychosoziale Situation der Patienten soll transparent gemacht werden, um Verständnis für psychische Prozesse (z.B. Krankheitsverarbeitung und –bewältigung) und daraus eventuell resultierende problematische Verhaltensweisen zu schaffen (Kurseinheit: „Der Patient als aktiver Partner“).

- Die sozialen Bezugssysteme (Familie, Freundeskreis, Arbeitskollegen usw.) werden in die Betrachtung einbezogen und ihre Bedeutung für den Patienten wird herausgearbeitet (Kurseinheit: „Krankheit und Gesundheit im sozialen Kontext“).
- Praktische Handlungskompetenzen und Fertigkeiten, wie z.B. Techniken der Gesprächsführung, die für den Umgang mit Patienten, Angehörigen und Teammitgliedern bedeutsam sind, werden vermittelt (Kurseinheit: „Hilfreiche Gespräche“).
- Auf die emotionale Involviertheit der Pflegekräfte in das Interaktionsgeschehen wird eingegangen. Eigene Bedürfnisse und die Auffassung der Berufsrolle sind zu überdenken (Kurseinheit: „Die Person in der Pflege“). 2)

== Abb. 1 hier einsetzen == Abb. 1: Kurscurriculum

Die Auswahl der Kursinhalte beruht auf Nützlichkeitserwägungen: Es sollen solche Inhalte vermittelt werden, die für das berufliche Handeln von Pflegekräften bedeutsam sind und die sich im Pflegealltag konkret anwenden und umsetzen lassen (Fichten, 1994, 1998; Fichten & Grüter, 1996; Marnitz, 1999).

Dass das Weiterbildungscurriculum auch auf spezifische pflegerische Tätigkeitsbereiche bezogen werden kann, zeigte sich 1994, als das Kuratorium für Dialyse und Nierentransplantation e.V. (KfH) dem Netzwerk den Auftrag erteilte, für das in den Dialysezentren beschäftigte Pflegepersonal eine berufsbegleitende Weiterbildung als längerfristiges Projekt zu organisieren (im Folgenden: Dialyse-Projekt). Die Voraussetzung für die Durchführung dieser innerbetrieblichen Weiterbildungsmaßnahme wurde durch eine Analyse dialysespezifischer Weiterbildungserfordernisse (vgl. Muthny, 1988, 1989), eine Berufsfelderkundung (Scheibler, 2000) und die Umarbeitung der Lehrtexte (Aufnahme entsprechender Fallbeispiele und Berücksichtigung dialysespezifischer Gegebenheiten und Problemkonstellationen) geschaffen (Fichten, 2000a).

3. Qualität in der Weiterbildung

3.1 Der Qualitätsbegriff

Das Fazit der jahrelangen Qualitätsdiskussion, insbesondere der Diskussion zur Qualität von Weiterbildungsangeboten, ist eher ernüchternd. Es sei – so der Tenor – reine Zeitverschwendung, Qualität definieren zu wollen, weil die Bestimmung dessen, was unter Qualität jeweils verstanden wird, interessen- und standpunktabhängig ist (Becker, 2001a; Faulstich, 1999; Schweer, 1999). „Nach wie vor kann von Qualität nicht als einer klar bestimmten Größe gesprochen werden“ (Stark, 2000, S.16). Die Hauptschwierigkeiten, in der Qualitätsdebatte zu einem Konsens zu kommen, liegen nach Ditton (2000) u.a. auch darin begründet, dass keine Einigkeit darüber besteht, mit welchen Verfahren anhand welcher Bewertungsmaßstäbe und Erwartungen reliable und valide Aussagen über Qualität getroffen werden können.

Eine heuristische Funktion hat vor diesem Hintergrund die Untersuchung von Harvey und Green (2000) zu im Bildungsbereich anzutreffenden Qualitätskonzepten. Von den bei ihnen angeführten Qualitätskonzepten sind folgende für den Oldenburger Kurs relevant:

1. *Qualität als Zweckmäßigkeit*: Qualität wird einer Dienstleistung in dem Maße zugeschrieben, in dem sie ihre Zwecksetzung erfüllt. Bewertungskriterien ergeben sich somit aus Zielsetzung und Funktionsbestimmung einer Weiterbildung (Stark, 2000). Aufgrund der Frage, wessen Zweck erreicht werden soll und zugrunde zu legen ist, ergibt sich eine Differenzierung:

- (a) Zweckmäßigkeit I: Die Anforderungen der Kunden werden erfüllt. Qualität wird über den Erfüllungsgrad der Ansprüche und Erwartungen der Weiterbildungsteilnehmer definiert (Nuissl, 1993; Stark, 2000).
- (b) Zweckmäßigkeit II: Die Zielsetzungen und Standards, die sich der Weiterbildungsanbieter gesetzt hat, bilden den Qualitätsmaßstab.

Anbieterstandards haben allerdings nur insoweit und so lange Bestand, als sie von Kunden akzeptiert werden. Das bedeutet, dass sie modifizierbar sein müssen. Die Kundenzufriedenheit fungiert als Korrektiv für seitens der Anbieter/ Veranstalter vorgenommene Festlegungen und Normierungen. Faktisch wird so die Erfassung der Zufriedenheit der Weiterbildungsteilnehmer zum „Maß für Zweckmäßigkeit hinsichtlich des von der Institution definierten Auftrags“ (Harvey & Green, 2000, S.28).

- 2. *Qualität als Transformation*: Qualitätskriterium ist bei dieser Variante die „Weiterentwicklung der Teilnehmer“. Durch eine Weiterbildung sollen Wissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten der Teilnehmenden gesteigert werden. Sie sollen beispielsweise zum Weiterlernen (Vertiefung des Gelernten, Weckung und Verfolgung von Weiterbildungsinteressen) motiviert werden (vgl. Keuchel, 2002).

Eine berufsfeldspezifische Problemanalyse, eine Zielbestimmung und die Erkundung der Weiterbildungswünsche von Pflegekräften (s. oben) dienen dazu, den Oldenburger Weiterbildungskurs auf die Erwartungen und Bedürfnisse der Adressatengruppe auszurichten, um so ein hohes Maß an Teilnehmerzufriedenheit erreichen zu können (*Inputqualität*). Eine effektive, zielbezogene und inhaltlich adäquate Weiterbildung bedarf einer derartigen empirischen Basis, die im übrigen auch die Dozenten mit den nötigen Informationen über erwartbare Teilnehmerprofile versorgt (vgl. Schweer, 1999).

Die *Durchführungsqualität* (vgl. Bötzel & Merx, 1995; Faulstich, 1991; Gieseke, 1997) wurde im Oldenburger Kurs wie folgt gesichert:

- Die Lernmaterialien wurden aufgrund von Veränderungen im Pflegebereich und des Wissenszuwachses auf medizinischem, psychologischem und pflegewissenschaftlichem Gebiet fortlaufend aktualisiert und modifiziert.
- Die schriftlichen Ausarbeitungen der Teilnehmer zu in den Lehrtexten enthaltenen Aufgabenstellungen und Reflexionsimpulsen sowie von ihnen geführte Lerntagebücher (Fichten, 2000b) wurden hinsichtlich auftretender Aneignungsprobleme analysiert, um Lernblockaden beheben zu können.
- Auswertungsrunden auf den jährlichen Netzwerkkonferenzen dienten dem Austausch von Erfahrungen mit Lehrtextadaptationen (Bernath & Fichten, 1999) und Seminardurchführungen und fanden u.a. einen Niederschlag in einem Dozenten-Manual (didaktisch-methodische Hinweise, Beispiele für Übungen, Trainingseinheiten, Arbeitsblätter usw.).

3.2 Qualität und Evaluation

Qualität kann und darf nicht auf das, was messbar ist, reduziert werden (Faulstich, 1999; Gieseke, 1997; Harteis, 1997). Andererseits ist die Auflistung von Qualitätskriterien bedeutungslos, wenn diese nicht empirisch überprüft werden können. Manche Qualitätsfacetten lassen sich allerdings nur schwer erfassen; dazu zählen vor allem die sog. „weichen Effekte“ von Weiterbildung wie z.B. ein erhöhtes Problembewusstsein, eine verbesserte Motivation usw. (Arnold & Krämer-Stürzl, 1995). Außerdem ist zu beachten, dass die Bewertungen der Teilnehmer keine „stabilen Größen“, sondern situations- und

kontextabhängig sind. Dieselbe Maßnahme wird nicht nur hinsichtlich ihrer Qualität von verschiedenen Teilnehmern, sondern auch von demselben Teilnehmer zu verschiedenen Zeitpunkten unterschiedlich bewertet. Eine „gute“ Maßnahme wird möglicherweise im Nachhinein als „schlecht“ beurteilt, wenn das erworbene Wissen nicht angewendet werden kann (Seusing, 1995).

