



SPEZIELLE BERUFLICHE DIDAKTIK

- 04 Identifikation von Kompetenzanforderungen an praxisanleitende Personen im Kreißsaal aus Sicht von angehenden Hebammen**
Cindy Keller

HOCHSCHULDIDAKTIK

- 14 Voneinander Lernen - Job Shadowing als Methode zur Selbst- und Fremdrelexion in der Hochschullehre**
Prof. Dr. Claudia Barthel
Prof. Dr. Elisabeth Meffert
Alexander Ernst
Prof. Dr. habil. Maximilian Schochow
- 20 MOOCs als digitales Einstiegsangebot in die Hochschule für Pflegefachpersonen**
Sandra Schaffrin
Prof. Dr. Sandra Tschupke
Vera Thies
Prof. Dr. rer. medic. habil. Martina Hasseler

SKILLS LAB & SIMULATIONEN

- 30 Erfolgreiche Nachbesprechung von Simulationstrainings in der Berufsausbildung von Gesundheitsfachberufen - Eine Zusammenstellung vorhandener Debriefingstrukturen für Dozierende**
Nicolas Pascal Roming

BEST PRACTICE

- 42 Applied Science: Forschen Lernen Lehren im Rahmen Rettungswissenschaftliches Forschungsprojekt – Eine berufswissenschaftliche Beobachtungsstudie im Rettungsdienst –**
Tobias Fehmer
Josefine Weinberger

BERUFLICHE BILDUNG

- 52 Struktureller Flickenteppich der Berufsfelder und LehrerInnenqualifizierung in den Gesundheitsberufen: Eine Dokumentenanalyse am Beispiel von NRW**
Prof. Dr. phil. habil. Thomas Prescher
Sophie Belting
Galina Pägel
- 64 Der Berufsverbleib von Pflegenden auf Intensivstationen - Implikationen für die pflegerische Bildung und Berufspraxis**
Dr. Benjamin Bohn
Dr. Veronika Anselmann
- 76 Fühlen sich generalistisch ausgebildete Pflegefachpersonen für die pädiatrische Pflege ausreichend qualifiziert? Eine qualitative Studie über das Erleben der pädiatrischen Anteile in der Ausbildung**
Simone Windorf
Prof. Dr. Joachim von der Heyde

REZENSION

IMPRESSUM

Herausgeber
Leitung des Herausgeber-Teams:
Prof. Dr. Matthias Drossel

Herausgeber-Team
Prof. Dr. Matthias Drossel
Heiko Käding
Prof. Dr. Sebastian Koch
Prof. Dr. Marcus Mittenzwei
Prof. Dr. Patrizia Raschper
Prof. Dr. Karl-Heinz Sahmel
Kathrin Drossel

Verlag
Jacobs Verlag
Dr. Hans Jacobs
Am Prinzen Garten 1
D-32756 Detmold

Redaktion
Kathrin Drossel
Prof. Dr. Matthias Drossel
Am Prinzen Garten 1
D-32756 Detmold

Grafik, Layout, Fotoredaktion & Produktion
Kathrin Drossel
Dr. Hans Jacob

Printausgabe
bestellbar über den Verlag
oder über Amazon

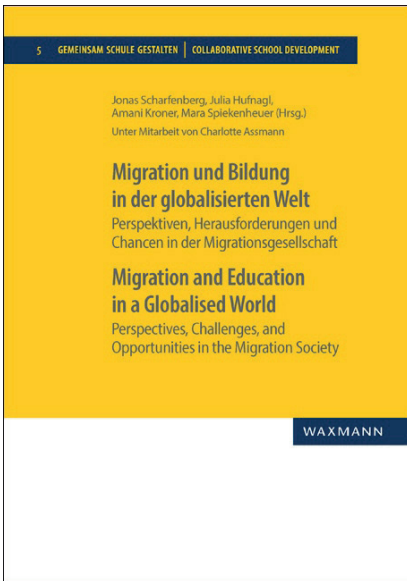
Kontakt
LLiG@jacobs-verlag.de

Titelbild (C) Sabina Titze
(C) 2024 Sabina Titze

Alle Artikel sind Eigentum der AutorInnen, für deren Inhalte sie auch selbst die Haftung übernehmen. Alle Fotos gehören urheberrechtlich den FotografInnen. Eine Vervielfältigung besagter Güter ist nur mit schriftlicher Genehmigung gestattet.

Lehren & Lernen im Gesundheitswesen erscheint halbjährlich als PDF und Printversion

ISBN 9798321079638 (Einzelausgabe)
ISSN 2943-2766 (Online)
ISSN 2943-2774 (Print)



**Jonas Scharfenberg
Julia Hufnagl
Amani Kroner
Mara Spiekenheuer (Hrsg.).
Unter Mitarbeit von Charlotte
Assmann**

**Waxmann, 2024
(ISBN 978-3-8309-4841-4; 198 S.
39,90 €)**

Migration und Bildung in der globalisierten Welt. Perspektiven, Herausforderungen und Chancen in der Migrationsgesellschaft

Migration und Diversität als wesentlicher Impuls für Bildungsprozesse...

Unter diesem Motto könnte man die unterschiedlichen Beiträge des vorliegenden Sammelbandes verstehen. Basierend auf vielseitigen empirischen Untersuchungen, widmet sich der Sammelband unterschiedlichen bildungswissenschaftlichen Schwerpunkten. Dabei ermöglichen qualitative und quantitative Studienergebnisse eine umfassende Fundierung für die professionelle Gestaltung von Bildungswegen in einer Migrationsgesellschaft.

Der Band widmet sich dafür unterschiedlichen Fragestellungen und Ebenen des Bildungssystems, um pädagogische, aber auch institutionelle Handlungsstrategien vorzustellen. Dabei werden drei Schwerpunkte fokussiert:

- Personen mit Zuwanderungsgeschichte im deutschen Bildungssystem
- Professionalisierung von Lehrkräften für die Migrationsgesellschaft
- Bildungskonzepte und Forschungsansätze für die Migrationsgesellschaft

Sehr anschaulich wird der Zugang junger geflüchteter Personen in die berufliche Bildung und deren Beweggründe analysiert. Dabei werden wesentliche Bedingungsfaktoren der beruflichen Teilhabe besonders hervorgehoben. Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf dem informellen Lernen im Kontext der Arbeitsmarktintegration, indem ein Ländervergleich zwischen Deutschland und Kanada erfolgt. Eine Analyse des komplexen Zusammenspiels von Migration, Bildung und transnationalen Lebensstilen vertieft den Blick auf unterschiedliche Bildungssysteme, um zukünftige Entwicklungswege des beruflichen Lernens weiterzuentwickeln – hier anhand einer Vergleichsstudie zwischen Deutschland und der Schweiz. Unter dieser Perspektive werden auch Handlungsempfehlungen zur Teilhabe an schulischer Bildung, unabhängig von der Staatsangehörigkeit oder dem Aufenthaltsstatus fundiert hergeleitet.

Der große Nutzen, der durch gesellschaftliche Diversität besteht, wird in einem weiteren Beitrag auf die Unternehmen und beruflichen Bildungsprozesse transferriert. Hierbei wird vor allem die enorme Bereicherung durch Arbeitnehmende und Lernende aus anderen Kulturen erkennbar, die sich auch durch andere Sichtweisen auf Herausforderungen der Arbeitswelt zeigt. Ein weiterer Schwerpunkt des Sammelbandes liegt auf der Professionalisierung von Lehrenden in der Migrationsgesellschaft. Dabei werden, empirisch fundiert, Anforderungen an Professionalisierungsangebote dargestellt und die Relevanz von Handlungswissen, Selbstwirksamkeitserwartungen und Einstellungen in Verbindung von Theorie, Praxis sowie Reflexion erkennbar.

Weiterführend liefern unterschiedliche Beiträge hilfreiche Impulse für die interkulturelle Schulentwicklung und die Generierung von transformativen Bildungskonzepten, um zukunftsfähige Bildungsprozesse zu gestalten. Dabei wird die Bedeutung der Global Citizenship Education als vielversprechendes pädagogisches Konzept auch für die berufliche Bildung des Gesundheitswesens deutlich.

Insgesamt verfügt der Sammelband über keinen expliziten Fokus auf berufliche Bildungsprozesse im Gesundheitswesen, jedoch bestehen vielseitige konkrete Impulse für diesen Bereich. Dies beispielsweise, indem Diversität und Migration einen Anlass darstellen, um die empirische Bildungsforschung, auch für den Bereich der Gesundheitsberufe, machtkritisch und diskriminierungssensibel zu gestalten.

Prof. Dr. Marcus Mittenzwei

Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

zu allererst: Vielen Dank, Markus Golla und Dr. Hans Jacobs! Wir wechselten vom Verlag Pflege Professionell zum Jacobs Verlag. Durch das großartige Engagement dieser zwei Personen geht es nun OPEN SOURCE und kostenfrei für uns weiter. Und natürlich dem Team dahinter: Herausgebenden-Team und Redaktion!

In dieser Ausgabe ist es wieder gelungen Beiträge aus den unterschiedlichen Bereichen der Berufspädagogik im Gesundheitswesen zu gewinnen und eine Ausgabe zu erstellen, die es in sich hat.

Wie immer möchte ich auch einen Appell loswerden: Die Professionalisierung der Gesundheitsberufe ist in vollem Gange. Neue Gesetze, Anhörungen und offene Bekenntnisse der Stärkung der Gesundheitsberufe sind derzeit aus Berlin und vielen Ländern zu hören. Es freut mich weiter auch, dass das Thema Selbstverwaltung weiter allorts diskutiert wird. Nicht immer mit dem Ergebnis, dass man sich vielleicht als Hardliner wünscht, aber die Richtung stimmt. In den Pflegefachberufen und Pflegehilfsberufen tut sich einiges. Die Deutsche Gesellschaft für Rettungswesen gibt „Vollgas“ und die beteiligten Akteure sind engagiert dabei die Fachwissenschaft zu etablieren. Der Bereich OTA/ATA professionalisiert sich weiter. Die Anfangsschwierigkeiten der hochschulischen Bildung von Hebammen scheinen fast allorts in großen Teilen beseitigt und weitere Berufe der Therapiewissenschaft folgen diesem Trend!

Hier folgt nun ein toller Artikel zur Identifikation von Kompetenzanforderungen der Praxisanleitung im Kreißaal unterstreicht die Weiterentwicklung des Hebammenstudiums. Ebenso veröffentlichen wir diesmal einen Fachartikel zum Pflegestudium, der das Thema Massive Open Online Courses als Einstiegsangebot in den Fokus nimmt.

Die Bemühungen in der Berufspädagogik und den Fachwissenschaften werden den Fachkräftemangel leider nicht allein beseitigen. Weiter gibt es im Bereich der staatlichen Hochschulen zu wenige Studienplätze, die kostenlos sind und Beruf, Familie, Hobby und Studium ermöglichen. Schade und ein Unding, wenn wir von der Erhöhung oder Aufrechterhaltung der Ausbildungskapazitäten hören, lesen. Unsere Kolleginnen und Kollegen der Generation Babyboomer werden in den nächsten Jahren ein großes Loch, natürlich nicht nur stellentechnisch, hinterlassen. In der Berufspädagogik müssen weiter Konzepte diskutiert werden, die den Verbleib von Pflegenden im Fachbereich, erhöhen. Ein weiteres wichtiges Thema ist zudem die Internationalisierung. Diese muss weiter und zügig mitgedacht werden! Denn gerade auch in der Berufspädagogik bringt diese in Ausbildung, Studium und Anerkennungsverfahren Herausforderungen mit sich.

Die Reflexion, also voneinander zu lernen, im Hochschullernen, aber auch die Professionalisierung von Lehrenden im Gesundheitswesen, sind wichtige Themen. Aber auch die weitere Auseinandersetzung mit simulationsbasiertem Lernen oder auch Forschendem lernen. Es freut mich sehr, dass wir dazu Artikel in dieser Ausgabe anbieten können.

Es gibt viel zu tun, aber gerade im Professionalisierungsdiskurs gibt es positive Entwicklungen. Danke für die tollen Artikel der Autorinnen und Autoren! Danke an unser tolles Herausgebenden-Team und die Redaktion, insbesondere an unsere redaktionelle Leitung!

Ihr Prof. Dr. Matthias Drossel
Leitender Herausgeber



Prof. Dr. Matthias Drossel
Leitender Herausgeber

Eingereicht: 20.09.2023
Genehmigt: 10.10.2023

doi: 10.61034/LLiG-08

Cindy Keller, BSc.,
MA.
Doktorandin in Heb-
ammenwissenschaften
an der Universität zu
Lübeck
Praxisbegleiterin im
Studiengang Hebam-
menkunde Technische
Hochschule Aschaffen-
burg



Identifikation von Kompetenzanforderungen an praxisanleitende Personen im Kreißaal aus Sicht von angehenden Hebammen

Abstract deutsch

Einleitung und Zielsetzung: Mit der Akademisierung der Hebammenausbildung nimmt die Praxisanleitung gesetzlich einen besonderen Stellenwert ein. Es lässt sich Forschungsbedarf hinsichtlich des Erlebens von Praxisanleitung aus Sicht von angehenden Hebammen sowie hinsichtlich deren Erwartungen an anleitende Personen identifizieren. Ziel dieser Identifikation ist die Ableitung von Kompetenzanforderungen an anleitende Personen.

Methodik: Es wurde eine qualitative Interviewstudie mit fünf angehenden Hebammen unterschiedlicher Bildungsprozesse durchgeführt und mit der qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet.

Ergebnisse und Diskussion: Die Ergebnisse zeigen, dass Kompetenzen in allen Dimensionen (Fach-, Methoden-, Personal- & Sozialkompetenz) nötig sind, um eine gelungene Anleitung im Kreißaal auszuüben. Aus der Untersuchung geht hervor, dass anleitende Personen die Kompetenzanforderungen, die durch die Arbeit identifiziert werden konnten, heterogen in der Praxis erfüllen.

Limitation: Aufgrund des kleinen Studienumfangs können lediglich für das Sample Aussagen getroffen werden.

Fazit und Ausblick: Es besteht Forschungsbedarf hinsichtlich der Schließung identifizierter Kompetenzlücken bei weitergebildeten praxisanleitenden Personen im

Kreißaal. Ein möglicher Ansatz ist die Entwicklung von Konzepten zum Kompetenzerwerb bzw. zur Kompetenzweiterentwicklung im Rahmen der gesetzlich vorgeschriebenen Fortbildungspflicht von praxisanleitenden Hebammen.

Abstract englisch

Introduction and objective: With the academization of midwifery profession, practical instruction is given special status by law. A need for research can be identified regarding the experience of practical instructions from the perspective of prospective midwives and their expectations on their instructors. The aim of this identification is to derive competency requirements for instructing people.