Trotz dieser Vorbehalte hat eine seminarorientierte Evaluation (Arnold & Krämer-Stürzl, 1997) einen Stellenwert bei der Überprüfung und Feststellung von Durchführungs- und Outputqualität. Fester Bestandteil des Oldenburger Kurses sind von den Dozenten vorgenommene Seminarevaluationen, aufgrund derer sie Lehr-Lernkonzepte und Seminarabläufe optimieren können. Vom übergeordneten Standpunkt des Kursangebots als Gesamtheit reichen solche seminarinternen Teilnehmerrückmeldungen aber nicht aus. Zur Qualitätssicherung sind kontinuierlich durchgeführte, mehrere Kursdurchläufe umfassende Erhebungen nötig (vgl. Fichten, 2000c; Rohlfing, 1989). Die Qualität der Qualitätssicherung hängt außerdem von der Nutzung mehrerer Datenquellen ab. Qualitätssicherung und –management seitens der Kursleitung erfolgen daher auf einer möglichst breiten Informationsbasis, die sich aufgrund des Einbeziehens verschiedener Perspektiven (z.B. Seminarberichte der Dozenten und Befragung der Teilnehmer) und durch den Vergleich der über unterschiedliche Erhebungsverfahren (vgl. Becker, 2001b; Götz, 1998; Posse, 1991; Reischmann, 1993; Scherer, 1996) ermittelten Befunde ergibt. Das in der methodologischen Diskussion betonte Triangulationsprinzip kann auch Grundfigur der Qualitätssicherung sein.

3.3 Evaluationsergebnisse

Exemplarisch werden hier einige Ergebnisse aus der Begleituntersuchung des Dialyse-Projekts angeführt (Fichten, 2000c), mit der erfasst werden sollte, wie Lehrtexte und Seminare von den Pflegekräften bewertet werden, um daraus Rückschlüsse auf möglicherweise notwendige Verbesserungen und Modifikationen ziehen zu können.

- (a) Die *Lehrtexte* werden insgesamt positiv und weitgehend übereinstimmend beurteilt. Verständlichkeit ($M = 3,87$ bei einer 5er-Skala, wobei Wert 1 den negativen und Wert 5 den positiven Pol darstellt), Informationsgehalt ($M = 3,75$) und Anregungspotential ($M = 3,73$) werden etwas höher eingeschätzt als der Praxisbezug ($M = 3,65$). Dies entspricht der Funktion von Lehrtexten, die vorrangig informierenden Charakter haben. Ein wesentliches Kriterium bei der Textabfassung bestand darin, dass die Lehrtexte wissenschaftlich fundiert und zugleich verständlich sein sollten. Dies ist aus Sicht der Teilnehmer gelungen. Die Texte vermitteln auch neue Inhalte; sie werden als informativ eingestuft. Außerdem sehen sich die Pflegekräfte dadurch angeregt, über ihre berufliche Tätigkeit nachzudenken und dafür neue Sichtweisen zu entwickeln (Anregungspotential). Das Lehrmaterial ist zwar praxisbezogen, aber es wird auch deutlich, dass den Präsenzveranstaltungen die Aufgabe zukommt, in Ergänzung zu den Texten Praxisbezüge herzustellen, zu erschließen und aufzuarbeiten sowie die Teilnehmer bei Transfer und Umsetzung anzuleiten und zu unterstützen.
- (b) Die *Seminare* werden ebenfalls überaus positiv beurteilt ($M = 4,26$). Dabei spielt die günstig bewertete Arbeitsatmosphäre eine besondere Rolle. Sehr zufriedenstellend werden die inhaltliche ($M = 4,35$) und methodische Seminargestaltung ($M = 4,51$) bewertet. Eine genauere Analyse der diesen generellen Beurteilungen zugrunde liegenden Faktoren bestätigt lerntheoretische Prinzipien: Lernende schätzen es, wenn sie motiviert und aktiviert werden, wenn sie aktiv mitarbeiten können, innerlich beteiligt sind und mit den Inhalten etwas anfangen können. Dies gilt auch für die Erwachsenenbildung.

4. Wissensanwendung und Transfer in der Weiterbildung

4.1 Transfer als Qualitätskriterium

Von einer berufsbezogenen Weiterbildung sollen die Teilnehmer dauerhaft, vor allem bei ihrem beruflichen Handeln profitieren. Der Berufsalltag soll sich erkennbar verändern. Von Nachhaltigkeit einer Weiterbildung kann dann gesprochen werden, wenn im Lernfeld angeeignetes Wissen und erworbene Kompetenzen im Funktionsfeld angewendet werden (Wittwer, 2002). Nachhaltigkeit wird als dauerhafter positiver Transfer operationalisiert (Schüßler, 2002).

Unter Transfer versteht man, „wenn etwas, das in einem Zusammenhang gelernt wurde, auf einen anderen Zusammenhang übertragen wird“ (Mandl, Prenzel & Gräsel, 1992, S.127). Mähler und Hasselhorn (2001) definieren Transfer als die „erfolgreiche Anwendung angeeigneten Wissens bzw. erworbener Fertigkeiten im Rahmen einer neuen, in der Situation der Wissens- bzw. Fertigkeitenaneignung noch nicht vorgekommenen Anforderung“ (S.721) (vgl. Lemke, 1995, S.7ff.). Aus der Transferdefinition ergibt sich eine zunächst trivial erscheinende, aber folgenreiche Feststellung: Wissenserwerb ist Voraussetzung für Transfer. „Dort, wo etwas nicht sehr solide gelernt und eingeübt worden ist, gibt es (...) nichts zu transferieren“ (Steiner, 2001, S.196). Transfer wird damit zu einem Indikator für den Lernerfolg und unter der Prämisse, dass die Anwendung des Gelernten intendiert ist, zu einem Qualitätskriterium beruflicher Weiterbildung (vgl. Schroll-Decker, 1999; Uschatz, 1993). Die Beschränkung der Evaluation von Weiterbildungsangeboten auf die Erhebung der Teilnehmerzufriedenheit reicht daher nicht aus, und das auch deshalb nicht, weil ein Erfolg im Lernfeld (Lernerfolg) nicht unbedingt einen Erfolg im Funktionsfeld (Transfererfolg) verbürgt (Arnold & Krämer-Stürzl, 1995).

Aufgrund der Fokussierung auf die Transferfrage zeichnen sich qualitative und didaktisch-methodische Veränderungen im Weiterbildungsbereich ab, in dem die Umsetzung und Anwendung vermittelten Wissens im Funktionsfeld bisher weitgehend als Angelegenheit der Teilnehmer verstanden und nicht mit dazu notwendigen Vorleistungen der Angebote in Verbindung gebracht wurde. Mit einem Umdenken rücken Maßnahmen der Transfersicherung und –unterstützung als integrale Bestandteile von Weiterbildungsangeboten stärker in den Mittelpunkt (Weiß, 1997). Da sich Transfer nicht immer von selbst einstellt, müssen Anbahnung der Transferentscheidung (Rank & Wakenhut, 1998, S.27 f.) und Einübung von Transferschritten in die Weiterbildung integriert werden (Becker, 2001c). Die Lernprozesse im Lernfeld und die Anwendungs- und Umsetzungsprozesse im Funktionsfeld sind als eine Einheit zu betrachten. Bei Zugrundelegung dieser Sicht müsste eigentlich die „Qualitätssicherung einer Weiterbildung (...) bis in die Anwendungssituation hineinreichen“ (Stark, 2000, S. 31).

4.2 Transferanbahnende und –begünstigende Kurselemente

Möglichkeiten der Transferanbahnung im Lernfeld werden im Folgenden anhand des Oldenburger Weiterbildungskurses konkretisiert. Die Sequenzierung in eine individuelle Selbstlernphase und in eine soziale Lernphase erweist sich dabei als günstig, da die beiden aufeinander bezogenen Phasen hinsichtlich der Transfer Vorbereitung jeweils spezifische Funktionen erfüllen.

=== Abb. 2 hier einsetzen == Abb. 2: Transferanbahnung und –vorbereitung im Lernfeld

1. *Individuelle Lernphase* (Selbststudium): Praxisbezogenheit und –nähe der Lernmaterialien manifestieren sich darin, dass die Lehrtexte authentische Fallbeispiele, Strategiebeschreibungen und Umsetzungshinweise beinhalten. Da aber nicht alle Bereiche pflegerischer Tätigkeit durch Fälle repräsentiert werden können, müssen die Teilnehmer selbständig die den Beispielen zugrunde liegenden Strukturen und Prinzipien erkennen, also bei der Auseinandersetzung mit den Inhalten abstrahierend und dekontextualisierend vorgehen. In einem zweiten Schritt muss eine Re-Kontextualisierung vorgenommen werden, bei der die Prinzipien, Strategien usw. auf eigene Praxissituationen bezogen werden. Geeignet hierfür sind kognitive Operationen wie Analogiebildung, Vergleiche und Kontrastierungen. Die konstruktivistisch inspirierte Transfertheorie spricht hier von der „Konstruktion eines subjektiven Anwendungsbereichs“ (Prenzel & Mandl, 1993, S.706).

Instruktionsprinzipien:

- Nach Thorndikes Theorie der „identischen Elemente“ ist die Ähnlichkeit von Lernfeld und Funktionsfeld eine Bedingung für Transfer; je nachdem, wie ähnlich oder verschieden die Aufgaben in beiden Feldern sind, soll Transfer leichter oder schwerer gelingen (vgl. zu Transfertheorien: Euler, 1995; Mähler & Hasselhorn, 2001; Mandl, Prenzel & Gräsel, 1992; Pawlowsky & Bäumer, 1996). Diese Bedingung konnte im Dialyse-Projekt erfüllt werden. Berufliche Weiterbildung – so kann man schlussfolgern – ist dann besonders erfolgreich, wenn sie sich an eine homogene Adressatengruppe richtet und wenn sie auf ein spezifisches Berufsfeld zugeschnitten ist, weil dann die beruflichen Anforderungen in der Weiterbildung weitgehend abgebildet werden können, d. h. es können besonders viele „identische Elemente“ konstruiert und aufgenommen werden.
- Im Gegensatz zu Thorndike vertritt Judd die Auffassung, dass vor allem im Lernfeld vermittelte allgemeine Prinzipien und Strategien transferiert werden. „Das Individuum (...) hat in der Lernphase Regeln oder Lösungsprinzipien kennengelernt, die (...) nicht nur für den Einzelfall, sondern für eine ganze Klasse von Fällen anwendbar sind. Damit erhalten die neu erworbenen inhaltlichen und verfahrensbezogenen Kenntnisse breite Anwendungsgebiete“ (Mähler & Hasselhorn, 2001, S.724). Dies wird im Oldenburger Kurs beispielsweise mit der Vermittlung förderlicher Kommunikationsstrategien geleistet. Die Pflegekräfte lernen ein Raster zur Klassifikation von Gesprächsanlässen sowie Gesprächsbausteine kennen, die situations- und intentionsangemessen zu zielführenden Gesprächsstrategien kombiniert werden können.
- Durch das Lösen „authentischer Probleme wird Wissen nicht in abstrakter Form, sondern von Anfang an unter Anwendungsgesichtspunkten erworben“ (Mandl, Gruber & Renkl, 1994, S.235). Zunehmend wurden von den Teilnehmern stammende Situationsbeschreibungen und Fallbeispiele in die Lehrtexte eingebaut und auch in den Seminaren wird fast ausschließlich mit von den Teilnehmern eingebrachten Fällen gearbeitet.
- Das Bereitstellen einer Vielzahl konzeptioneller Modelle trägt zu einer Transfer begünstigenden Flexibilisierung des Wissens bei (Gage & Berliner, 1996). Im Oldenburger Kurs lernen die Pflegekräfte verschiedene Theorien und Modelle kennen, die es ihnen erlauben sollen, Praxissituationen aus unterschiedlichen Perspektiven zu analysieren. Die berufliche Tätigkeit erhält durch eine bewusste, begründete Entscheidung für eine bestimmte Sicht- und Vorgehensweise die Qualität reflektierten, professionellen Handelns.

2. *Soziale Lernphase* (Seminare): Die Seminare sind der Ort, wo die Teilnehmer berufliche Erfahrungen austauschen und zuvor angestellte Anwendungsideen einbringen. Trainingselemente und Probehandeln (Rollenspiele, Simulationen) verstärken den Praxisbezug. Entscheidend ist, dass die Teilnehmer in dieser Lernumgebung als Experten

(Benner, 1994) gesehen werden. Durch die Beschreibung von Best-practice-Beispielen wird die Transfermotivation verstärkt. Neben den Erwerb von Faktenwissen (vermittelt über die Lehrtexte) und spezifischen Fertigkeiten (vermittelt über Trainingseinheiten auf den Seminaren) „tritt (...) der Erwerb von Denkmustern, Expertenkniffen, Überzeugungssystemen und ethischen Standards der entsprechenden Expertenkultur“ (Mandl, Gruber & Renkl, 1994, S.235).

Gestaltungsprinzipien: Um die Transfermotivation zu unterstützen, muss Transfer thematisiert werden und als explizit ausgewiesenes Element im Seminarablauf einen Stellenwert bekommen (Mandl, Prenzel & Gräsel, 1992). Durch geeignete Hilfen sind Transferbereitschaft bzw. Transferkompetenz zu verstärken (Severing, 1995; Siebert, 2002; Schönherr, 1995; Rank & Wakenhut, 1998). Beispielhaft geschieht dies z.B. im Rahmen der von der Frankfurter Dozentengruppe praktizierten transferorientierten Seminargestaltung (Preiser, 2000). Bestandteile derselben sind in den Seminarablauf integrierte Phasen der Anwendungsplanung, persönliche Selbstverpflichtungen, in denen Anwendungsziele genannt und Umsetzungsabsichten konkretisiert werden (vgl. Mähler & Hasselhorn, 2001; Rank & Thiemann, 1998), sowie Lernpartnerschaften, die der gegenseitigen Unterstützung bei Umsetzungen im Funktionsfeld dienen.

4.3 Transferevaluation

Weiterbildungsqualität zeigt sich, wenn die Teilnehmer am Arbeitsplatz die erweiterten Qualifikationen einbringen und in realen Situationen umsetzen können (Bundeskonzferenz, 2000, S.16). Die Überprüfung des Transfererfolgs wird somit zum eigentlichen Prüfstein der Weiterbildungsqualität. Eine Erfassung des Transfererfolgs müsste konsequenterweise im Berufsfeld erfolgen und auch Urteile von Kollegen und Vorgesetzten sowie von Fremdbeobachtern einbeziehen (Becker, 2001c; Harney, 1997). In der Regel beschränkt sich eine Transferevaluation (Mutzeck, 1991) jedoch meist auf die Befragung ehemaliger Teilnehmer (Arnold & Krämer-Stürzl, 1995, 1997).

Eine Transferevaluation hat im Oldenburger Kurs im Jahr 2001 mit der Befragung aller ehemaligen Teilnehmerinnen und Teilnehmer stattgefunden. Bis zum Stichtag trafen 192 ausgefüllte Fragebögen ein (Rücklaufquote ca. 21 %). Es lässt sich zwar nicht genau angeben, wie repräsentativ die Respondenten für die Grundgesamtheit (N = 920) sind.³⁾ Die Ergebnisse können aber über die Hinzuziehung vergleichbarer Untersuchungen validiert werden. Aufgrund der weitgehenden Übereinstimmung mit Befunden anderer Studien (z.B. Adolph & Görres, 1997) kann den Befragungsergebnissen eine hohe Bedeutsamkeit und Aussagekraft zugeschrieben werden.

4.4 Ergebnisse der Transferevaluation

Im Folgenden werden einige Ergebnisse aus der Befragung der Absolventen des Oldenburger Weiterbildungskurses vorgestellt.