Methods: A qualitative interview study was conducted with five prospective midwives from different educational backgrounds and analyzed using qualitative content analysis.

Results and discussion: The results show that skills in all dimensions (professional, methodological, personal and social skills) are necessary to exercise successful practical instruction in the delivery room. The study shows that in practice, the people providing instruction heterogeneously meet the competency requirements that were identified through the work.

Limitation: Due to the small sample size, statements can only be made for the sample.

Conclusion and outlook: There is a need for research about closing identified competence gaps of practice instructors in the delivery room. One possible approach is the development of concepts for the acquisition or further development of skills within the framework of the legally prescribed further training obligation for practicing midwives.

Hintergrund

Der Bildungsweg, um die Berufsbezeichnung Hebamme in Deutschland zu erlangen, befindet sich derzeit in einem Akademisierungsprozess. Mit Inkrafttreten des Gesetzes über das Studium und den Beruf von Hebammen (Hebammengesetz HebG, 2020) soll die Ausbildung von Hebammen künftig ausschließlich über ein akademisches Studium erfolgen.

Eine gesetzliche Übergangsvorschrift regelt, dass begonnene fachschulische Ausbildungen an Hebammenschulen (§ 77, HebG) und Ausbildungen im Modellvorhaben bis Ende 2027 nach altem Hebammengesetz beendet werden können (§ 78, HebG). Demnach existieren derzeit in Deutschland parallel unterschiedliche Möglichkeiten den Beruf der Hebamme zu erlernen.

Durch das neue Hebammengesetz wird erstmals ein Mindestmaß an qualifizierter Praxisanleitung von Hebammenstudierenden gesetzlich festgelegt. Demnach sollen 25 % und länderabhängig bis zum Jahr 2030 15 % einer jeden Praxisphase als praktische Anleitung durch speziell weitergebildete praxisanleitende Hebammen stattfinden (§ 13 (2) HebG).

Problemstellung

Aus Untersuchungen, die sich mit dem Erleben von Hebammenausbildung und Praxisan-

leitung beschäftigen, geht hervor, dass angehende Hebammen in ihrer Ausbildung u. a. Belastungen ausgesetzt sind, die von jenen Personen ausgehen, die für die praktische Ausbildung verantwortlich sind (Greening, 2011; Lembke, 2021). Eine Lehrerin im Hebammenwesen legt offen: „Zu viele Schülerinnen berichten von abwertendem, gar schikanösem Verhalten [im Original hervorgehoben] ihrer Ausbildungshebammen“ (Hochhausen, 2011, S. 191). In einer qualitativen Interviewstudie wurden sieben Hebammen, die aus der Geburtshilfe oder aus dem Hebammenberuf ausgestiegen sind, über das Erleben ihrer Ausbildung interviewt. Die Ergebnisse zeigen, dass vor allem der Umgang von praxisanleitenden Personen mit angehenden Hebammen Einfluss darauf hat, ob diese nach ihrer Ausbildung in die Geburtshilfe einsteigen. Alle sieben interviewten Aussteigerinnen bewerten ihre erlebte Praxisanleitung negativ und schildern belastende Erlebnisse mit anleitenden Personen (Lembke, 2021). Eine weitere qualitative Interviewstudie, die zum Ziel hat, Belastungsfaktoren von angehenden Hebammen im praktischen Einsatz zu identifizieren, zeigt auf, dass die Mehrheit der interviewten angehenden Hebammen die Zusammenarbeit mit weitergebildeten praxisanleitenden Personen als sinnvoll für den Lernerfolg erachten (Greening, 2011). Ob der Umgang zwischen Hebamme und angehender Hebamme als belastend wahrgenommen werde, ist laut der Untersuchung u.a. abhängig vom jeweiligen Verhalten der examinierten Hebamme (Greening, 2011).

Untersuchungen, die Aufschluss über das Erleben der praktischen

Ausbildung im Kreißsaal geben, beziehen sich überwiegend auf die klassisch dreijährige Hebammenausbildung (vgl. Greening, 2011; Lembke, 2021) und liegen zum Teil mehr als ein Jahrzehnt zurück (vgl. Greening, 2011; Hellmers, 2002).

Forschungsfragen

Mit der Akademisierung des Hebammenberufs und der gesetzlichen Hervorhebung von Praxisanleitung ergibt sich Forschungsbedarf hinsichtlich des Erlebens von dieser im Hebammenstudium.

Es ergeben sich folgende Fragestellungen:

Forschungsfrage (FS) 1: Wie erleben Hebammenstudierende, die nach dem neuen Hebammengesetz ausgebildet werden, die praktische Anleitung durch praxisanleitende Hebammen im Ausbildungskreißaal?

Forschungsfrage (FS) 2: Welche Erwartungen haben Hebammenstudierende an die Praxisanleitung im Ausbildungskreißaal?

Zielsetzung

Ziel der Arbeit ist die Erfassung des Status quo der Praxisanleitung im Kreißaal aus Sicht der angehenden Hebammen hinsichtlich des Umgangs auf zwischenmenschlicher Ebene, der erlebten Rahmenbedingungen und des wahrgenommenen persönlichen Nutzens. Zudem sollen Erwartungen der angehenden Hebammen an Praxisanleitung allgemein sowie Erwartungen an praxisanleitende Personen erfasst werden, sodass konkrete Kompetenzanforderungen an Letztere beschrieben werden können.

Der Kompetenzbegriff

Für den Begriff Kompetenz liegen in der Literatur verschiedene De-

definitionen vor. Für die vorliegende Untersuchung wird Kompetenz u. a. auf Basis der Definition der Kultusministerkonferenz verstanden. Demnach wird Handlungskompetenz beschrieben als „[...] die Bereitschaft und Befähigung des Einzelnen, sich in beruflichen, gesellschaftlichen und privaten Situationen sachgerecht durchdacht sowie individuell und sozial verantwortlich zu verhalten“ (KMK, 2021, S. 15). Die Handlungskompetenz ergibt sich aus den Kompetenzdimensionen der Fach-, Sozial- und personalen Kompetenz. Jede dieser Dimensionen wird ergänzt durch die Teilkompetenzen Methoden-, Lern- und kommunikative Kompetenz (KMK, 2021). Je nach Literatur wird die Methodenkompetenz als eigenständige Kerndimension erfasst (Mamerow, 2021; Braunschweiger & Köder, 2022). In der vorliegenden Arbeit wird die Methodenkompetenz daher als eigenständige Kernkompetenz verstanden. Unter diese fällt u. a. die Bereitschaft und Fähigkeit, Anleitungsmethoden gezielt einzusetzen, mit verschiedenen Medien umgehen zu können sowie bei Planungen und Handlungen systematisch vorzugehen (Mamerow, 2021). Die Fachkompetenz umfasst u. a. Organisationsfähigkeit und Aufgabenbewältigungsfähigkeit auf Basis fachlicher Kenntnisse und fachlicher Fertigkeiten (Braunschweiger & Köder, 2022; KMK, 2021; Mamerow, 2021). Als „Fähigkeiten im Umgang mit sich selbst“ (Vogel, 2019, S. 24), worunter beispielsweise Kritikfähigkeit fällt (KMK, 2021), werden personale Kompetenzen bezeichnet. Zur Sozialkompetenz werden u. a. Empathiefähigkeit sowie die Fähigkeit, zwischenmenschliche Beziehungen zu entwickeln, gezählt (Mamerow, 2021).

Methodik

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurde ein qualitatives Untersuchungsdesign gewählt. Im Rahmen dessen wurden fünf angehende Hebammen mittels eines Leitfadens zu ihren Erfahrungen mit Praxisanleitung und Erwartungen an anleitende Personen interviewt. Die Auswertung und Interpretation erfolgte mit der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) durch induktive Kategorienbildung.

Ursprünglich sollten in das Sampling ausschließlich Hebammenstudierende, die auf Grundlage des neuen Hebammengesetzes studieren, einbezogen werden. Grund für diese Eingrenzung war, dass das gesetzlich festgelegte Mindestmaß an Praxisanleitung ausschließlich für angehende Hebammen dieses Bildungsprozesses gilt. Über den Feldzugang der sozialen Medien sowie der direkten Kontaktaufnahme einer Hochschule in Deutschland konnten drei Interviewteilnehmende aus dem zweiten und dritten Semester Hebammenkunde akquiriert werden, die die genannten Kriterien erfüllen. Aufgrund dessen wurden die Samplingkriterien auf angehende Hebammen aus Hebammenschulen und Hebammenstudierende von Modellstudiengängen auf Basis des alten Hebammengesetzes erweitert.

Über eine Fachgruppe für angehende und examinierte Hebammen der Plattform Facebook wurde eine Hebammenstudierende eines Modellstudiengangs Hebammenkunde im fünften Semester als Interviewteilnehmende gewonnen. Des Weiteren konnte über die frühere berufliche Tätigkeit der Forscherin eine Hebammenschülerin aus dem dritten Ausbildungsjahr einer Hebammenschule ak-

quiriert werden. Folglich setzt sich das Sample aus fünf angehenden Hebammen unterschiedlicher Bildungsprozesse zusammen.

Die halbstrukturierten Interviews fanden einzeln und digital im August 2022 über das Programm Zoom statt. Zur Einhaltung des Datenschutzes wurde bei der Transkription der Interviews auf Namen und Angaben, die Rückschlüsse zur Person erlauben, wie beispielsweise das Ausbildungsinstitut, verzichtet. Die Teilnehmenden stimmten einer Veröffentlichung der anonymisierten Forschungsergebnisse zu.

Die Konstruktion des Leitfadens erfolgte in Anlehnung an Helfferich (2022), wonach das Interview mit folgender Erzählaufforderung eingeleitet wurde: „Du hast bereits mehrere Praxisanleitungssituationen im Kreißaal gehabt. Erzähl mir doch gerne, wie Du diese erlebt hast!“ Die weiteren Fragen des Interviewleitfadens wurden auf Basis bestehender Untersuchungsergebnisse (Greening 2011; Hochhausen 2011; Lembke 2021) und den daraus gebildeten Forschungsfragen abgeleitet.

Der Interviewleitfaden beinhaltete neben der Erzählaufforderung acht offene Fragen zum Erleben von Anleitungssituation und anleitender Person sowie Erwartungen an diese. Folgende Fragen waren u.a. Bestandteil des Leitfadens:

- Welche Aspekte haben Dir bei Deinen bisher erlebten Praxisanleitungssituationen im Kreißaal gut gefallen?
- Was hat Dir an Deinen bisher erlebten Praxisanleitungen im Kreißaal nicht gefallen?
- Was erwartest Du Dir von Deiner Praxisanleitungssituation im Kreißaal? Zum Beispiel den persönlichen Nutzen im

Hinblick auf Dein Studium.

- Wie hast Du die praxisanleitende Person im Kreißsaal im Hinblick auf den Umgang mit Dir auf zwischenmenschlicher Ebene bisher erlebt?

Der Durchführung ging ein Probeinterview voraus.

Ergebnisse

Nach Kodierung und Interpretation des Interviewmaterials stellte sich heraus, dass sich eine anfänglich intendierte getrennte Präsentation der Ergebnisse, sortiert nach Fällen des alten und Fällen des neuen Hebammengesetzes, überwiegend als nicht sinnvoll erwies. Stattdessen wurde deutlich, dass Kompetenzanforderungen an anleitende Personen abgeleitet wer-

den können, unabhängig davon, ob sich die Anleitung auf Hebammenstudierende oder angehende Hebammen der dreijährigen Ausbildung bezieht. Demnach erfolgt im Weiteren eine zusammengefasste Präsentation der Ergebnisse, welche in Abbildung 1 visualisiert werden.

Vorbildfunktion und Fachkompetenz der anleitenden Personen

Aus den Interviews geht hervor, dass angehende Hebammen die Arbeitsweise der anleitenden Personen als Vorbild für das eigene Handeln betrachten. Eine angehende Hebamme schildert: „Also ich würd mir manchmal wünschen, dass wenn ich so neue Sachen mach, dass ich’s gerne dann mit

nem Praxisanleiter zusammen mach, dass ich’s eben einmal richtig gezeigt bekommen habe“ (Ang.Heb. 4 [neues HebG]). Sie führt weiter fort: „[...] Und dann auch sagen kann: ‚So ist es mir gezeigt worden [...], weil das is bei uns auch manchmal ein bisschen schwierig, dass jeder so seine andere Arbeitsweise hat und dann kann man immer sagen: ‚Ich hab das aber so gesehen und gelernt.‘“ (Ang.Heb. 4 [neues HebG]).

Im Zusammenhang mit der Vorbildfunktion berichten Interviewteilnehmende von Unterschieden in der Arbeitsweise zwischen anleitenden und nicht anleitenden Hebammen. So beschreibt eine angehende Hebamme: „Aber diese Praxisanleitungen, was

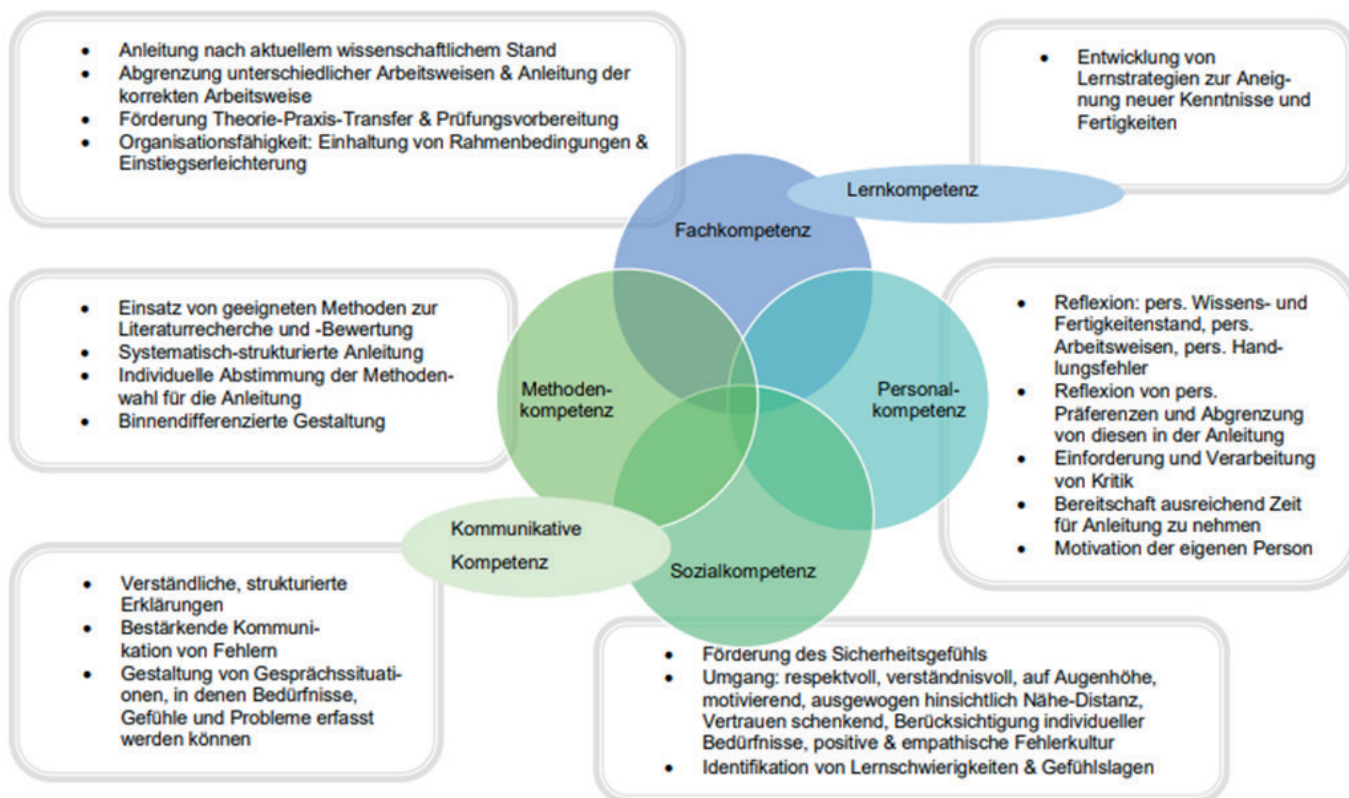


Abbildung 1: Darstellung eigener Ergebnisse in Anlehnung an Definitionen von Kompetenz nach KMK, 2021 & Mamerow, 2021

ich sehr gut fand, war, dass die Praxisanleiterin [...] auch unsere Skills-Analyse kennt. Und sagen konnte: ‚Du, also wenn das dann im Examen so und so wäre, denk dran, dass du da das machst. Und nicht so wie wir das jetzt hier so im Alltag machen (lacht), sondern im Examen, muss das so und so aussehen.‘ Und das ist halt der wichtige Unterschied, den tatsächlich auch die anderen Hebammen nicht kennen. [...] Was tatsächlich Hebammen, die nicht die Praxisanleiterausbildung haben, gar nicht im Kopf haben. Also das ist dann sozusagen der Feinschliff“ (Ang.Heb. 1 [altes HebG]). Aus den beiden Interviewausschnitten wird deutlich, dass anleitende Personen Fachkompetenz benötigen, um angehenden Hebammen eine korrekte Arbeitsweise zu demonstrieren und sie auf Prüfungen vorzubereiten.

Im Hinblick auf die Fachkompetenz schildert eine weitere angehende Hebamme ihre Erwartungen an die Praxisanleitung: „[...] und dass es ja den Standards des Hauses entspricht, einerseits, aber auch ja irgendwie den Leitlinien und so ein bisschen dem, was wir halt in der Hochschule lernen“ (Ang.Heb. 5 [neues HebG]). Hieraus ergibt sich die Anforderung, dass praxisanleitende Personen fähig sein sollten, die Anleitung nach aktuellem wissenschaftlichem Kenntnisstand auszurichten und zeitgleich den eigenen Wissenstand kontinuierlich zu überprüfen sowie zu aktualisieren, indem sie Leitlinien und haus-eigene Standards berücksichtigen (Ang.Heb. 1 [altes HebG]; Ang. Heb. 5 [neues HebG]).

Reflexion und Erweiterung der eigenen Fertigkeiten und Fähigkeiten durch anleitende Personen

Um den eigenen Wissenstand

kontinuierlich zu aktualisieren und somit die Fachkompetenz stetig weiterzuentwickeln sind Fähigkeiten auf Ebene der Methodenkompetenz nötig. Demnach ergibt sich die Anforderung an anleitende Personen, dass diese fähig sein sollten, geeignete Methoden anzuwenden, um beispielsweise eine Literaturrecherche durchzuführen mit dem Ziel, aktuelle Fachliteratur und Leitlinien zu beschaffen. Die Verarbeitung der recherchierten Literatur erfordert ebenfalls Methodenkompetenz, beispielsweise durch von Beurteilungsfähigkeit im Hinblick auf Literatur- und Studienqualität.

Im Zusammenhang mit der Fähigkeit, den eigenen Wissensstand zu aktualisieren, ergeben sich Anforderungen an die Lernkompetenz. Im Rahmen dieser Kompetenzdimension sollten praxisanleitende Personen fähig sein, eigene Lernstrategien zu entwickeln, um sich neue Kenntnisse und Fertigkeiten anzueignen. Diese Kompetenzanforderung wurde aus einem Interviewausschnitt mit einer angehenden Hebamme abgeleitet, die berichtet, dass sie als Studierende in der Praxis künftig die Naht einer Geburtsverletzung üben muss. Sie merkt an, dass die anleitenden Personen in ihrem Ausbildungskreisraum diese Fertigkeit selbst nicht besäßen und sich diese zunächst aneignen müssten, bevor sie angehende Hebammen hierzu anleiten könnten (Ang.Heb. 4 [neues HebG]). Für die Bereitschaft zur Weiterentwicklung ist personale Kompetenz nötig.

Aus den geschilderten Erlebnissen der interviewten angehenden Hebammen wird deutlich, dass diese im praktischen Einsatz mit unterschiedlichen Arbeitsweisen von unterschiedlichen Fachpersonen konfrontiert sind (z. B. Ang. Heb 4 [neues HebG]). Hier zeigt

sich zum einen, dass die Arbeitsweise von Fachperson zu Fachperson variiert und zum anderen, dass sich im Berufsalltag u. a. Arbeitsweisen etabliert haben, die vom Lehrbuch abweichen (Ang. Heb. 1 [altes HebG]). Zu Letzterem betont eine angehende Hebamme: „Ja, wobei (lacht) es da auch schon manchmal krasse Unterschiede gibt, was Theorie und Praxis angeht, [...] das ist immer so unser Paradebeispiel beim Katheterisieren, wie krass dort Theorie und Praxis auseinander geht“ (Ang.Heb. 4 [neues HebG]).

Die unterschiedlichen Arbeitsweisen unterschiedlicher Hebammen werden teilweise als belastend empfunden, vor allem im Hinblick auf Prüfungen. Die angehende Hebamme schildert hierzu: „Wie mach ich’s dann vor allem in der Prüfung? Wenn ich’s jetzt die ganze Zeit so gelernt habe, muss ich dann wieder umdenken [...]“ (Ang. Heb. 4 [neues HebG]).

Die unterschiedlichen Arbeitsweisen führen bei den interviewten angehenden Hebammen zu Verunsicherungen: „Manchmal hab ich aber das Gefühl, ich weiß nicht so genau, was jetzt tatsächlich richtig ist und was die Hebamme einfach nur so macht, weil sie’s schon immer so macht, aber eigentlich falsch, also was man im Examen so nicht machen dürfte“ (Ang.Heb. 5 [neues HebG]). Es ergibt sich für die Dimension der Fachkompetenz die Anforderung, dass praxisanleitende Personen fähig sein sollten, unterschiedliche und mitunter inkorrekte Arbeitsweisen von korrekten Arbeitsweisen abzugrenzen, sodass die angehende Hebamme zur richtigen Durchführung angeleitet werden kann. Hierzu ist Personalkompetenz nötig, denn um Arbeitsweisen voneinander abgrenzen zu kön-

nen, müssen diese zunächst identifiziert und beurteilt werden. Anleitende Personen sollten demnach fähig sein, ihre eigenen Arbeitsweisen zu reflektieren. Wichtig erscheint in diesem Zusammenhang, dass anleitende Personen persönliche Präferenzen in der Erwartung, wie eine Arbeitsweise durchzuführen ist wahrnehmen und diese in der Anleitung zurückstellen. Die Interviewergebnisse zeigen, dass angehende Hebammen erwarten, dass die im Rahmen einer Anleitungssituation geübte Tätigkeit den Vorgaben entspricht, die in der Theorie vermittelt werden. Ein zutreffendes Beispiel stellt eine Schilderung einer angehenden Hebamme in Bezug auf unterschiedliche Arbeitsweisen im Alltag dar: „Die einen rollen die Kinder, die andere ziehn die Beine hoch. [...] Im Examen wird gerollt (lacht)“ (Ang. Heb. 1 [altes HebG]). Es benötigt in der Anleitung die Bereitschaft, Handlungen gegebenenfalls anders auszuführen, als sie bisher durchgeführt wurden (Personalkompetenz). Eine angehende Hebamme beschreibt eine Situation, in der diese Bereitschaft bei den anleitenden Personen nicht gegeben war: „Ja also wir haben Katheterisieren in Theorie wirklich so ne krasse Liste auswendig gelernt für die praktische Prüfung [...] und ähm, als wir das dort in der Praxis erzählt haben, da sind die fast umgefallen und meinten: ‚So viel Zeit hat man nie im Leben‘ oder: ‚Total unnötig‘ und: ‚wir desinfizieren einfach nur mit drei Tupfern die Harnröhre und dann war’s das. Mit steriler Unterlage‘ [...] Und die meinten eben: ‚Ne, wenn Sie hier sind, dann machen Sie das, wie wir das machen‘“ (Ang. Heb. 4 [neues HebG]).

Praxisanleitende als Bindeglied zwischen Theorie und Praxis

Aus den Schilderungen der angehenden Hebammen lässt sich eine Schlüsselfunktion der praxisanleitenden Person als Bindeglied zwischen Theorie und Praxis identifizieren. Praxisanleitende Personen sollten fähig sein, diese Funktion auszuüben, indem sie Übungen aus dem theoretischen und fachpraktischen Unterricht in die Praxis implementieren (Fachkompetenz): „[I]ch erhoff mir immer von den Praxisanleiterstunden, dass das so ein bisschen ähnlich ist zu den, ähm (3) Stunden, die wir quasi in diesem Skillslab haben an Modellen, nur, dass wir’s da eben in echt machen“ (Ang. Heb. 4 [neues HebG]). In diesem Zusammenhang ergibt sich die Kompetenzanforderung an anleitende Personen, fähig zu sein, mit unterschiedlichen Lerninstrumenten, zum Beispiel vorgegebene Handlungs- oder Skills-Analysen arbeiten zu können (Methodenkompetenz).

Feedback- und Fehleransprache durch anleitende Personen

Zur etablierten Fehlerkultur im Rahmen der Praxisanleitung und zur Art und Weise, wie Feedbackgabe erfolgt, schildern die angehenden Hebammen heterogene Erlebnisse. Laut den Interviewten ist die Feedbackgabe regelmäßiger Bestandteil der Anleitung oder allgemein des Dienstablaufes (Ang. Heb. 1 [altes HebG]; Ang. Heb. 2 [neues HebG]; Ang. Heb. 3 [altes HebG]; Ang. Heb. 4 [neues HebG]; Ang. Heb. 5 [neues HebG]). Feedback wird von den angehenden Hebammen als essenzieller Bestandteil für den eigenen Lernerfolg eingeschätzt: „[I]ch meine klar, es ist nicht schön irgendwie was Negatives gesagt zu bekommen oder irgendwie Kritik zu bekommen, aber das ist ja

auch wichtig, weil wenn mir das niemand sagt, dann [...] hat ich auch genug Situationen, [...] wo ich seit zwei Jahren die Sachen gleich mache und jetzt plötzlich sagt mir jemand: ‚Ja, aber eigentlich geht das anders.‘ Woher soll ich das wissen?“ (Ang. Heb. 3 [altes HebG]). Eine der interviewten angehenden Hebammen ist hingegen dazu angehalten, im Kreißsaal aktiv das Feedback bei Hebammen, mit denen sie im Dienst gearbeitet hat, einzuholen (Ang. Heb. 5 [neues HebG]). Sie berichtet von der Reaktion der Hebammen, als sie diese um Feedback bittet: „[...] aber die waren eher genervt. Also die hatten immer nicht so Lust uns da ein Feedback zu geben und das war immer ein bisschen unangenehm da noch ein drittes Mal nachzufragen“ (Ang. Heb. 5 [neues HebG]). Eine andere angehende Hebamme berichtet von einer negativen Feedbackkultur auf der Neonatologie: „Ich hab jetzt ne Praxisanleiterin einmal erlebt ein Tag auf der Neonatologie und die war ganz furchtbar. Die hat immer mich so bloßgestellt, ne, so wirklich, da hab ich mich richtig schlecht gefühlt. Also ich hab ne zeitlang gedacht, ich bin zu doof (lacht), ein Kind zu wickeln [...]“ (Ang. Heb. 1 [altes HebG]).

Im Zusammenhang mit dem Thema Fehleransprache ergeben sich weitere Kompetenzanforderungen in der Dimension der Sozialkompetenz. So zeigen die geschilderten Erfahrungen und formulierten Erwartungen der angehenden Hebammen in den Interviews, dass anleitende Personen fähig sein sollten, eine empathische und positive Fehlerkultur zu gestalten (Sozialkompetenz), indem sie Fehler im geschützten Rahmen, positiv bestärkend und ohne Aufforderung durch die angehende

Hebamme kommunizieren (kommunikative Kompetenz).

Aus einem negativ empfundenen Feedbackerlebnis einer angehenden Hebamme ergibt sich die Erwartung, dass Fehler nicht vor Dritten angesprochen werden, sondern im Nachgespräch unter vier Augen kommuniziert werden (Ang.Heb. 5 [neues HebG]). Sie berichtet von ihrem Erlebnis: „Also ja, wir haben eine Praxisanleiterin, [...] da war mal eine Situation [...] - ich hab die Anamnese gemacht und sie saß daneben und hat dann eben auch vor der Frau mir ganz viel gesagt und was ich jetzt anders hätte formulieren sollen und anders hätte machen sollen und das fand ich irgendwie blöd, einfach vor der Frau.“ (Ang.Heb. 5 [neues HebG]).

Nach Schilderungen von interviewten angehenden Hebammen wird neben der Wahl des richtigen Zeitpunkts sowie der Initiative der anleitenden Person zur Feedbackgabe vor allem die Art und Weise, wie die Rückmeldung formuliert wird als wichtig erachtet. Als positiv empfunden wurde, wenn anleitende Personen bestärkend und motivierend auf Fehler reagierten (Ang. Heb. 1 [altes HebG]; Ang.Heb. 3 [altes HebG]) und angehende Hebammen allgemein ermutigten (Ang.Heb. 1 [altes HebG]). Eine angehende Hebamme betont die Wichtigkeit, ein konstruktives und wertschätzendes Feedback zu erhalten: „Ohne zu schimpfen, also das fand ich halt, es war bestärkend einfach so: ‚Für die Zukunft mach das noch besser.‘ Und das ist total wertvoll, weil das bleibt auch hängen, also positive Sachen merkt man sich viel mehr“ (Ang.Heb. 1 [altes HebG]).