1. *Berufliches Umfeld:* Unter Transferaspekten sind Kenngrößen des beruflichen Umfeldes von Interesse, da sie sich transferbegünstigend bzw. –behindernd auswirken können (vgl. Rank & Wakenhut, 1998). Die Institutionen, in denen die ehemaligen Teilnehmer beschäftigt sind, zeichnen sich in deren Wahrnehmung überwiegend durch Innovationsbereitschaft aus; nur 29,2 % attestieren ihrer Einrichtung wenig, 5,2 % überhaupt keine Aufgeschlossenheit gegenüber Neuerungen. Dem entspricht ein hohes Maß an Selbständigkeit bei der Tätigkeitsausübung: 45,8 % erleben eine weitgehende

Handlungsautonomie, 12 % können völlig selbständig agieren. Dieses Resultat lässt sich auf den relativ hohen Anteil von Teilnehmern in Leitungsfunktionen zurückführen. Kritikfähigkeit wird hingegen weniger geschätzt: 40,6 % geben an, in ihrer Institution werde eigenständiges, kritisches Urteilen der Mitarbeiter wenig gefördert. Wenn man davon ausgeht, dass die im Kurs vermittelten neuen Sichtweisen u.a. Kritik an bestehenden Routinen implizieren (können), deutet sich hier ein „Stolperstein“ für Transferbemühungen an.

2. *Anwendung der Inhalte:* 85,4 % geben an, die Kursinhalte im beruflichen Bereich umgesetzt zu haben, bei 78,6 % trifft dies auch für den privaten Bereich zu. Bei einer beruflichen Weiterbildung werden die Teilnehmer zwar als Arbeitnehmer angesprochen, aber als Personen gebildet. Die Aufspaltung in personale Identität und berufliche Rolle ist zwar analytisch, nicht aber praktisch möglich.

Interessant sind die Antworten zu der offenen Frage: “Wo nutzen Ihnen die im Kurs vermittelten Inhalte und Fertigkeiten besonders?” Hier werden genannt:

- der Kommunikationsbereich: Die vermittelten Fertigkeiten bezüglich einer hilfreichen Gesprächsführung werden bei Patientenkontakten, in der Angehörigenarbeit und bei Teamsitzungen eingesetzt;
 - der Umgang mit Konflikten und belastenden Situationen: Der Kurs hat Strategien eines effektiven Konfliktmanagements vermittelt;
 - die Beziehung zu Patienten: Das Verständnis für die psychosoziale Situation der Patienten hat zugenommen, so dass ein angemessenerer Umgang mit problematischem Patientenverhalten möglich ist. Die Patienten werden stärker als vor dem Kurs als aktive Partner gesehen, wodurch die Förderung von Gesundheit ein größeres Gewicht bekommt.
3. *Umsetzungsprobleme:* Die Weiterbildungsinhalte werden überwiegend in Situationen angewendet, die von den Teilnehmern beeinflusst und relativ autonom gestaltet werden können (vgl. Stehr, 1989). Dazu gehören vor allem personale Kontakte, Kommunikationsprozesse und Interaktionsverläufe. Umsetzungsprobleme werden vor allem auf institutionelle Hemmnisse und Blockaden zurückgeführt. Probleme ergeben sich
 - durch institutionelle Faktoren und arbeitsplatzspezifische Gegebenheiten (z.B. Personal- und Zeitmangel, kurze Verweildauer von Patienten)
 - aufgrund des Desinteresses von Kollegen und Vorgesetzten (z.B. geringe Aufgeschlossenheit gegenüber neuen Ideen)⁴⁾
 - durch ein Festhalten an praktizierten Routinen (z.B. unflexible Arbeitsabläufe).

Daraus lässt sich folgern, dass Rahmenbedingungen von Pflege verändert und institutionell-organisatorische Transferhindernisse abgebaut werden müssen (vgl. Adolph & Görres, 1997), damit sich vermittelte und angeeignete Kompetenzen auch tatsächlich im Berufsalltag auswirken können.

Daneben haben nach Aussage der Befragten für den Praxistransfer noch folgende Gesichtspunkte eine Bedeutung:

- Die Weiterbildungsinhalte verblassen allmählich, zu einer Auffrischung fehlt aber meist die Zeit (vgl. Görres, 2002).
- Erfolge stellen sich erst mittelfristig ein, so dass ein gewisses Maß an Beharrlichkeit erforderlich ist.
- Die alltägliche Routine setzt sich häufig wieder durch.

- Eine Umsetzung ohne Rückmeldung lässt sich auf Dauer schwer durchhalten. 5)

5. Ausblick

Die Qualität einer Weiterbildung besteht in der engen Verzahnung von Theorievermittlung und Praxisgestaltung (Bundeskongress, 2000). Praxisbezug und Relevanz der Weiterbildungsinhalte für aktuelle und zukünftige Arbeitsanforderungen und –aufgaben sind ein zentrales Kriterium für die Qualität berufsbezogener Weiterbildungsangebote (Stark, 2000). Über die Frage nach der Anwendbarkeit des Gelernten im Funktionsfeld ist die Qualitätsfrage an die Transferproblematik angeschlossen.

Eine Evaluation des Transfers deckt begünstigende und fördernde wie auch hemmende und behindernde Faktoren auf, die Ausmaß und Dauer des Transfers nachhaltig determinieren. Hierzu gehören nicht nur personenspezifische, sondern auch institutionell-organisatorische Einflussfaktoren, die zu einem „Bedingungsmodell des Praxistransfers“ (Rank & Wakenhut, 1998, S.15 f.) verdichtet werden können. Es hängt nicht allein vom Individuum ab, ob ein Transfer zustande kommt und darüber hinaus auch noch dauerhaft erfolgreich ist, sondern auch von institutionellen Transferbedingungen.

Wenn der Transfer in der Weiterbildung vermittelten Wissens und dort angeeigneter Fertigkeiten zum Qualitätskriterium wird, hat dies weitreichende Konsequenzen für Weiterbildungskonzepte. Neben kursinterner Transferanbahnung und –vorbereitung werden Transferunterstützung und -sicherung zu wesentlichen Bestandteilen einer Weiterbildung, woraus sich allerdings Probleme ergeben, da Weiterbildungsveranstalter in der Regel allenfalls begrenzt auf das Berufsfeld Einfluss nehmen können. „Die explizite Transferunterstützung im Anwendungsfeld ist der schwierigste und daher neuralgische Punkt im Qualitätskonzept“ (Stark, 2000, S.192).

Die Transferproblematik entgrenzt Formen und Aufgaben der Weiterbildung, indem damit zwar durch eine Veranstaltung stimulierte, aber in ihr nicht notwendigerweise enthaltene Themen und Probleme in die Weiterbildungskommunikation eingeführt werden, wie z.B. die Bedingungen, unter denen Lernerfolge zu Transfererfolgen werden. Das eigentliche Transferproblem besteht darin, dass Lehr-Lernprozesse zwar gelingen können, dass der Lernerfolg aber im Berufsfeld nicht aufgenommen, „sondern wie das Element eines fremden Immunsystems wieder abgestoßen und dadurch vernichtet wird“ (Harney, 1997, S.188). Deshalb kommt es auf die Schaffung transferbegünstigender Rahmenbedingungen im Funktionsfeld an (Euler & Kutt, 1995). Dazu gehört auch die dort praktizierte „Führungskultur“ (Weiß, 1997), die maßgeblich daran beteiligt ist, inwieweit in den Institutionen eine Bereitschaft zur Aufnahme und Umsetzung von Innovationen besteht.

Die befragten Pflegekräfte des Oldenburger Weiterbildungskurses sehen u.a. im „Einzelkämpfertum“ eine Umsetzungsbarriere („Als Allein-Anwender auf Dauer kein Erfolg“; „Als Einzelkämpferin steht man auf verlorenem Posten“). Damit wird die Schnittstelle von individuellen Anwendungsintentionen und sozial bzw. organisatorisch determinierten Anwendungsmöglichkeiten markiert. Ein Transfer scheint dann eher möglich, wenn die Umsetzung der Kursinhalte sozial gerahmt ist. Konsens und Kooperation begünstigen die Umsetzung des Gelernten. Zur Transferunterstützung und –sicherung haben sich Qualitätszirkel (Bahrs, 2001; Mandl, Gruber & Renkl, 1994), Unterstützungsgruppen (Rank & Thiemann, 1998) und Praxisgemeinschaften (Clases, Endres & Wehner, 1996) bewährt. Für den Krankenhausbereich liegen Erfahrungen mit sog. „Setting-Konferenzen“ (Siebolds & Weidner, 1998) vor. Sie setzen sich aus Mitgliedern verschiedener

Berufsgruppen zusammen und sind nachhaltig wirksam, da die Abläufe im Krankenhaus durch eine berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit geprägt sind und deshalb Innovationen von allen Personen mitgetragen und unterstützt werden müssen.