Aus diesen Interviewbeispielen ergibt sich die Anforderung an die Sozialkompetenz von anleitenden

Personen, dass diese fähig sein sollten, angehende Hebammen zu motivieren sowie bestärkend auf Fehler zu reagieren.

Entwicklung von Kritik- und Reflexionsbereitschaft

Aus den Interviews zeigt sich, dass angehende Hebammen positiv hervorheben, wenn sie die Möglichkeit erhalten, Feedback an anleitende Personen in Bezug auf die Anleitungssituation geben zu können und Raum für Kritikäußerung besteht. (Ang. Heb. 2 [neues HebG]; Ang.Heb. 5 [neues HebG]). Hieraus ergibt sich die Anforderung, dass sich anleitende Personen bereit zeigen, Feedback von angeleiteten angehenden Hebammen einzufordern und mit diesem professionell umgehen (Personalkompetenz). Diese Bereitschaft äußerte sich in den Schilderungen der interviewten angehenden Hebammen beispielsweise dadurch, dass anleitende Personen bei angehenden Hebammen aktiv um Feedback zur Anleitungsorganisation und zum Erklärvermögen gebeten haben (Ang. Heb. 2 [neues HebG]) sowie gegenüber angehenden Hebammen signalisieren, dass die Äußerung von Kritik erwünscht sei und ernstgenommen werde (Ang. Heb. 5 [neues HebG]). Eine angehende Hebamme berichtet positiv über die Reflexionsfähigkeit ihrer praxisanleitenden Personen: „[...] manchmal haben wir als Studierende auch so ne Idee, wie man etwas machen könnte und da sagen die Hebammen dann auch: ‚Ach cool, da hab ich noch gar nicht so darüber nachgedacht.‘ Und dann übernehmen die auch was von uns, was wir zum Beispiel in der Hochschule gelernt haben und dann so in der Praxis umsetzen und die kennen das vielleicht noch gar nicht“ (Ang.Heb. 2 [neues HebG]).

Inhaltliche und strukturelle Gestaltung der Praxisanleitungssituation

Aus den Interviews mit den angehenden Hebammen wird Organisationsfähigkeit hinsichtlich mehrerer Komponenten als Anforderung im Bereich Fachkompetenz ersichtlich. Zum einen sollen anleitende Personen fähig sein, Anleitungen kompetent zu organisieren, indem sie Fachwissen zu den organisatorisch und strukturellen Rahmenvorgaben, zum Beispiel der Hochschule besitzen und dieses zur Gestaltung von Anleitungen einsetzen (Ang. Heb. 5 [neues HebG]). Zum anderen wird Organisationsfähigkeit benötigt, um angehenden Hebammen den Einstieg in die Praxis zu erleichtern, indem für diese eine Einarbeitung bzw. Eingliederung auf Station oder dem Kreißsaal organisiert wird (Ang.Heb. 1 [altes HebG]). Eine angehende Hebamme berichtet davon, dass ein gutes Onboarding durch anleitende Personen ihr Sicherheitsgefühl stärkt: „[I]ch wurd da sehr gut, also an meinem ersten Tag wurde mir alles auch gezeigt, wo liegt was in welchem Kreißsaal in den Schubladen und wenn was Dringendes ist und die rufen mir das und das zu, finde ich diese Sachen an der und der Stelle. Also da hab ich mich sicher gefühlt“ (Ang.Heb. 1 [altes HebG]).

Neben der geforderten Organisationsfähigkeit, die beispielsweise die Planung eines ausreichenden Zeitkontingents für die Anleitung umfasst (inkludiert Methodenkompetenz), benötigen anleitende Personen personale Kompetenz, die sich durch die Bereitschaft, sich die Zeit für die angehende Hebamme und die Anleitung nehmen zu wollen (Ang.Heb. 2 [neues HebG]; Ang.Heb. 3 [altes HebG]; Ang.Heb. 4 [neues HebG]; Ang.

Heb. 5 [neues HebG]) äußert. Des Weiteren äußert sich Personal-kompetenz durch die Bereitschaft, sich selbst für die Anleitung motivieren zu können (Ang.Heb. 3 [altes HebG]; Ang.Heb. 4 [neues HebG]). Die Motivation von anleitenden Personen wird von den interviewten angehenden Hebammen heterogen erlebt. Eine angehende Hebamme berichtet: „Also auf jeden Fall einige, die da, die sich da auch wirklich Zeit nehmen, wo man auch wirklich merkt, dass die das gerne machen. Gerne mit Schülern arbeiten und gerne ihr Wissen weitergeben“ (Ang.Heb. 3 [altes HebG]. Eine andere angehende Hebamme berichtet hingegen: „Das jetzt so´n Beispiel, also das kommt schon öfter mal vor, dass man dann so bei ner Übergabe steht und dann die Kollegin so fragt: ‚Haben wir heute Praxisanleitung?‘ und dann eben so: ‚Ja.‘ Und dann werden schon so ein bisschen die Augen verdreht, also klar, das ist jetzt nicht so oft, die machen´s jetzt nicht, aber man merkt das dann schon so, mhh (lacht)“ (Ang.Heb. 4 [neues HebG]).

Zwischenmenschlicher Umgang mit angehenden Hebammen

Im Hinblick auf die positive Gestaltung des Lernklimas kristallisiert sich aus den Interviews ein positiv erlebter zwischenmenschlicher Umgang zwischen anleitenden und angehenden Hebammen als ein wichtiger Faktor heraus. Hinsichtlich der Sozialkompetenz ergibt sich die Anforderung, dass anleitende Personen fähig sein sollen, eine angenehme und angstfreie Lernatmosphäre zu schaffen, indem sie einen respektvollen und empathisch-verständnisvollen Umgang auf Augenhöhe mit den angehenden Hebammen pflegen (Ang.Heb. 3 [altes HebG];

Ang.Heb. 4 [neues HebG]).

Die Erfahrungen der angehenden Hebammen sind diesbezüglich unterschiedlich und variieren von anleitender Person und eingesetzter Station. Genannte Attribute, die das zwischenmenschliche Verhältnis zwischen anleitenden Personen und interviewten angehenden Hebammen beschreiben, reichen von „respektvoll, geduldig, herzlich“ (Ang. Heb. 2 [neues HebG]) bis hin zu „schnippisch“ (Ang. Heb. 3 [altes HebG]), „schwieriger“ (Ang. Heb. 5 [neues HebG]), „ganz, ganz distanziert“ (Ang. Heb. 4 [neues HebG]) und bloßstellend (Ang. Heb. 1 [altes HebG]), wobei sich Letzteres auf eine anleitende Person auf der Neonatologie bezieht.

Aus den Interviews kristallisiert sich eine weitere Anforderung an die Sozialkompetenz in Bezug auf die Gestaltung der zwischenmenschlichen Beziehung zu angehenden Hebammen heraus. So sollten praxisanleitende Personen fähig sein, ein ausgewogenes Nähe-Distanz-Verhältnis zu den angehenden Hebammen herzustellen, indem sprachliche Machtgefälle abgebaut werden. Eine angehende Hebamme berichtet hierzu: „[W]ir müssen auch alle siezen und die siezen uns tatsächlich nur teilweise (lacht) [...]. Und die untereinander duzen sich eigentlich schon, aber dadurch ist halt für uns schon auch immer so ne ganz klare Distanz“ (Ang.Heb. 5 [neues HebG]).

Des Weiteren wirken sich, nach Schilderungen der angehenden Hebammen, eine Integration ins Team und ein ernsthaftes Interesse der anleitenden Personen für die individuelle Situation der angehenden Hebamme (Ang.Heb. 5 [neues HebG]) positiv auf die

zwischenmenschliche Beziehung aus. Wie Letzteres umzusetzen ist, zeigen die positiven Erfahrungsberichte den interviewten angehenden Hebammen. Demnach nehmen sich die anleitenden Personen nach einem Dienst oder nach einer Anleitungssequenz Zeit für ein Gespräch, in welchem sie den Raum für persönliche Belange der angehenden Hebammen öffnen. Eine angehende Hebamme berichtet von einer solchen Gesprächsrunde: „Das war halt im Kreis einfach, also wir waren nur vier Studenten und sie und man hat drüber gesprochen: ‚Wie fühlt ihr euch jetzt? Also im Hinblick darauf auch, dass ihr auch an Patienten in Zukunft vielleicht Blut abnehmt.‘ Und ob´s da noch irgendwelche inneren Hürden gibt bei uns, die das vielleicht blockieren“ (Ang.Heb. 1 [altes HebG]). Folglich sollten praxisanleitende Personen fähig sein, persönliche Herausforderungen, Bedürfnisse, Lernschwierigkeiten von angehenden Hebammen zu identifizieren (Sozialkompetenz), indem sie Gespräche mit ihnen über deren Erleben und auftretende Gefühle führen (inkludiert kommunikative Kompetenz). Überdies sollten anleitende Personen fähig sein, auf die identifizierten Bedürfnisse und Wünsche der angehenden Hebammen einzugehen (Sozialkompetenz). Zudem sollten sie fähig sein, die Anleitungsmethodik auf die angehende Hebamme und ihrer bevorzugten Lernstrategien auszurichten (Methodenkompetenz). Neben Berücksichtigung der individuellen Wünsche, empfinden es die interviewten angehenden Hebammen u. a. als positiv, wenn anleitende Personen bei der Gestaltung von Anleitung den Ausbildungsstand berücksichtigen, die Anleitung binnendifferenziert ausrichten (Methodenkompetenz) und Lernenden Vertrauen schenken,

eine Tätigkeit in die Praxis umsetzen zu können (Ang.Heb. 2 [neues HebG]; Ang.Heb. 5 [neues HebG]) (Sozialkompetenz).

Diskussion

Die Frage, wie Hebammenstudierende, die nach neuem Hebammengesetz ausgebildet werden, die praktische Ausbildung durch praxisanleitende Hebammen im Kreißaal erleben (FS 1), kann nicht mit einer allgemein gültigen Bewertung in Form von gut oder schlecht beantwortet werden. Für eine solch einfache Bewertung stellt sich das Konstrukt Erleben in den Interviews als zu komplex dar. Es zeigt sich, dass es abhängig von der jeweiligen anleitenden Person und deren Umgang mit der jeweiligen angehenden Hebamme ist, wie die angehende Hebamme die Anleitung erlebt. Dies trifft auf Erlebnisse der angehenden Hebammen nach neuem sowie nach altem Hebammengesetz zu. Im Zusammenhang mit der Anleitung wurden von den angehenden Hebammen reichlich positive Beschreibungen verwendet.

Im Hinblick auf die Beantwortung von Forschungsfrage 2 zeigt sich, dass sich die explizit und implizit geäußerten Erwartungen der angehenden Hebammen in den Interviews als Kompetenzanforderungen an anleitende Personen beschreiben lassen. Obwohl sich Forschungsfrage 2 explizit auf Hebammenstudierende bezieht, zeigen die Interviewergebnisse, dass der Bildungsprozess bei der Ableitung von Kompetenzanforderungen aufgrund mangelnder Einflussnahme vernachlässigt werden kann.

Bei der Ableitung von Kompetenzanforderungen wird deutlich, dass diese nicht isoliert voneinander zu betrachten sind, sondern inhaltlich Interdependenzen aufweisen. So zeigte sich bei der Auswertung der

Ergebnisse und der Formulierung von Kompetenzanforderungen, dass zur Erfüllung einer Anforderung häufig weitere Kompetenzen aus weiteren Dimensionen benötigt werden. Die einzelnen Kompetenzanforderungen können nicht ausschließlich einer Dimension zugeordnet werden, sondern sind mit anderen Dimensionen „vernetzt“ (KMK, 2021, S. 12).

Aus den Interviews geht hervor, dass die durch vorliegende Arbeit identifizierten Kompetenzanforderungen heterogen von anleitenden Personen in der Praxis erfüllt werden. Insbesondere in den Dimensionen der kommunikativen und Sozialkompetenz zeigt sich ein gemischtes Bild in den Interviews. Während einzelne anleitende Personen als sozialkompetent beschrieben werden und demnach beispielsweise fähig sind, Bedürfnisse und Gefühle von angehenden Hebammen zu erfassen, zu verstehen und empathisch mit diesen umzugehen (Ang.Heb 3 [altes HebG]), ist bei anderen anleitenden Personen die Sozialkompetenz hinsichtlich der Fähigkeit, eine positive und empathische Fehlerkultur zu gestalten, ausbaufähig. Ausbaufähig ist zudem die Personalkompetenz bei denjenigen anleitenden Hebammen, die nach Schilderung der angehenden Hebammen nicht bereit sind, alte Arbeitsweisen zu reflektieren oder anzupassen und dies mit dem Argument begründen: „Das war immer so. Das haben wir immer so gemacht“ (Ang.Heb. 4 [neues HebG]). Im Hinblick darauf, dass Kompetenzen erlernbar sind (North et al., 2013), sollte in weiteren Konzepten ausgearbeitet werden, wie Kompetenzlücken bei anleitenden Personen zunächst erkannt und folglich geschlossen werden können. Diese Konzepte könnten im Rahmen der jährlichen

24-stündigen Fortbildungspflicht, die für anleitende Personen im Hebammenwesen festgesetzt ist (§ 10 (1) HebStPrV), in eine Fortbildung integriert werden, sodass flächendeckend kompetente Praxisanleitung von angehenden Hebammen gewährleistet wird.

Limitation

Aussagen können nur über die Fälle des Sample getroffen werden.

Ausblick

Die Ergebnisse zeigen, dass sich hinter dem einfach formulierten Begriff Kompetenz viele unterschiedliche Verflechtungen von Wissenskenntnissen, persönlichen Eigenschaften und Fähigkeiten verstecken. Die Formulierung von Kompetenzanforderungen erwies sich als ein Konstrukt von komplexen, zusammenhängenden Strukturen, sodass diese Anforderungen nur als Gesamtes betrachtet dargestellt werden können. Aufgrund der Verflechtung dieser Kompetenzen zeigt sich, dass es für eine gelungene Anleitung nicht ausreicht, lediglich in einer Kompetenzdimension die Anforderungen zu erfüllen, sondern aus jeder Dimension Fähigkeiten und Kenntnisse benötigt werden. Aufgrund der Tatsache, dass im Rahmen der Untersuchung in einigen Dimensionen, vor allem im Bereich der Sozialkompetenz von anleitenden Personen, Lücken durch Erfahrungsberichte von angehenden Hebammen identifiziert wurden, wurde Forschungsbedarf hinsichtlich der Entwicklung von Konzepten zur Identifikation und Schließung von Kompetenzlücken und zur Implementierung von diesen in die Fortbildungspraxis von anleitenden Personen im Hebammenwesen ausgemacht. Zwar sind all diese Erkenntnisse in einem kleinen, nicht repräsentativen

Rahmen entstanden, dennoch decken sie sich mit bestehender Literatur. Um die Validität der Erkenntnisse zu erhöhen, sind weitere Untersuchungen, beispielsweise eine mixed-methods-Studie im Rahmen einer Triangulation, nötig.

Interessenkonflikt: Keiner.

Literaturverzeichnis

Braunschweiger, C. & Köder, C. (2022). Praxisanleitung Pflege. Lehrbuch für die Weiterbildung. Elsevier.

Greening, M. (2011). Identifizierung von Belastungsfaktoren & Beanspruchung von Hebammenschülerinnen während der Berufsausbildung. <https://tuprints.ulb.tu-darmstadt.de/2420/1/Diss-Ver%C3%B6ffentlichung.pdf> [18.09.2023].

Helfferich, C. (2022). Leitfaden- und Experteninterviews. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.). Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung (3. Aufl., S. 875-891). Springer.

Hellmers, C. (2002). Praxisanleitung in der Hebammenausbildung. Handlungsempfehlungen für Hebammen. Shaker.

Hochhausen, A. (2011). Das Leiden der Jungen werdenden – Probleme der Hebammenschülerinnen im Kreißsaal. Die Hebamme, 24 (3), 190-193.

Kultusministerkonferenz (KMK) (2021). Handreichung für die Erarbeitung von Rahmenlehrplänen der Kultusministerkonferenz für den berufsbezogenen Unterricht in der Berufsschule und ihre Abstimmung mit Ausbildungsordnungen des Bundes für anerkannte Ausbildungsberufe. <https://www.kmk.org/fileadmin/>

veroeffentlichungen_beschluesse/2021/2021_06_17-GEP-Handreichung.pdf [05.09.2023].

Lembke, S. (2021). »Ich würde das nicht nochmal durchstehen«. Deutsche Hebammen Zeitschrift, 73 (6), 20-25.

Mamerow, R. (2021). Praxisanleitung in der Pflege (7. Aufl.). Springer.

Mayring, P. (2015). Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken (12. Aufl.). Beltz.

North, K., Reinhardt, K. & Sieber-Suter, B. (2013). Kompetenzmanagement in der Praxis. Mitarbeiterkompetenzen systematisch identifizieren, nutzen und entwickeln. Mit vielen Fallbeispielen (2. Aufl.). Springer.

Vogel, D. (2019). Kognitive und soziale Kompetenz im Arztberuf. Springer.

Eingereicht: 24.05.2023
Genehmigt: 28.08.2023

doi: 10.61034/LLiG-09

Prof. Dr. Claudia Barthel
Professorin für Physiotherapie, Studiengang Physiotherapie, B. Sc.
SRH Hochschule für Gesundheit am Campus Stuttgart



Prof. Dr. Elisabeth Meffert
Professorin für Logopädie, Studiengang Logopädie, B.Sc.
SRH Hochschule für Gesundheit am Campus Stuttgart



Alexander Ernst, B.A.
Medizinpädagoge
Wissenschaftlicher Mitarbeiter im Studiengang Medizinpädagogik
SRH Hochschule für Gesundheit am Campus Gera



Prof. Dr. habil. Maximilian Schochow
Departmentleitung Pädagogik, Professor für Medizinpädagogik
SRH Hochschule für Gesundheit am Campus Gera



Voneinander Lernen - Job Shadowing als Methode zur Selbst- und Fremdrelexion in der Hochschul- lehre

Job Shadowing – eine Methode mit vielen Varianten

Job Shadowing ist eine international etablierte Methode des erfahrungsbasierten Lernens. Sie dient vornehmlich der Entwicklung und Förderung von Mitarbeiter:innen. Ziel dieser Methode ist es, Kolleg:innen bei der Ausübung ihrer Tätigkeit am Arbeitsplatz zu beobachten und Erfahrungen für die eigene Tätigkeit zu sammeln (Tussoleha Rony et al., 2019). In der Literatur finden sich sehr unterschiedliche Beschreibungen zur Umsetzung und Durchführung des Job Shadowings (Gill et al. 2014). Häufig wird die Variante beschrieben, in der Job Shadowing mit einem ein- oder mehrstündigen Besuch am Arbeitsplatz der Kolleg:innen gleichgesetzt wird, um die Arbeit der anderen Person kennenzulernen (Gill et al. 2014). Eine weitere Variante ist, dass zwei Kolleg:innen zusammenarbeiten, wobei die erfahrene der unerfahrenen Person hilft, die eigenen Fähigkeiten weiterzuentwickeln (Perny Vasset & Hofseth Almas 2015).

Gerade die letztgenannte Variante setzt voraus, dass die unerfahrene Person viel Zeit damit verbringt, der Fachkraft bei ihrer Arbeit zu folgen und sie zu beobachten. Das kann für einige Stunden bis hin zu einer Woche andauern und dazu beitragen, dass sich ein Gefühl dafür entwickelt, ob die Tätigkeit die richtige Wahl bedeutet (Marlina et al. 2019). Somit ist Job Shadowing auch eine Methode, um herauszufinden, ob die Tätigkeit das Richtige für einen ist. Es kann aber auch bei der Entscheidung helfen, ob

die eigenen Fähigkeiten dem Berufsfeld entsprechen (Kusnoor & Stelljes 2016). Gerade vor diesem Hintergrund entdecken immer mehr Arbeitgeber:innen die Möglichkeiten des Job Shadowings.

Job Shadowing als Möglichkeit der internen Curriculumsevaluation

Neben den vielfältig beschriebenen Perspektiven, welche die Durchführung des Job Shadowing zulässt, kann die Methode im komplexen Handlungsspielraum der Curriculumsdiskussion eine tragende Rolle einnehmen. Horst Siebert, der als Wegbereiter der Curriculumsentwicklung im deutschsprachigen Raum gilt, identifizierte bereits in den 1970er Jahren Handlungsräume curriculärer Entwicklungsprozesse. Als wesentlichen Qualitätsindikator für curriculare Arbeit beschrieb Siebert (1974) die Evaluation und anschließende Revision des zuvor konstruierten Curriculums.

Spätestens seit Einführung der Bologna-Reform nimmt die Konstruktion und damit einhergehende Evaluation von Curricula auch im hochschulischen Kontext eine immer größere Rolle ein. Als Folge entstanden und entstehen Konzepte, um diese Prozesse auch in der Hochschullandschaft als integralen Bestandteil der Qualitätssicherung zu etablieren. Exemplarisch sei dabei das Modell der studiengangsorientierten Curriculumsentwicklung zu nennen (Niethammer et al., 2014). Dieses greift grundlegende Aspekte von Sieberts Modell auf und erweitert es um institutionelle Rahmenbedingungen.

Ebenfalls erfolgt die Verknüpfung mit dem Qualitätsregelkreis des PDCA-Zyklus, um dem Prozess der Curriculumsentwicklung prozesshaft abzubilden (Niethammer et al., 2014). Die Evaluationsphase wird im Modell von Niethammer et al. (2014) in eine externe und eine interne Evaluation eingeteilt. Auf Grundlage dieses Modells ist es für Hochschulen möglich, ihre Curricula intern durch verschiedene Maßnahmen zu evaluieren und schließlich zu revidieren.

Job Shadowing kann im Rahmen dieser Prozesse einen wertvollen Beitrag zur internen Evaluation liefern. Durch das Beiwohnen und Beobachten der Lehrveranstaltungen der Job Shadowing Partner:innen ist es möglich, gezielt zu überprüfen, ob Lernziele und Lerninhalte zur Umsetzung der Lehre passen. Ebenfalls lässt sich die Umsetzung lehrspezifischer Methoden und Konzepte dem Gegenüber reflektieren. Auf Grundlage der Beobachtung im Rahmen des Job Shadowings können somit wertvolle Informationen über die Qualität sowie die Umsetzung des hochschulinternen Curriculums gewonnen werden. Diese können wiederum im Kontext der internen Evaluation genutzt werden, um das Curriculum zu revidieren und so die Qualität der Lehre merklich zu steigern.

Job Shadowing als Perspektive der kollegialen Hospitation im Hochschulkontext

Je nach Intention der Durchführung des Job Shadowings kann dieses als Anwendungsmöglichkeit der kollegialen Hospitation interpretiert werden. Unter kollegialer Hospitation kann eine Form des Peer-Learnings verstanden werden, welche zur eigenen Professionalisierung sowie zur Weiterentwicklung der eigenen beruf-

lichen Handlungskompetenz dient (Sauerlich, o.J.). Andere Autor:innen wiederum verstehen unter kollegialer Hospitation „[...] dass eine erfahrene Lehrende gemeinsam mit einer Novizin den Unterricht gestaltet und dabei einem vorher abgesprochenen, von der Novizin festgelegten Beobachtungs- und/oder Beratungsauftrag erhält, auf dessen Grundlage dann eine Nachbesprechung erfolgt.“ (Oelke & Meyer 2014, 240). Kollegiale Hospitation verfolgt die Ziele, die eigene Lehrkompetenz und Wahrnehmungsfähigkeit zu stärken sowie den kollegialen Austausch zu intensivieren (Sauerlich, o.J.), um dadurch schließlich die Lehrqualität zu erhöhen (Sauer & Knebel, 2016).

Die kollegiale Hospitation lässt sich im Allgemeinen in drei Phasen gliedern: die Vorbereitungsphase, die Durchführungsphase sowie die Feedback- und Reflexionsphase (Sauer & Knebel, 2016). Während es in der Vorbereitungsphase darum geht, einen konkreten Beobachtungsauftrag zu bestimmen, findet in der Durchführungsphase die eigentliche Beobachtung statt (Sauer & Knebel, 2016). Anschließend werden die Beobachtungen in der letzten Phase wertfrei besprochen. Es sind verschiedene Ausführungen und Unterteilungen der Feedback- und Reflexionsphase möglich (Sauer & Knebel, 2016). Nur durch die letzte Phase wird es der hospitierten Lehrperson möglich, ihre Lehrveranstaltung zu reflektieren und auf Grundlage des erhaltenen Feedbacks Maßnahmen zur Verbesserung ihrer Lehrtätigkeit abzuleiten. Die kollegiale Hospitation kann weiterhin als Instrument eingesetzt werden, bestimmten Ziel- und Fragestellungen an (hochschulischen) Bildungseinrichtungen gezielt nachzugehen. In diesem Kon-

text beschreiben Schulenburg et al. (2016) die Anwendung der kollegialen Hospitation als Möglichkeit, um den Einsatz neuer Medien in der Hochschullehre zu verstärken. Vergleicht man die Konzepte der kollegialen Hospitation und des Job Shadowing, lassen sich Gemeinsamkeiten hinsichtlich des Ziels, der Durchführung und der Intention feststellen. Auf Grundlage der vorhandenen Literatur scheint es jedoch so, dass die kollegiale Hospitation als begriffliches Konstrukt deutlich verbreiteter ist. Ebenfalls scheint der Interpretationsspielraum bezüglich der Intention und Durchführung des Job Shadowing deutlich flüder und schwerer abgrenzbar.

Job Shadowing in der Praxis - ein Erfahrungsbericht

Unter anderem der SRH Konzern hält für seine Mitarbeiter:innen ein Job Shadowing Programm bereit, damit sie verschiedene Einrichtungen im Konzern kennenlernen, die eigene Fachkompetenz erweitern, Fachwissen austauschen und die Zusammenarbeit der Therapie über die einzelnen Unternehmen hinaus stärken. Bisher kam das Job Shadowing Programm vor allem im Bereich der SRH Hochschule für Gesundheit zum Einsatz, da die Methode ein Feedback zum didaktisch-methodischen Aufbau der Lehre ermöglicht, Unterschiede zwischen der Selbst- und Fremdeinschätzung aufzeigen lässt oder Tipps zur organisatorischen Lehrplanung in kollegialer Form zulässt (Barthel, 2022). Im Weiteren möchten wir über den Einsatz des Job Shadowings im Hochschulbereich berichten.

Strukturelle Voraussetzungen

Das Tandem bestand aus zwei Professorinnen in ausbildungintegrierenden Studiengängen der

Logopädie und Physiotherapie an der SRH Hochschule für Gesundheit. Ausbildungsintegrierend bedeutet hier, dass in einer Kohorte sowohl Studierende als auch Fachschüler:innen in Semester 1-6 gemeinschaftlich lernen. Alle legen das Staatsexamen ab, die Studierenden erwerben im Rahmen von weiteren Lehrveranstaltungen und in einem zusätzlichen 7. Semester den Abschluss Bachelor of Science. Diese Heterogenität stellt besondere Herausforderungen an die Lehrpersonen, wie z.B. Lernvoraussetzungen, Differenzierung zwischen den Lerngruppen bezüglich der Ziele, Inhalte, Methoden und Prüfungssituationen. Angeregt von der Methode des Job Shadowings innerhalb des SRH Konzerns begannen die Tandempartnerinnen einen Prozess des strukturellen, didaktischen und inhaltlichen Austauschs. Das vorrangige Ziel war die persönliche Weiterentwicklung hinsichtlich des Aufgabenbereichs Lehre im Hochschulkontext.

Materialien

Zur Vorbereitung und der gegenseitigen Kommunikation über die zu besuchende Lehrveranstaltung wurde eine Skizze erstellt, die den zeitlichen Ablauf, die Inhalte, die Dozentenaktivität, die Studierendenaktivität sowie die verwendeten Sozialformen, Medien und Materialien darstellte. Lernziele wurden entsprechend der Lerntaxonomie nach Bloom et al. (1956) definiert und im Vorfeld zur Verfügung gestellt. Ebenso wurden die verwendeten Präsentationsfolien, Handouts und Literatur ausgetauscht.

Der Basisfragebogen zur Unterrichtsdiagnostik (Helmke et al. 2016, Version 6.0), welcher zur Auswertung genutzt wurde, bietet die Möglichkeit, die Qualität des

Unterrichts in Bildungseinrichtungen zu erheben. Es existieren Bögen für Primarstufe (Kindergarten und Grundschule 1./2. Klasse, Pilotversion), Grundschule (3./4. Klasse) und alle anderen (<http://www.unterrichtsdiagnostik.info/downloads/fragebogen/>). In allen Fällen besteht das Instrument aus einem Lehrerfragenbogen, einem Kollegenfragebogen und einem Schülerfragebogen und ermöglicht dadurch einen Perspektivenabgleich. Er ist sowohl als Momentaufnahme als auch zur Erfassung von Veränderungen und somit des Ergebnisses der Unterrichtsentwicklung geeignet.