Berufliche Weiterbildung ist eine Maßnahme zur Personalentwicklung. Personalentwicklung und Organisationsentwicklung gehören zusammen (Euler, 1995; Grossmann & Scala, 2001; Offermann & Pohl, 1997; Simon, 2001). Qualitätsdiskussion und Transferproblematik haben zur Erweiterung der Aufgaben beruflicher Weiterbildung geführt. Zum erweiterten Anforderungs- und Aufgabenhorizont gehört auch die Abstimmung von Weiterbildungsangeboten und Organisationsentwicklungsprozessen. Als Konsequenzen zeichnen sich ab:

- Damit der durch einen Kurs „weiter entwickelte“ Mitarbeiter (Qualität als transformativer Anspruch, s. oben) den Kompetenzzuwachs ausspielen und umsetzen kann, muss eine Abstimmung zwischen System und Individuum erfolgen. Die Weiterbildungsteilnahme darf nicht bloß eine individuelle Entscheidung, sondern muss ein aus der Organisationsentwicklung abgeleiteter Auftrag sein.
- Daraus ergibt sich, dass eine Weiterbildung auch die Vermittlung von Strategien zur aktiven Partizipation an und Mitgestaltung von Organisationsentwicklungsprozessen beinhalten sollte.

Es ist allerdings noch kaum bekannt und nicht hinreichend erforscht, welche Auswirkungen es hat, wenn durch Weiterbildung „aufgeklärte“ Mitarbeiter bzw. „wohl-informierte Handelnde“ (Vaitkus, 1989) in den Institutionen agieren und dort ihr durch eine Weiterbildungsteilnahme angereichertes Wissen einbringen und ihre erweiterten Kompetenzen für systemische Veränderungen einsetzen.

Fußnoten

1) Zu nennen sind auch eine Reihe von Prinzipien, die dem Kurs als „generative Leitideen“ zugrunde liegen und die die Gestaltung der Kurselemente durchgängig durchziehen. Hierzu gehören Teilnehmerorientierung, Praxisbezug, Theorie-Praxisverknüpfung, Problem-, Erfahrungs- und Handlungsorientierung (vgl. Bundeskonferenz, 2000; Faulstich, 1991; Nittel, 1997).

2) Der Kursbaustein „Supervision“ enthält Selbsterfahrungsanteile und soll Praktiken kollegialer Supervision/ Intervention vermitteln. Intendiert ist, dass die Pflegekräfte diese bei der Einrichtung kollegialer Supervisionsgruppen/ Arbeitsplatzgesprächsgruppen im Berufsfeld nutzen. – Beim Oldenburger Kurs handelt es sich um ein offenes Curriculum, das für weitere Inhalte anschlussfähig ist (z.B. „Umgang mit Tod und Sterben“, „Arbeiten im Team“ usw.). Das modularisierte Kurskonzept ermöglicht die Aufnahme neuer Bausteine. So sind in den letzten Jahren die Kurseinheiten „Arbeitsfeld Krankenhaus: Rollenanalyse und Konfliktmanagement“ und „Interkulturelle Kommunikation und Interaktion im Krankenhaus“ hinzu gekommen. Die derzeitige Entwicklungsarbeit konzentriert sich darauf, Voraussetzungen für eine interprofessionelle Weiterbildung aller im Gesundheitsbereich tätigen Berufsgruppen zu schaffen. Grundlage dafür ist das aus dem Oldenburger Kurs hervorgegangene und von der Robert-Bosch-Stiftung geförderte deutsch-amerikanische Gemeinschaftsprojekt „The Healing Partnership“ (Waltos & Waltos, 2002)

(<http://www.gesundheitspartnerschaft.de>).

3) Da Transferuntersuchungen für das Dialyse-Projekt vorliegen (Bräsen, 2000; Fichten, 2000d), wurden die Pflegekräfte aus den Dialysezentren in diese Untersuchung nicht einbezogen.

4) Diese Aussage steht im Widerspruch zu der den Institutionen attestierten generellen Innovationsbereitschaft. Eine noch genauer zu überprüfende Hypothese, mit der die widersprüchlichen Befunde erklärt werden können, geht von einer bei den Pflegekräften grundsätzlich bestehenden Loyalität gegenüber ihren Einrichtungen aus. Die Corporate-Identity-Mentalität wird aber auf der konkreten Handlungsebene suspendiert, wo zahlreiche Widerstände, Blockaden usw. erlebt werden. Es könnte sich darum handeln, dass Eigenanteile am geringen Zustandekommen von Transfer externalisiert und personalisiert, also vor allem den Kolleginnen und Vorgesetzten, zugeschoben werden. Demnach wäre eine Unterscheidung zwischen abstrakt-institutioneller Mitgliedschaftsebene und konkret-personaler Handlungsebene zu unterstellen.

5) Damit wird deutlich, dass es nicht nur auf (punktuelle) Transfererfolge ankommt, sondern auch auf Maßnahmen der Transfersicherung (Weiß, 1997), zu der ein kontinuierliches Feedback gehört. Realisieren lässt sich dies durch eine begleitende Anwendungsberatung, die heutzutage über die Nutzung neuer Medientechnologien vereinfacht und erleichtert wird. Voraussetzung ist allerdings, dass Weiterbildungskurse nicht als mit der Lernphase abgeschlossen angesehen, sondern dass Transferberatung und –begleitung explizit als Kursbestandteile verstanden werden.

Literatur

Adolph, H. & Görres, St. (1997). Umsetzungsbarrieren im Wissenstransfer innovativer Pflegekonzepte. Ergebnisse einer Untersuchung. ZGerontolGeriat, 30 (2), 100 – 108

Arnold, R. & Krämer-Stürzl, A. (1995). Zugänge und Methoden zur Evaluierung von Weiterbildung. In J. E. Feuchthofen & E. Severing (Hrsg.), Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung in der Weiterbildung (S.3 – 21). Neuwied: Luchterhand

Arnold, R. & Krämer-Stürzl, A. (1997). Erfolgskontrolle – Thema professioneller betrieblicher Weiterbildung? In R. Arnold (Hrsg.), Qualitätssicherung in der Erwachsenenbildung (S.133 – 150). Opladen: Leske + Budrich

Bahrs, O. (2001). Qualitätszirkel als Instrument der Qualitätssicherung. In BZgA (Hrsg.), Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Bd. 15) (S.151 – 162). Köln: BZgA

Becker, F. J. (2001a). Innovation und Qualität. Forum Lehrerfortbildung, 35, 44 – 55

Becker, F. J. (2001b). Evaluationswerkzeuge. Forum Lehrerfortbildung, 35, 26 – 43

Becker, F. J. (2001c). Evaluations- und Organisationsaspekte im Qualitätsentwicklungsprozess von Lehrerfortbildung. Forum Lehrerfortbildung, 35, 5 – 25

Benner, P. (1994). Stufen zur Pflegekompetenz. Bern: Huber

Bernath, U. (2000). Berufsbezogene wissenschaftliche Weiterbildung „Psychologische Gesundheitsförderung für Krankenpflegepersonal“ - Mit einem Fernstudienelement in einem Universitätsverbund. In U. Bernath et al. (Hrsg.), Psychologische Gesundheitsförderung für Pflegekräfte in der Dialyse (S. 7 - 10). Oldenburg: BIS

Bernath, U. & Fichten, W. (1999). Adaptation in Distance Education – New Experiences from Networking Universities in Germany. Open Learning, 14 (1), p. 45 – 50

Bötel, Ch. & Merx, K. (1995). Kooperative Anbieterkontrolle als Weg zu mehr Qualität in der Weiterbildung – ESF-Bildungstest in Sachsen. In R. v. Bardeleben et al. (Hrsg.), Weiterbildungsqualität – Konzepte, Instrumente und Kriterien (S.191 – 204). Bielefeld: Bertelsmann

Bräsen, A. (2000). Gesundheitsförderung im Praxisfeld Dialyse – Eine qualitative Evaluationsstudie des Weiterbildungsprogramms für Pflegekräfte in der Dialyse. In U. Bernath et al. (Hrsg.), Psychologische Gesundheitsförderung für Pflegekräfte in der Dialyse (S. 63 – 72). Oldenburg: BIS

Bundeskonzferenz der Pflegeorganisationen (2000). Qualitätssicherung pflegerischer Weiterbildungsmaßnahmen. Göttingen/ Eschborn

Clases, Ch., Endres, E. & Wehner, Th. (1996). Situiertes Lernen zwischen Praxisgemeinschaften. Analyse und Gestaltung betrieblicher Hospitationen. In H. Geißler (Hrsg.), Arbeit, Lernen und Organisation (S. 233 – 252). Weinheim: Deutscher Studien Verlag

Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe (1999). Konzeption arbeitsfeld-, pflege- und funktionsbezogene Weiterbildung und Rahmenordnung zu den arbeitsfeld-, pflege- und funktionsbezogenen Weiterbildungen in den Pflegeberufen. Göttingen

Ditton, H. (2000). Qualitätskontrolle und Qualitätssicherung in Schule und Unterricht. Z.f.Päd., 41. Beiheft, 73 – 92

Euler, D. (1995). Transfer von Modellversuchsergebnissen. Theoretische Fundierungen, empirische Hinweise und erste Konsequenzen. In P. Benteler et al. (Hrsg.), Modellversuchsforschung als Bildungsforschung (S.225 – 268). Köln: Botermann & Botermann

Euler, D. & Kutt, K. (1995). Transfer von Modellversuchsergebnissen: Bedingungen und Hinweise für die Gestaltung des Transferprozesses. In P. Benteler et al. (Hrsg.), Modellversuchsforschung als Bildungsforschung (S. 269 – 294). Köln: Botermann & Botermann

Faulstich, P. (1991). Qualitätskriterien für die Erwachsenenbildung als ein Fokus der Berufsbildungsforschung. Z. f. Berufs- u. Wirtschaftspädagogik, 87 (7), 572 – 581

Faulstich, P. (1996). Qualifikationsbegriffe und Personalentwicklung. Z. f. Berufs- u. Wirtschaftspädagogik, 92 (4), 366 – 379

Faulstich, P. (1997). Kompetenzentwicklung – Begriffs- und Erfassungsprobleme. GdWZ, 8 (5), 229 – 231

- Faulstich, P. (1999). Kompetenzentwicklung und Erfolgsqualität. Qualitätssicherung in der beruflichen Erwachsenenbildung. BuE, 52 (2), 157 – 172
- Faulstich, P. & Zeuner, Ch. (2001). Kompetenznetzwerke und Kooperationsverbünde in der Weiterbildung. GdWZ, 12 (3), 100 – 103
- Fichten, W. (1994). Psychologische Gesundheitsförderung. Eine berufsbegleitende Weiterbildung. PflegePädagogik, 3, 32 – 34
- Fichten, W. (1998). Gesundheitsförderung in der Krankenpflege. Pflege & Gesellschaft, 3 , 15 – 21
- Fichten, W. (1999). Grundlagen psychologischer Gesundheitsförderung. In W. Fichten & J. Rieforth (Hrsg.), Gesundheitsförderliches Handeln in der Krankenpflege. Grundlagen und neue Handlungsfelder (Bd. 3) (S.11 – 67). München: Urban & Vogel
- Fichten, W. (2000a). Psychologische Gesundheitsförderung für Pflegekräfte in der Dialyse – Konzeption und Inhalte des Weiterbildungskurses. In U. Bernath et al. (Hrsg.), Psychologische Gesundheitsförderung für Pflegekräfte in der Dialyse (S.11 – 20). Oldenburg: BIS
- Fichten, W. (2000b). Das Lerntagebuch als Kurselement. In U. Bernath et al. (Hrsg.), Psychologische Gesundheitsförderung für Pflegekräfte in der Dialyse (S.39 – 48). Oldenburg: BIS
- Fichten, W. (2000c). Ergebnisse der Teilnehmerbefragung. In U. Bernath et al. (Hrsg.), Psychologische Gesundheitsförderung für Pflegekräfte in der Dialyse (S.53 – 62). Oldenburg: BIS
- Fichten, W. (2000d). Der Weiterbildungskurs aus der Sicht der Pilotgruppe. In U. Bernath et al. (Hrsg.), Psychologische Gesundheitsförderung für Pflegekräfte in der Dialyse (S. 29 – 38). Oldenburg: BIS
- Fichten, W. & Grüter, E. (1996). Krankenpflege und Gesundheitsförderung. Die Schwester/ Der Pfleger, 35 (1), 18 – 21
- Gage, N. & Berliner, D. C. (1996). Pädagogische Psychologie. 5. Aufl., Weinheim: Beltz, PsychologieVerlagsUnion
- Gieseke, W. (1997). Die Qualitätsdiskussion aus erwachsenenpädagogischer Sicht. Was bedeutet Qualität in der Erwachsenenpädagogik? In R. Arnold (Hrsg.), Qualitätssicherung in der Erwachsenenbildung (S. 29 – 48). Opladen: Leske + Budrich
- Görres, St. (2002). Auf dem Weg zu einer neuen Lernkultur – Wissenstransfer in der Pflege. In St. Görres et al. (Hrsg.), Auf dem Weg zu einer neuen Lernkultur. Wissenstransfer in der Pflege (S.13 – 23). Bern: Huber
- Götz, K. (1998). Zur Evaluierung beruflicher Weiterbildung. Bd. 1: Theoretische Grundlagen. 2. Aufl., Weinheim: Deutscher Studien Verlag

Grossmann, R. & Scala, K. (2001). Professionelle Organisationsentwicklung als Qualitätsdimension der Gesundheitsförderung. In BZgA (Hrsg.), Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Bd. 15) (S. 73 – 86). Köln: BZgA

Harney, K. (1997). Normung der Qualität in der betrieblichen Weiterbildung: Zwischen betrieblich-organisatorischer und professioneller Handlungslogik. In R. Arnold (Hrsg.), Qualitätssicherung in der Erwachsenenbildung (S.185 – 208). Opladen: Leske + Budrich

Harteis, Ch. (1997). Qualität in der Weiterbildung? GdWZ, 8 (5), 214 – 215

Harvey, L. & Green, D. (2000). Qualität definieren. Z.f.Päd., 41. Beiheft, 17 – 40

Helmke, A., Hornstein, W. & Terhart, E. (2000). Qualität und Qualitätssicherung im Bildungsbereich. Z.f.Päd., 41. Beiheft, 7 – 16

Hof, Ch. (1997). Zum Stellenwert von Wissen in der Weiterbildung. GdWZ, 8 (6), 249 – 251

Holla, B. (2002). Qualitätsentwicklung in der Weiterbildung durch praxisorientierte Evaluation. Frankfurt/M.: Lang

Keuchel, R. (2002). Lernen im Wandel – Neue Wege in der Pflegeausbildung. In St. Görres et al. (Hrsg.), Auf dem Weg zu einer neuen Lernkultur. Wissenstransfer in der Pflege (S.56 – 70). Bern: Huber

Krohwinkel, M. (Hrsg.) (1992). Der pflegerische Beitrag zur Gesundheit in Forschung und Praxis. (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 12). Baden-Baden: Nomos

Lemke, St. G. (1995). Transfermanagement. Göttingen: Verlag f. Angewandte Psychologie

Marnitz, H. (1999). Kontaktstudium „Psychologische Gesundheitsförderung“: Krankenpflegekräfte können „etwas für sich tun“. Pflegezeitschrift, 9, 643 – 646

Mähler, C. & Hasselhorn, M. (2001). Transfer. In D.H. Rost (Hrsg.), Handwörterbuch Pädagogische Psychologie (S. 721 – 730). 2. Aufl., Weinheim: Beltz, PsychologieVerlagsUnion

Mandl, H., Gruber, H. & Renkl, A. (1994). Zum Problem der Wissensanwendung. Unterrichtswissenschaft, 22, 233 – 242