Im hier beschriebenen Fall wurde der Bogen für alle anderen Schularten in der weiblichen Form verwendet. Die Fragen des Bogens wurden auf die Situation der Hochschule angepasst, indem bei den Fragen unter dem Begriff „Schüler:innen“ die Hochschulstudierenden mit erfasst werden sollten. Der Schüler:innenfragebogen wurde in der Evaluation nicht verwendet.

Durchführung

Kern des Job Shadowings war ein gegenseitiger Besuch in der Lehre der Tandempartnerin. Dieser wurde flankiert durch Gespräche zur Vor- und Nachbereitung. Während den vorbereitenden Gesprächen war es zunächst erforderlich, die Situation der jeweiligen Tandempartnerin zu erfassen. Zu diesem Zweck wurden curriculare Gemeinsamkeiten und Unterschiede analysiert sowie Herausforderungen in der Lehre identifiziert. Hierzu wurde der Modulkatalog abgeglichen und in tabellarischer Form gegenübergestellt. Zum Beispiel wurde dadurch deutlich, dass im Studium der Physiotherapie die Lehre zum wissenschaftlichen Arbeiten aufgrund der hohen Anzahl an Präsenzstunden für das Staats-

examen vorrangig im 1. und 7. Semester stattfindet, wohingegen im Logopädiestudium ausbildungsbegleitend mehr Veranstaltungen für das Studium in Semester 1-6 möglich sind. Aus den Gesprächen wurde außerdem deutlich, dass beide Tandempartnerinnen vergleichbare Fragen zu Zielsetzungen, Lehrplanung, Reflexion und Aktivierung der Studierenden hatten und dass diese nicht studiengangsspezifisch waren.

Die Tandempartnerinnen suchten nach einer Möglichkeit zur strukturierten Auswertung für den gegenseitigen Besuch. Bei der Recherche wurde deutlich, dass für den Hochschulkontext kein geeignetes Reflexionsinstrument zur Verfügung steht. Daher wurde der Basisfragebogen von Helmke et al. (2016) verwendet und angepasst. Organisatorischerseits wurden die Studiengangsleitungen und die Departmentleitung der Hochschule sowie die Schulleitungen der Fachschulen über das geplante Job Shadowing inhaltlich und zeitlich informiert. Da die Studiengänge an unterschiedlichen Orten lokalisiert sind, wurde von den Tandempartnerinnen ein Dienstreiseantrag gestellt.

Die besuchte Lehrveranstaltung wurde nach persönlichem Interesse und nach terminlichen Aspekten ausgewählt und umfasste jeweils 4 Unterrichtseinheiten. Des Weiteren wurde berücksichtigt, zu welcher Lehrveranstaltung sich die Tandempartnerinnen Feedback wünschten. Außerdem wurde festgelegt, zu welchen Aspekten die besuchte Tandempartnerin Rückmeldung sich wünschte. Eine Woche vor dem Job Shadowing wurden die Materialien zur Lehrveranstaltung der besuchenden Tandempartnerin zur Verfügung gestellt.

Beim Termin selbst wurde die besuchende Kollegin vor den Studierenden kurz eingeführt und stellte sich anschließend selbst vor. Die Rolle während der Lehrveranstaltung war vorrangig beobachtend. Beide Partnerinnen füllten während der Lehrveranstaltung und im Anschluss den jeweiligen Teil des Basisfragebogens aus. Darüber hinaus wurden freie Notizen gemacht, die einerseits der Rückmeldung für die Tandempartnerin dienten, aber auch Ideen für die eigene Lehre enthielten.

Das Reflexionsgespräch fand in der Woche nach der besuchten Lehrveranstaltung statt. Hier wurde anhand des angepassten Basisfragebogens nach Helmke et al. (2016) strukturiertes Feedback gegeben und dieses mit der Eigenwahrnehmung verglichen. Darüber hinaus gab die besuchende Tandempartnerin qualitative Rückmeldung zu besonders positiven Aspekten in der Lehrveranstaltung. Dabei wurden auch konstruktive Verbesserungsvorschläge zu Inhalten, Lernzielen, Methodik, Materialien, Rhetorik (z.B. Sprechtempo, Lautstärke, Denkpausen), Sozialformen und persönlichem Lehrstil vorgebracht. Im Rahmen dieses Austauschs wurde zur Dokumentation ein kurzer Presseartikel für Social Media und Intranet der Hochschule verfasst. Der zeitliche Aufwand für die vorbereitenden Gespräche betrug etwa 5 Stunden. Für die Vor- und Nachbesprechungen des Job Shadowings waren zusätzlich jeweils 1 Stunde erforderlich.

Fazit

Beide Tandempartnerinnen empfanden den Prozess des Job Shadowings auf verschiedenen Ebenen als sehr wertvoll. Einen großen Gewinn stellte die persönliche Rückmeldung zur eigenen

Lehre dar. Auf diesem Weg konnte die eigene Wahrnehmung überprüft werden. Insgesamt stellte sich dabei heraus, dass die Fremd- und Eigenwahrnehmung nahezu deckungsgleich waren. Dies gab Sicherheit und Bestätigung. Besonders hilfreich waren die ergänzenden Verbesserungsvorschläge jenseits des Fragebogens. Diese lieferten neue Impulse und Ideen zu Inhalten (z.B. Abgleich mit eigener Lehre gleichen Inhalts), Methodik (z.B. Suchsel zur Wiederholung von Begriffen als Einstieg, Ergebnissicherung mithilfe von Lernkarten), Materialien (z.B. nützliche Links zum wissenschaftlichen Arbeiten), persönlichem Lehrstil (z.B. Körperhaltung, Nutzung von technischen Hilfsmitteln wie Presenter). Die Rolle der Beobachtenden schärfte auch die Fähigkeit zur Selbstbeobachtung. Beide erlebten die Zusammenarbeit als horizonsweiternd, sowohl hinsichtlich der Lehrtätigkeit als auch hinsichtlich der Wahrnehmung der anderen Profession. Über den interprofessionellen Austausch wurden weitere Ideen zur Zusammenarbeit entwickelt, wie z.B. eine gemeinsame Lehrveranstaltung im Wintersemester 2023/24. Schnittstellen und Anknüpfungspunkte zwischen den Studiengängen wurden sichtbar und können zukünftig genutzt werden. Für die Zusammenarbeit im Tandem war eine gewisse persönliche Vertrautheit zwischen den Kolleginnen förderlich. Des Weiteren waren eine wertschätzende Grundhaltung sowie das Einhalten von Feedbackregeln hilfreich.

Deutlich wurde, dass Job Shadowing eine einfach umzusetzende Methode ist, um sich persönlich hinsichtlich der eigenen Lehre weiter zu entwickeln. Der oben beschriebene vorbereitende Ablauf kann auf 1-2 vorbereitende

Gespräche verkürzt werden, wenn das Prozedere und die Materialien bereits geklärt sind. Kritisch angemerkt werden kann, dass der Schülerfragebogen nicht verwendet wurde. Dies könnte eine weitere Perspektive eröffnen. Dies stand weniger im Vordergrund des Interesses, da die Sicht der Studierenden regelmäßig durch fachschul- und hochschulinterne Evaluationsprozesse erfasst wird. Ergänzend können zur vertieften kollegialen Analyse weitere Materialien der Arbeitsgruppe um Helmke zur Unterrichtsdiagnostik genutzt werden, wie z.B. der Zusatzfragebogen zur fachlichen und fachdidaktischen Qualität oder zur kognitiven Aktivierung (http://www.unterrichtsdiagnostik.info/downloads/fragebogen/#fb_long). Für eine strukturierte Vertiefung der hier eher frei durchgeführten qualitativen Auswertung der Lehrveranstaltung eignet sich besonders gut der Leitfaden für das kollegiale Feedback im Tandem (EMUplus). Eine grafische Auswertung kann anhand eines dort bereitgestellten Auswertungstools zur Gegenüberstellung von Gruppendaten mit Einzeldaten oder zur Visualisierung von wiederholten Messungen genutzt werden.

Literatur

Barthel, C. (2022). Kollegialer Austausch. Erstes Job Shadowing an der SRH Hochschule für Gesundheit, <https://www.srh-gesundheitshochschule.de/news/2021/erstes-job-shadowing-an-der-srh-hochschule-fuer-gesundheit/> (Stand: 1.9.23).

Bloom, B. S., Engelhart, M. D., Furst, E. J., Hill, W. H. & Krathwohl, D. R. (Hrsg.). (1956). Taxonomy of Educational Objectives. The Classification of Educational Goals, Handbook I: Cognitive Domain. David McKay Company, Inc.

- Gill, R., Barbour, J. & Dean, M. (2014). Shadowing in/as work: Ten recommendations for shadowing fieldwork practice. *Qualitative Research in Organizations and Management*, 9(1), 1–38.
- Helmke, A., Helmke, T., Lenske, G., Pham, G., Praetorius, A.-K., Schrader, F.-W. & Ade-Thurow, M. (2011). EMU – Unterrichtsdiagnostik. Studienbrief Version 2.03. Kultusministerkonferenz: Projekt EMU (Evidenzbasierte Methoden der Unterrichtsdiagnostik). Landau: Universität Koblenz-Landau, Campus Landau.
- Helmke, A., Helmke, T., Lenske, G., Pham, G., Praetorius, A.-K., Schrader, F.-W. & Ade-Thurow, M. (2016). EMU - Evidenzbasierte Methoden der Unterrichtsdiagnostik und -entwicklung (KMK-Unterrichtsdiagnostik; Lehrer-Fragebogen zur Tandem-Hospitation „Sprachförderung in allen Fächern“; Unterrichtsanalyse im Team). (PSYINDEX Tests Info).
- <http://www.unterrichtsdiagnostik.info/> abgerufen am 7.7.23
- http://www.unterrichtsdiagnostik.info/downloads/fragebogen/#fb_long abgerufen am 7.7.23
- Kusnoor, A. V. & Stelljes, LA (2016). Interprofessional learning through shadowing: Insights and lessons learned. *Medical Teacher* 38(12), 1278–1284.
- Marlina, H., Jalinus, N. & Rizal, F. (2019). Job Shadowing Implementation to Improve the Work Skills of Midwifery Graduates. *International Journal of Engineering and Advanced Technology* 9(1), 3909–3912.
- Niethammer, C., Koglin-Hess, I., Digel, S. & Schrader, J. (2014). Herausforderung Curriculumentwicklung: ein konzeptioneller Ansatz zur Professionalisierung. *Zeitschrift für Hochschulentwicklung*, 9(29), 27–40.
- Oelke, U. & Meyer, H. (2014). Didaktik und Methodik für Lehrenden in Gesundheits- und Pflegeberufen. Cornelsen
- Perny Vasset, F. & Hofseth Almas, S. (2015). Shadowing: Interprofessional Learning. *Journal of Research in Interprofessional Practice and Education* 5(2), 1–13.
- Sauer, D. & Knebel, M. (2016). Kollegiale Unterrichtshospitation und kollegiale Beratung als Bausteine der Personalentwicklung im Kontext der erweiterten Schulleitung. In M. Heibler, K. Bartel, K. Hackmann & B. Weyand (Hrsg.), *Leadership in der Lehrerbildung*, S. 221-232, Forum Erziehungswissenschaft und Bildungspraxis, Band 6, University of Bamberg.
- Sauerlich, M. (o.J.). Kollegiale Hospitation – Leitfaden. Hochschule für Musik und Tanz Köln. https://www.hfmt-koeln.de/fileadmin/user_upload/kollegiale_hospitation.pdf
- Schulenburg, K., Beck, E.-V., Hollweg, W., Trock, S., Kraus, E. & Borde, T. (2016). Kollegiale Hospitation zur Stärkung des Einsatzes neuer Medien in der Hochschullehre. In W. Pfau, C. Baetge, S. M. Bedenlier, C. Kramer & J. Stöter, *Teaching Trends 2016, Digitalisierung in der Hochschule: Mehr Vielfalt in der Lehre*, S. 123–130. Waxmann.
- Siebert, H. (1974). *Curricula für die Erwachsenenbildung*. Westermann.
- Tussoleha Rony, Z., Malini Lubis, F. & Rizkyta, A. (2019). Job Shadowing as One of the Effective Activities in the Promotion Process Creates Quality Managers. *International Journal of Recent Technology and Engineering* 8(2), 388–396.

Gesundheit, Pflege oder Berufspädagogik studieren



Innovativ und Interdisziplinär

Fakultät INWISS

Die Fakultät für Innovative und Interdisziplinäre Wissenschaften (INWISS) der staatlichen Hochschule Hof in Oberfranken geht in der Versorgung voran.

Sommersemester und Wintersemester

Cross Cultural Nursing Practice (M.Sc.)

Mit diesem Pflegestudiengang wird Pflegenden - z. B. aus dem Ausland - die Möglichkeit geboten, die Berufsanerkennung zu erhalten und gleichzeitig mit einem Schwerpunkt im Bereich heilkundlicher Kompetenz am bestehenden Bachelor anzuknüpfen.

Sommersemester und Wintersemester

Berufspädagogik (Medizin-/Pflegepädagogik) im Gesundheitswesen in Teilzeit (B.A.)

Entwickelt für Personen, die bereits eine Ausbildung im Gesundheitswesen absolviert haben. Zum Beispiel im Bereich der Pflege, OTA/ATA, Hebammen, Therapie, Rettungswesen, uvm. Nach erfolgreichem Abschluss können Absolvent*innen an Schulen, Ausbildungsstätten oder in der Fort- und Weiterbildung im Gesundheitswesen tätig werden.

Wintersemester

Innovative Gesundheitsversorgung (B.Sc.)

Hier studieren die künftigen „Brückenbauer“ für das Gesundheitswesen! Neben der Krankheitslehre und Kenntnissen spezieller Handlungsfelder wie z. B. im Bereich der Medizin, Pflege und Therapie werden u. a. auch technische Kompetenzen wie Informatik vermittelt. Management-Know-how rundet diesen Studiengang ab, um nachhaltige Veränderungsprozesse und erfolgreiche Konzeptgestaltungen zu ermöglichen.