Mandl, H., Prenzel, M., Gräsel, C. (1992). Das Problem des Lerntransfers in der betrieblichen Weiterbildung. Unterrichtswissenschaft, 20 (2), 126 – 143

Muthny, F. A. (1988). Gruppenarbeit im Umfeld von Dialyse und Transplantation – Zielgruppe „Patienten“ oder „Personal“? In H.-C. Deter & W. Schüffel (Hrsg.), Gruppen mit körperlich Kranken (S. 267 – 280). Berlin: Springer

Muthny, F. A. (1989). Job strains and job satisfaction of dialyses nurses. Psychother.Psychosom., 51, 150 – 155

Mutzeck, W. (1991). Transferorientierte Evaluation. In U. Greber et al. (Hrsg.), Auf dem Weg zur „Guten Schule“: Schulinterne Lehrerfortbildung (S. 481 – 513). Weinheim: Beltz

Nittel, D. (1997). Teilnehmerorientierung – Kundenorientierung – Desorientierung ...? Votum zugunsten eines „einheimischen“ Begriffs. In R. Arnold (Hrsg.), Qualitätssicherung in der Erwachsenenbildung (S.163-184). Opladen: Leske + Budrich

Nuissl, E. (1993). „Qualität“ – pädagogische Kategorie oder Etikett? Hess. Blätter f. Volksbildung, 43 (2), 103 – 108

Offermann, J. & Pohl, K.-H. (1997). Qualitätsmanagement in der beruflichen Weiterbildung durch Maßnahmen der Organisationsentwicklung. GdWZ, 8 (5), 211 – 213

Pawlowsky, P. & Bäumer, J. (1996). Weiterbildung: Management von Qualifikation und Wissen. München: Beck

Peplau, H. E. (1995). Interpersonale Beziehungen in der Pflege. Basel: Recom

Plath, H.-E. (2002). Erfahrungswissen und Handlungskompetenz: Konsequenzen für die berufliche Weiterbildung. In G. Kleinherz (Hrsg.), IAB-Kompendium Arbeitsmarkt- und Berufsforschung. Beiträge zur Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, BeitrAB 250, 517 – 529

Posse, N. (1991). Konzepte zur formativen Evaluation schulinterner Lehrerfortbildung. In U. Greber et al. (Hrsg.), Auf dem Weg zur „Guten Schule“: Schulinterne Lehrerfortbildung (S. 457 - 480). Weinheim: Beltz

Prenzel, M. & Mandl, H. (1993). Lerntransfer aus einer konstruktivistischen Perspektive. In L. Montada (Hrsg.), Bericht über den 38. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in Trier 1992 (S. 701 – 709). Göttingen: Hogrefe

Preiser, S. (2000). Sicherung des Praxistransfers. In U. Bernath et al. (Hrsg.), Psychologische Gesundheitsförderung für Pflegekräfte in der Dialyse (S. 73 – 84). Oldenburg: BIS

Rank, B. & Thiemann, Th. (1998). Maßnahmen zur Sicherung des Praxistransfers. In B. Rank & R. Wakenhut (Hrsg.), Sicherung des Praxistransfers im Führungskräfte-Training (S. 31 – 78). München: Hampp

Rank, B. & Wakenhut, R. (1998). Ein Bedingungsmodell des Praxistransfers. In dies. (Hrsg.), Sicherung des Praxistransfers im Führungskräfte-Training (S. 11 – 30). München: Hampp

Reischmann, J. (1993). Erfassung von Weiterbildungs-Wirkungen: Probleme und Möglichkeiten. GdWZ, 4 (4), 199 – 206

Robert-Bosch-Stiftung (1992). Pflege braucht Eliten. Denkschrift zur Hochschulausbildung für Lehr- und Leitungskräfte in der Pflege. Gerlingen: Bleicher

Rohlfing, U. (1989). Begleitforschungsaspekte und -erfahrungen im Kursverlauf. In U. Bernath et al. (Hrsg.), Psychologische Gesundheitsförderung als Weiterbildungsmodell für das Krankenhauspflegepersonal (S. 59 – 110). Oldenburg: BIS

- Seusing, B. (1995). Informationsverhalten von Weiterbildungsnachfragerinnen und – nachfragern und Entscheidungshilfen. In R. v. Bardeleben et al. (Hrsg.), *Weiterbildungsqualität – Konzepte, Instrumente und Kriterien* (S. 85 – 98). Bielefeld: Bertelsmann
- Severing, E. (1995). Qualitätssicherung arbeitsplatznaher Weiterbildung. In J. E. Feuchthofen & E. Severing (Hrsg.), *Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung in der Weiterbildung* (S.74 – 87). Neuwied: Luchterhand
- Siebert, H. (2002). Nachhaltigkeit des Lernens und neue Lernkulturen. *GdWZ*, 13 (2), 114 – 117
- Siebolds, M. & Weidner, F. (1998). Interprofessionalität und Qualität. Probleme und Perspektiven der Kooperation zwischen Medizin und Pflege. *Dr. med. Mabuse*, 23 (115), 44 – 49
- Simon, W. (2001). Die Qual der Wahl – das richtige Qualitätsmanagement für die Gesundheitsförderung. In BZgA (Hrsg.), *Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Bd. 15)* (S.113 – 128). Köln: BZgA
- Scheibler, P. (2000). Krankenpflege in der Dialyse – Ergebnisse einer Berufsfelderkundung. In U. Bernath et al. (Hrsg.), *Psychologische Gesundheitsförderung für Pflegekräfte in der Dialyse* (S.21 – 28). Oldenburg: BIS
- Scherer, D. (1996). *Evaluation beruflicher Weiterbildung*. Frankfurt/M.: Lang
- Schönherr, K. W. (1995). Qualität im Fernunterricht. In J. E. Feuchthofen & E. Severing (Hrsg.), *Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung in der Weiterbildung* (S. 112 – 126). Neuwied: Luchterhand
- Schroll-Decker, I. (1999) Die Bedeutsamkeit von Transfer, Innovation und Interdisziplinarität für die Teilnehmenden wissenschaftlicher Weiterbildung. Die Teilnehmenden: „unbekannte Wesen“? In G. Graeßner & R. Bödel (Hrsg.), *Wissenschaftliche Weiterbildung im Netz der Wissenschaften*. AUE-Beiträge 36, 27 - 37
- Schüßler, I. (2002). Nachhaltigkeit in der Weiterbildung. *GdWZ*, 13 (2), 108 – 111
- Schweer, M. K. (1999). Qualitätssicherung in der Weiterbildung. *GdWZ*, 10 (2), 79 – 81
- Stark, G. (2000). Qualitätssicherung in der beruflichen Weiterbildung durch Anwendungsorientierung und Partizipation. Bielefeld: Bertelsmann
- Staudt, E. & Kriegesmann, B. (2000). Weiterbildung: ein Mythos zerbricht. *GdWZ*, 11 (4), 174 – 177
- Stehr, N. (1989). Wissenschaftliches Wissen und soziales Handeln. Überlegungen zum Problem des Wissenstransfers. In K. Rebel (Hrsg.), *Wissenstransfer in der Weiterbildung* (S. 48 – 71). Weinheim: Beltz

Steiner, G. (2001). Lernen und Wissenserwerb. In A. Krapp & B. Weidenmann (Hrsg.), Pädagogische Psychologie (S. 137 – 206). 4.Aufl., Weinheim: Beltz, Psychologie VerlagsUnion

Uschatz, Ph. (1993). Wie prüft man Aus- und Weiterbildung auf ihre Effektivität? Io Management Zeitschrift, 62 (1), 38 – 41

Vaitkus, St. (1989). Aspekte einer phänomenologischen Konstruktion des Wissens in ihrer Bedeutung für den Wissenstransfer. In K. Rebel (Hrsg.), Wissenstransfer in der Weiterbildung (S. 72 – 87). Weinheim: Beltz

Waltos, D. L. & Waltos, H. (2002). The Healing Partnership: A New Model for Healthcare. Oldenburg: BIS

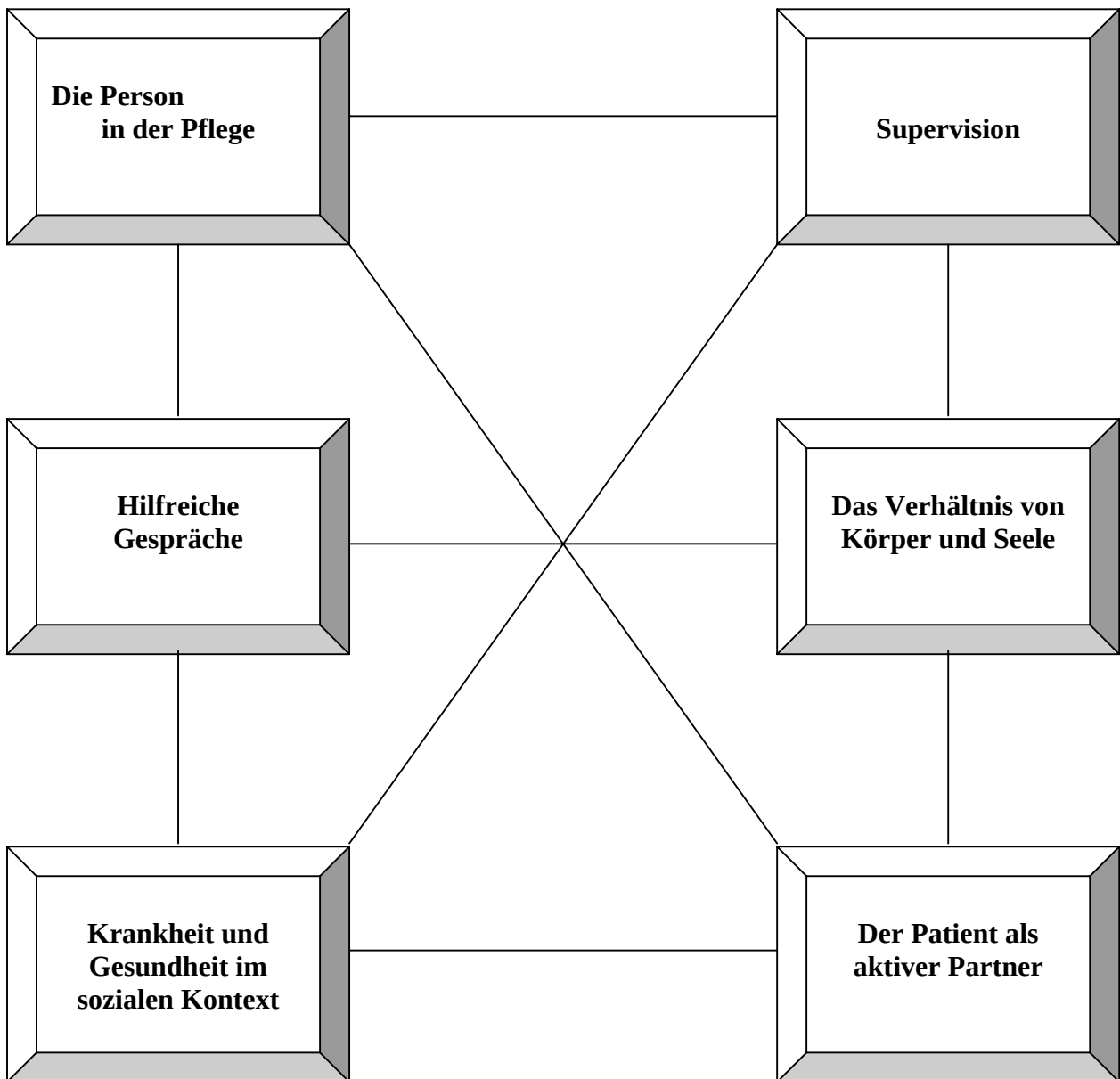
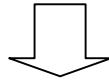
Weidner, F. (1995). Professionelle Pflegepraxis und Gesundheitsförderung. Frankfurt/M.: Mabuse

Weiß, R. (1997). Methoden und Faktoren der Erfolgsmessung in der betrieblichen Weiterbildung. GdWZ, 8 (3), 104 – 108

WHO (1991). Reviewing and Reorienting the Basic Nursing Curriculum. Copenhagen: WHO

Wittwer, W. (2002). Nachhaltigkeit der betrieblichen Weiterbildung und Betriebsentwicklung. GdWZ, 13 (2), 111 – 114

Gesundheitsförderung bei sich und im Team



Gesundheitsförderung bei einzelnen, Familien und Gruppen in ihrem Umfeld

Abb. 1: Kurscurriculum

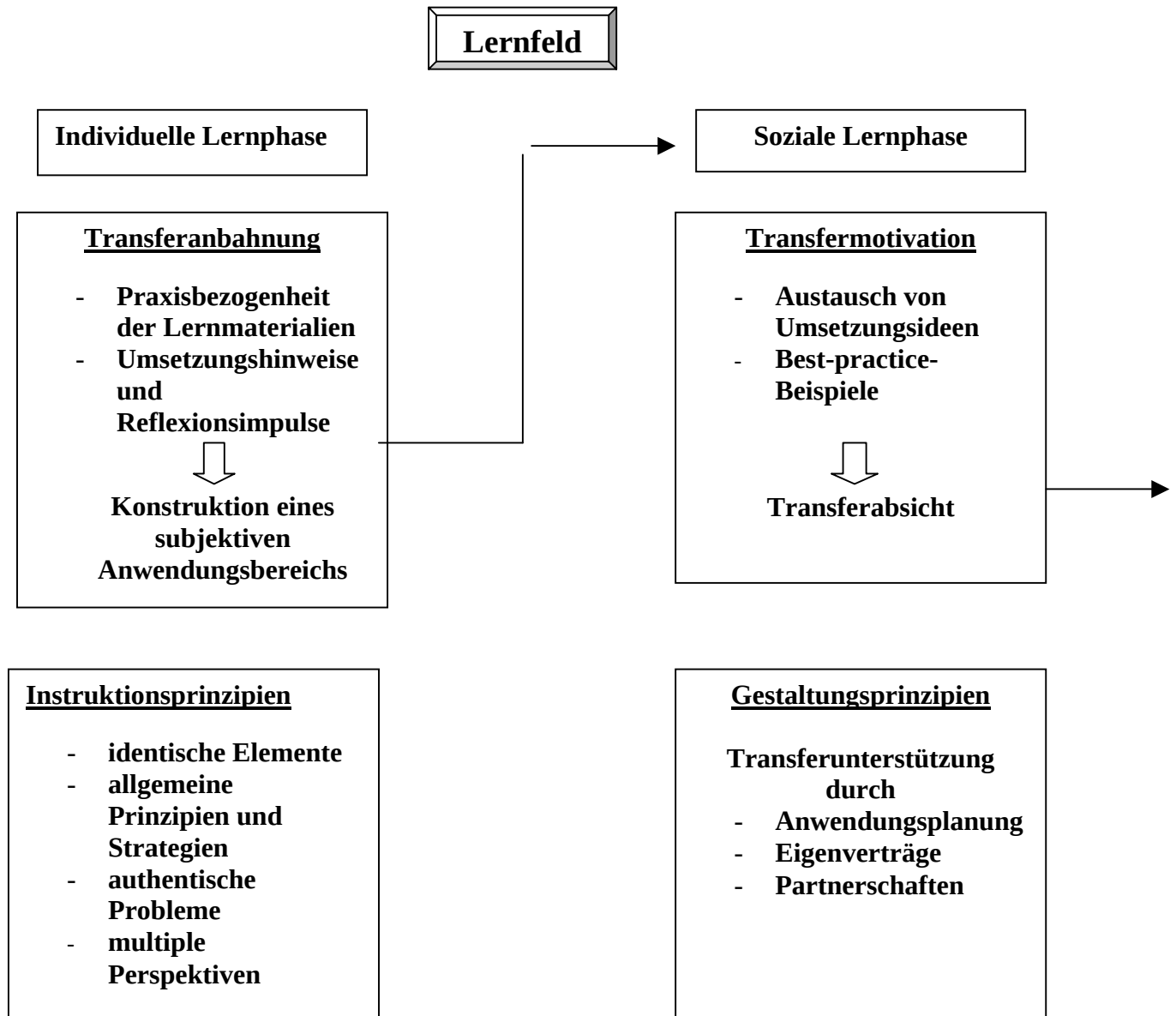


Abb. 2: Transferanbahnung und –vorbereitung im Lernfeld