**Hochschule
Hof**

University of
Applied Sciences



Erfahre mehr!

www.hof-university.de

Eingereicht: 28.06.2023
Genehmigt: 18.07.2023

doi: 10.61034/LLiG-10

Sandra Schaffrin
Programmbereichs-
leitung
Kreisvolkshochschu-
le Gifhorn



**Prof. Dr. phil. Sand-
ra Tschupke**
Professur für Be-
rufspädagogik mit
Schwerpunkt Profes-
sionalisierung und
lebenslanges Lernen
in den Gesundheits-
berufen
Ostfalia HAW, Fakul-
tät Gesundheitswe-
sen



**Dipl. Päd. Vera
Thies**
Ostfalia HAW, Fakul-
tät Gesundheitswe-
sen

**Prof. Dr. rer. medic.
habil. Martina Has-
seler**
Ostfalia HAW, Fakul-
tät Gesundheitswe-
sen



MOOCs als digitales Einstiegsangebot in die Hochschule für Pflegefachpersonen

Zusammenfassung

Die Ostfalia HAW entwickelte im Rahmen der Förderung „Öffnung von Hochschulen“ im Projekt „In-Weit“ fünf Weiterbildungsmodu- le mit Zertifikatsabschluss sowie zwei Massive Open Online Cour- ses (MOOCs) als Einstiegsan- gebot für Pflegefachpersonen mit dem Ziel, den Zugang für nicht-traditionelle Zielgruppen an hochschulischer Weiterbildung zu erhöhen und Hemmungen vor der Institution Hochschule abzubauen. Die Entwicklung der MOOCs erfolgte auf Grundlage zuvor erhobener zielgruppenspezifischer Be- darfe und orientierte sich stark an diesen Bedürfnissen. Die Gestal- tung der MOOCs führt hierdurch nicht nur zu einer Verbesserung der Medienkompetenzen der Teil- nehmenden, sondern stärkt eben- falls ihre Selbstlernkompetenzen.

Schlüsselwörter:
wissenschaftliche Weiterbildung,
nicht-traditionell Studierende,
Pflegefachberufe, MOOCs, digita-
le Lehrformate

Abstract

As part of the „Opening of Univer- sities“ funding programme, Ostfa- lia UAS developed five certifica- te courses for academic further education as well as two Massive Open Online Courses (MOOCs) within the project „InWeit“ as a low-threshold entry-level offer for nursing professions. In order to make the MOOCs appealing as introductory offers for nursing pro- fessions, the development was based on previously determined target group-specific needs. The MOOC processing does not only lead to improved media skills of

the participants, but also strengt- hens their learning motivation and their experiences of self-efficacy.

Keywords:

Further education, non-traditional students, nursing profession, Mas- sive Open Online Courses, digital teaching programs

Ausgangslage

Seit Jahren ist der deutsche Pfl- gesektor mit insgesamt 1,7 Mio. Beschäftigten in der Gesund- heits- und Krankenpflege (Stand 2019) durch einen enormen Fach- kräftemangel gekennzeichnet (Statistisches Bundesamt, 2022). Aufgrund der ansteigenden Über- alterung der deutschen Bevölke- rung und einer damit verbundenen Zunahme der pflegebedürftigen Personen wird ein zukünftiger Mangel von bis zu 500.000 Pfl- gefachkräften im Jahr 2035 pro- gnostiziert (Flake, Kochskäm- per, Risius & Seyda, 2018). Um diesem rasanten Anstieg effektiv begegnen und evidenzbasierte Pflege weiterhin aufrecht erhal- ten zu können, muss neben einer qualitativ hochwertigen Erstausb- ildung insbesondere den Anfor- derungen der Weiterbildung eine besondere Bedeutung beigemes- sen werden (Wissenschaftsrat, 2012). In der Berufspraxis werden von den Pflegefachkräften zukünf- tig neben digitalen Kompetenzen ebenso Kompetenzen zur inter- professionellen Zusammenarbeit gefordert sein, um den wandeln- den Versorgungsansprüchen und ihren Folgen Rechnung zu tragen (Schaffrin, Weidlich-Wichmann, Keller, Meyer & Immenroth, 2018; Zöllner, 2012). Insbesondere die Pflegeberu-

fe kennzeichnen sich durch eine große Diversität, welche bei der Entwicklung digitaler Lernangebote entsprechend berücksichtigt werden muss. Neben der Zusammenarbeit der unterschiedlichen Berufsgruppen selbst zeigen sich heterogene Strukturen in Bezug auf Alter, kulturelle Hintergründe, Arbeitserfahrungen, Lern(technologie)erfahrungen und weitere individuelle Lebenssituationen (Kludig & Friemer, 2020; Eiben, Mazzola & Hasseler, 2018). Auch wenn die Corona-Pandemie zu einem deutlichen Zuwachs an digital ausgerichteten Fort- und Weiterbildungsangeboten beigetragen hat, wird beim Blick in die Praxis deutlich, dass die Akzeptanz digitaler Lösungen bislang oftmals gering ist und der Einsatz digitaler Angebote durch die Fachkräfte häufig kritisch betrachtet wird (Müssig, 2018). So beschreiben übereinkommende Studienergebnisse die Gruppe der beruflich Pflegenden als eher zurückhaltend gegenüber digitalen Lerntechnologien und wenig medienaffin (Eiben, Hampel & Hasseler, 2019). Gleichzeitig benötigt diese Zielgruppe aufgrund ihrer großen beruflichen Belastung zeitlich und räumlich besonders flexible Weiterbildungsangebote. Beide Faktoren zusammen genommen führen zu einem erhöhten Betreuungs- und Beratungsbedarf hinsichtlich der Umsetzung und Möglichkeiten, welche ihnen die Weiterbildungsangebote bieten (BMG, 2017; Borchering, Broo, Rechenbach & Schaffrin, 2020; Schön et al., 2022). Hierdurch geraten insbesondere individuelle und konstruktivistisch angelegte Lernszenarien in den Fokus, mit deren Hilfe kontextabhängiges Lernen je nach Bedarf und persönlicher Situation möglich ist (Müssig 2017). Von besonderer Bedeutung ist in diesem Kontext die Frage, wie

(digitale) Bildungssettings und -inhalte in der beruflichen Fort- und Weiterbildung insbesondere in Zeiten fortschreitender Digitalisierung gestaltet werden können, um den Zugang zur Hochschulbildung für nicht-traditionelle Zielgruppen im Bereich der Pflegeberufe zu erleichtern. Diese Frage soll im folgenden Beitrag am Beispiel der Entwicklung und Einbindung von Massive Open Online Courses (MOOCs) als frei zugängliches, digitales Angebot in ein interprofessionelles Weiterbildungsprogramm nachgegangen werden.

Das Projekt InWeit (Interprofessionelles Weiterbildungsprogramm)

In den vergangenen Jahren wurden an der Fakultät Gesundheitswesen der Ostfalia HAW umfassende Erhebungen zur bedarfsgerechten Ausgestaltung von Weiterbildungsangeboten für Pflegefachpersonen durchgeführt. Eingebettet in unterschiedliche Forschungsprojekte, wie die vom BMBF geförderten Verbundprojekte „PuG - Aufbau berufsbegleitender Studienangebote in den Pflege- und Gesundheitswissenschaften“ und „KeGL - Kompetenzentwicklung von Gesundheitsfachpersonal im Kontext des lebenslangen Lernens“, die vom Europäischen Sozialfonds geförderten Projekte „ToPntS - Lebenslanges Lernen an Hochschulen: Ein Trainings-Programm für nicht-traditionell Studierende“, „Digi-Train-NTS - Digitale Trainingsinhalte für nicht-traditionell Studierende“, „EEEwiss - Entwicklung, Erprobung und Evaluation eines digitalen wissenschaftlichen Weiterbildungsangebots für nicht pflegerisch und gesundheitlich ausgebildete Berufsgruppen im ambulanten und stationären Bereich der Behindertenhilfe für Menschen mit geistigen, seelischen

und mehrfachen Beeinträchtigungen“, „T-Nugd - Telenursing-Nursing goes digital“ sowie das von der Stadt Wolfsburg geförderte Projekt „Entwicklung und Erprobung von Bildungsangeboten in den Bereichen Gesundheit, Erziehung und Soziales“ fanden multimethodisch angelegte, quantitative und qualitative Befragungen statt (Weiterführende Informationen zu den Forschungsprojekten sind abrufbar unter: <https://www.ostfalia.de/cms/de/g/forschung/forschungsprojekte/>).

Befragt wurden u.a. Pflegefach- und -leitungspersonen, Studierende und potentielle Studieninteressierte im Bereich der Pflege, Geschäftsführungen von Pflege- und Gesundheitseinrichtungen, Akteur*innen von Fachgesellschaften und -verbänden sowie Fort- und Weiterbildungsanbieter. Auf Grundlage der Ergebnisse wurden anschließend vielfältige, modular ausgestaltete Zertifikatsangebote für Pflegefachpersonal an der Fakultät Gesundheitswesen entwickelt und erprobt.

Aus den Befragungen zeigt sich eine deutliche Nachfrage nach interdisziplinären, flexiblen und modularen Weiterbildungen (Eiben et al., 2019; Schaffrin et al., 2018). Aber auch aus den Evaluationsergebnissen eines Blended-Learning-Konzeptes zur Weiterbildung von Pflegefachberufen wird deutlich, dass insbesondere digitale Weiterbildungsangebote entscheidende Vorteile für die Zielgruppe der Pflegeberufe bieten (Eiben et al., 2018). So stellten die teilweise eigens entwickelten Videotutorials oder der Einsatz von Lernplattformen aus Sicht der Teilnehmenden eine Unterstützung des eigenen Lernprozesses dar. Dem verstärkten Bedarf nach Unterstützung im Rahmen dieser Angebote kann

durch einen gezielten persönlichen Austausch, erweiterten Studienmaterialien zum selbstständigen Lernen aber auch der Verzahnung mit punktuellen Präsenzphasen Rechnung getragen werden (ebd.).

Aufbauend auf den bereits entwickelten Angeboten wurden diese im Rahmen des von 2020-2023 geförderten ESF-Projekts „Interprofessionelles Weiterbildungsprogramm“ (InWeit) um weitere, digitale Inhalte ergänzt und im Anschluss in ein fakultätseigenes Weiterbildungsprogramm überführt (Weiterführende Informationen zum Projekt InWeit sind abrufbar unter: <https://blogs.sonia.de/inweit/>).

Dieses richtet sich an den von Wolter, Dahm, Kamm, Kerst und Otto (2015) beschriebenen Bedarf der nicht-traditionellen Zielgruppe aus, welche sich durch eine berufliche Qualifizierung und

ggf. Erfahrung auszeichnen, aber über keine schulische Hochschulzugangsberechtigung verfügen. Für den Bereich der Pflegeberufe ergeben sich für die Planung und Gestaltung von Weiterbildungsangeboten an Hochschulen damit besondere Anforderungen, wie eine größere Flexibilisierung und Vereinbarkeit mit der Erwerbstätigkeit sowie eine starke Praxisorientierung, woraus ein besonderes Interesse für zeit- und ortsunabhängige Formate resultiert (Eiben et al., 2019; Schaffrin et al., 2018). Über die Erprobung modular ausgestalteter Weiterbildungsmodule im Blended-Learning-Format im Rahmen des Projekts InWeit (siehe Programmübersicht InWeit Abb. 1) hinaus lag deshalb ein besonderes Augenmerk auf der Entwicklung von zwei Massive Open Online Courses (MOOCs) als digitale (Weiter-)Bildungsangebote. Diese überwiegend in der Hochschul- und Erwachsenenbildung verwendeten Onlinekurse

kennzeichnen sich dadurch, dass sie sich an eine hohe Teilnehmerzahl richten („Massive“), ohne Zulassungsbeschränkung und in der Regel kostenfrei zugänglich sind („Open“) und über eine webbasierte Kursstruktur („Online Courses“) verfügen (Dörner, 2020). Als flexibles, frei zugängliches Bildungsangebot eignen sie sich in besonderem Maße für die nicht-traditionelle Zielgruppe des Projektes und sollen Einblicke in die hochschulische Wissensvermittlung und einen niedrigschwelligen Einstieg in die Hochschule ermöglichen (Wissenschaftsrat, 2022). Weiterhin sollten die MOOCs bei den Teilnehmenden zu einer gesteigerten Medien- und Selbstlernkompetenz beitragen, welche grundlegende Fähigkeiten in Zeiten des lebenslangen Lernens verbunden mit dem technologischen Wandel in den Pflegeberufen darstellen (Alamri, 2022; Blakemore et al., 2019; Ortmann-Welp, 2019).

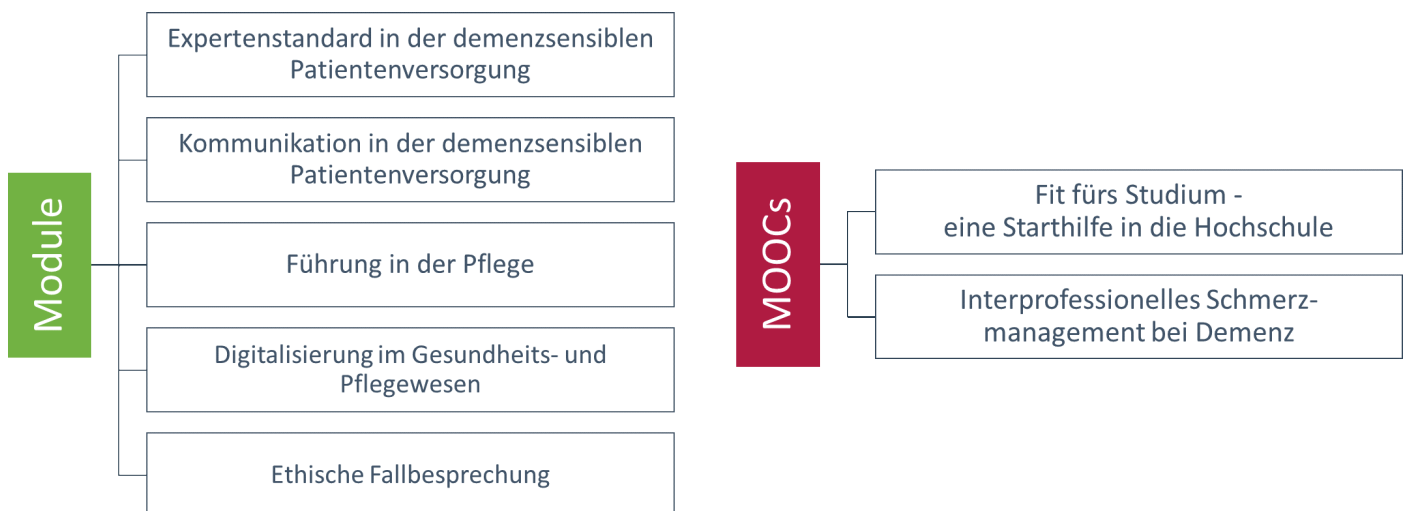


Abb. 1: Programmübersicht InWeit

MOOCs im Projekt InWeit

Grundsätzlich lassen sich zwei Typen von MOOCs unterscheiden: Sogenannte xMOOCs – das „x“ steht hier für extended – richten sich an eine unbegrenzte Zahl an Personen. Dieser MOOC-Typ zeichnet sich durch eine vorgegebene Kursstruktur mit definierten Lernergebnissen aus, welche auf das Kursdesign klar abgestimmt sind. xMOOCs ähneln der klassischen Vorlesung und werden vor allem in Lehr-Lernsettings eingesetzt, bei denen es um die Vermittlung von standardisierten Wissensinhalten, wie z. B. Einführungskursen, geht. Im Gegensatz dazu liegt der Fokus bei den sogenannten cMOOCs auf dem interaktiven Austausch zwischen Lehrenden und Lernenden sowie der Lernenden untereinander. Das „c“ steht hier im Sinne des Konnektivismus für „connected“. Der Fokus bei cMOOCs liegt auf einem vernetzten, aktiven kollaborativen Lernprozess, wobei die Kursstruktur und Lerninhalte nicht durch den Lehrenden festgelegt sind, sondern durch die Teilnehmenden ausgehandelt werden (Zawacki-Richter & Stöter, 2020). Im Rahmen des Projekts wurde sich bei der Ausgestaltung der MOOCs für eine hybride Form zwischen xMOOCs und cMOOCs entschieden, um den besonderen Erfordernissen der Zielgruppe Rechnung zu tragen. Zum einen wurde es als wichtig erachtet, den Teilnehmenden eine Kursstruktur mit klaren Lernzielen vorzugeben, um darüber einen Orientierungsrahmen zu schaffen und den Einstieg in das digitale Weiterbildungsangebot zu erleichtern (Müssig, 2022). Gleichzeitig sollten die MOOCs einen hohen Anteil an gegenseitigem Austausch und gemeinsamen Lernmöglichkeiten bieten, in denen das forschungsorientierte und problembasierte

Lernen der Teilnehmenden gefördert wird (Oncampus, 2022).

Die Themenwahl der zwei MOOCs ergab sich aus den im vorangegangenen Kapitel beschriebenen Erhebungen im Rahmen der Forschungsprojekte an der Fakultät Gesundheitswesen, in denen sich ein besonderer Bedarf bei den Schwerpunkten Pflegewissenschaft und wissenschaftliches Arbeiten ableiten ließ. Beide MOOCs richten sich an berufstätige Fachkräfte aus den Pflegeberufen und wurden für interessierten Personen kostenfrei und frei zugänglich auf oncampus.de bereitgestellt. Die freie Verfügbarkeit stellt die Inhalte damit einem großen potenziellen Teilnehmendenkreis zur Verfügung.

Ziel des ersten MOOCs „Fit fürs Studium – eine Starthilfe in die Hochschule“ ist die Nutzbarmachung vorhandener Kompetenzen für Studieninteressierte und StudienanfängerInnen. Hierfür bekommen die Teilnehmenden methodisches Wissen hinsichtlich unterschiedlicher Lerntechniken vermittelt, erlangen Kenntnisse zum wissenschaftlichen Arbeiten, können aber auch ihr eigenes Zeit- und Stressmanagement reflektieren und verbessern. Die Teilnehmenden lernen hierdurch neben der reinen Wissensvermittlung ebenso ihre eigenen Erwartungen hinsichtlich hochschulischem Lernen zu reflektieren und gegebenenfalls anzupassen beziehungsweise zu erweitern. Hierfür wird in diesem MOOC auf die Kompetenzen der Teilnehmenden Bezug genommen, welche in den einzelnen Kapiteln aufgegriffen und analysiert werden können.

Ziel des zweiten MOOCs „Interprofessionelles Schmerzassessment bei Menschen mit Demenz“ ist die wissenschaftlich fundierte Kompetenzerweiterung zum The-

ma Schmerz im gerontopsychiatrischen Handlungsfeld sowie die vertiefte Reflexion zur Anbahnung und Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit im thematischen Kontext. Die Teilnehmenden reflektieren im Rahmen des MOOCs die persönlichen Handlungsmöglichkeiten vor dem Hintergrund ihrer vorhandenen Kompetenzen und Ressourcen. Hieraus entsteht die Fähigkeit, bekannte Handlungsabläufe zu hinterfragen und zu verändern, um so das Thema Schmerzassessment in den individuellen beruflichen Alltag übertragen zu können.

Didaktische Entwicklung der MOOCs

Die Bereitstellung der MOOCs wurde über die Website von [oncampus \(https://lernen.oncampus.de/\)](https://lernen.oncampus.de/) realisiert. Die Entwicklung und Umsetzung der MOOCs erfolgte auf Grundlage einer konsequenten Teilnehmendenorientierung. Die reine Selbststeuerung der eigenen Lernprozesse sowie das fehlende, unmittelbare Feedback durch andere Lernende und Lehrende kann zu Verunsicherung der Teilnehmenden führen (Schön, 2022). Um diesen Hemmnissen begegnen zu können, wurde das Konzept der MOOCs „pädagogisch noch viel intensiver von der Seite der Lernenden her“ entwickelt (Schön et al., 2022, S. 232). Die didaktische Gestaltung der MOOCs richtete sich konsequent an den Bedürfnissen der Zielgruppe aus, die durch große Heterogenität, geringe Medienaffinität und einen starken Unterstützungsbedarf geprägt ist (Eiben et al., 2019) und folgte dabei folgenden Grundlagen:

- Lernziele: Die Lernziele wurden klar definiert und verständlich kommuniziert und sollten den Lernenden helfen, ihre Fortschritte und ihren Er-

folg nachzuvollziehen. Dementsprechend wurden die Lektionen und Kapitel zunächst hinsichtlich des anvisierten Kompetenzerwerbs beschrieben, erst in einem zweiten Schritt fand die Auswahl und Entwicklung der passenden Lerninstrumente und -medien auf Grundlage der vorab festgelegten Lernziele statt (vgl. Tab. 1) (Biggs, 1996; Müssig, 2022). In den MOOCs selbst wurden die Lernziele den Teilnehmenden in der ersten Lektion „Organisation und Auftakt“ aber auch in den Kurzbeschreibungen der MOOCs auf on-campus beschrieben.

- **Interaktivität:** Ein interaktiver MOOC, der Fragen, Diskussionen, Feedback und Zusammenarbeit ermöglicht, kann die Zusammenarbeit, das Engagement und die Motivation der Lernenden erhöhen und zu besseren Lernergebnissen führen (Bozkurt, Akgün-Özbek & Zawacki-Richter, 2017). Durch die Einbindung kollaborativer Tools wie dem Forum

sollten kurze Reflexionsaufgaben (z. B. „welche Erfahrungen bringst Du mit?“) bearbeitet und die Teilnehmenden angeregt werden, das Forum zum interaktiven Austausch zu nutzen.

- **Anpassungsfähigkeit:** Um die individuellen Bedürfnisse der Lernenden in besonderem Maße zu erfüllen, sollten die MOOCs sehr flexibel gestaltet sein (Kizilcec et al., 2017; Zhu et al., 2022). Neben der Möglichkeit, den MOOC jederzeit zu unterbrechen und zu einem späteren Zeitpunkt fortzusetzen, wurden deshalb ebenfalls die unterschiedlichen Lernstile, Vorkenntnisse und Bedürfnisse der Teilnehmenden berücksichtigt, indem die Kapitel aufeinander aufbauen und die Aufgaben und Selbstlernmaterialien (Literaturhinweise, Reflexionsfragen, Audioinhalte etc.) ermöglichen, noch tiefer in das jeweilige Thema einzusteigen.
- **Multimediale Inhalte:** Die MOOCs enthalten sehr ver-

schiedene multimediale Inhalte (z.B. Videos, Audiodateien, Texte, Grafiken), um unterschiedlichen Lerntypen gerecht zu werden und die Aufmerksamkeit der Lernenden zu halten.

- **Feedbackmöglichkeiten:** Durch einen Fortschrittsbalken, der gleichzeitig den erfolgreich absolvierten Status anzeigt sowie integriertes Feedback in den Aufgabenstellungen, erhielten die Teilnehmenden durchgehendes Feedback, um ihren individuellen Fortschritt messen zu können.
- **Motivierende Elemente:** Durch den kostenfreien Zugang der MOOCs können sich Teilnehmende weniger verpflichtet fühlen, den Kurs abzuschließen oder sich aktiv zu beteiligen (Schön, 2022). Aus diesem Grund enthalten die MOOCs motivierende Elemente, um die Lernenden zu motivieren und ihr Engagement aufrechtzuerhalten. In jedes Kapitel sind mehrere, kurze

Kapitel	Grundlage	Inhalte	Materialien	Lernziele	Aufgabenformate
Kapitel 1: Studieneinstieg	NTS haben oftmals unklare Vorstellungen von der Hochschule als Lernort. Gleichzeitig verfügen sie aufgrund ihrer beruflichen und persönlichen Lebenserfahrung über wertvolle Potenziale und Ressourcen.	Lektion 1: Was ist meine Studienerwartung? TN lernen ihre Erwartungen hinsichtlich des Studiums abzugleichen und werden sich der damit verbundenen Eigenverantwortung bewusst.	Animationsfilm	TN können ihre Erwartungen an das Studium identifizieren und diese mit den tatsächlichen Anforderungen abgleichen.	Interaktive Aufgaben: Drag & Drop, Multiple-Choice, selbstreflektierende Fragestellungen
		Lektion 2: Was sind meine Kompetenzen? Die im Berufsleben erworbenen Kompetenzen und Ressourcen, die im Studium nutzbringend eingesetzt werden können, werden mittels der Mandala-Methode erarbeitet.	Animationsfilm, Vorlagen: Kompetenzmandala, Kompetenzportfolio	TN sind in der Lage, ihre vorhandenen Kompetenzen über drei Schritte herauszuarbeiten und zu benennen.	Interaktive Aufgaben: Drag & Drop, Selbstlernaufgabe: Erarbeitung der persönlichen Kompetenzen mittels Kompetenz-Mandala

Tab: 1 Didaktisches Konzept zum MOOC: „Fit fürs Studium – eine Starthilfe in die Hochschule“ - Ausschnitt aus Kapitel 1

Testaufgaben eingebaut, mit deren Beantwortung die Teilnehmenden sogenannte Badges erhalten. Nach dem erfolgreichen Bestehen von 80% aller integrierter Aufgaben erhalten die Teilnehmenden ein automatisch generiertes Teilnahmezertifikat. Die Kapitel selbst steigern sich von ihrem Niveau und bauen einen Spannungsbogen auf, der die Teilnehmenden wissbegierig und neugierig machen soll (Schön et al., 2022).

MOOC Evaluation

Die Evaluation der MOOCs im Rahmen des Projektes erfolgte über ein in den MOOC integriertes Formular, so dass die Teilnehmenden ihre Rückmeldungen direkt abgeben konnten und sich der Rücklauf nicht durch eine Weiterleitung auf externe Umfrageseiten reduzierte. Bis zum Ende des Evaluationszeitraumes Ende März 2023 haben insgesamt 44 Personen von 90 eingeschriebenen Teilnehmenden ihre Rückmeldung abgegeben. Das Einzugsgebiet der Teilnehmenden ist überwiegend regional geprägt. Das Potenzial des digitalen zeit- und ortsunabhängigen Angebots, welches über die Ländergrenzen hinaus absolviert werden kann, zeigt sich jedoch durch einzelne Teilnehmende aus Österreich, der Schweiz und Neuseeland.

Drei Viertel der befragten Teilnehmenden (75%) verfügt nicht über eine klassische Hochschulzugangsberechtigung. Das Ziel, nicht-traditionelle Teilnehmende und potenzielle Studierende mit den MOOCs zu erreichen, konnte offensichtlich erreicht werden. Ebenfalls etwa drei Viertel der Teilnehmenden (72%) übt eine berufliche Tätigkeit im Gesundheitswesen aus und hat mehrheitlich

eine Berufsausbildung als Gesundheits- und Krankenpfleger:in abgeschlossen.

Die Motivation zur Teilnahme an dem MOOC „Interprofessionelles Schmerzmanagement bei Demenz“ liegt primär in der beruflichen Tätigkeit begründet (51%), gefolgt von privatem Interesse an den Kursinhalten (26%). Gefragt nach den Erwartungen an den Kurs geben die Teilnehmenden überwiegend den Erwerb von Fachwissen zu den Themen Demenz und Schmerz an.

Im Vergleich zum fachspezifischen MOOC „Schmerzmanagement bei Demenz“ richtet sich der MOOC „Fit fürs Studium – eine Starthilfe in die Hochschule“ stärker an Studierende in der Studieneingangsphase und Studieninteressierte. So ist es nicht überraschend, dass unter den Befragten mehr als doppelt so viele Personen in einen gesundheitswissenschaftlichen Studiengang eingeschrieben sind (72% vs. 36%). Im Vergleich lässt sich die Motivation zur Teilnahme an dem MOOC mit einem erhofften Nutzen für das Studium oder aus privatem Interesse begründen. Dies liegt an den angesprochenen Inhalten des MOOCs, bei denen der persönliche Nutzen im Fokus liegt. Gefragt nach den Erwartungen an den Kurs geben die Teilnehmenden überwiegend den Erwerb von Softskills an, wie beispielsweise „strukturiertes Lernen“, „Zeitmanagement“ oder „wissenschaftliche Schriften lesen“.

Nach Abschluss der MOOCs konnten die gestellten Erwartungen vollumfänglich erfüllt werden. Insgesamt 93% der Befragten sind sehr zufrieden mit dem MOOC und durchschnittlich 93% schätzen ihren Lernprozess hin-

sichtlich der fachlichen Wissenserweiterung aber auch in Bezug auf ihre Selbstlernkompetenzen, beispielsweise zum Thema Zeitmanagement, als sehr hoch ein. Besonders motivierend zur Bearbeitung der MOOCs waren neben den eingebundenen Videos die zusätzlichen Literaturhinweise und bereitgestellten Lernmaterialien. Etwas weniger bedeutsam für die Teilnahme waren die Badges, das Teilnahmezertifikat und die Einbindung des Forums zum Austausch untereinander.

Die Ergebnisse zeigen das Potenzial der MOOC-Angebote für die individuelle Wissenserweiterung der Teilnehmenden aber auch auf organisationaler Ebene als weitere Angebotsform der hochschulischen Weiterbildung. In Bezug auf ihre bedarfsgerechte Ausrichtung ergibt sich jedoch eine Diskrepanz zwischen dem Bedarf nach Unterstützung und Feedback auf der einen und dem eigenverantwortlichen und flexiblen Selbstlernen auf der anderen Seite, auf die es bei der Entwicklung und Implementierung zu achten gilt.

Wie können also die Vorteile der MOOCs als Format des hochschulischen Weiterbildungsangebots genutzt und den Nachteilen begegnet werden?

Integration der MOOCs in das Weiterbildungsprogramm

Die MOOCs sollen zukünftig in einem frei kombinierbaren interprofessionellen Weiterbildungsprogramm für die Zielgruppe der Pflege- und Gesundheitsberufe an der Fakultät Gesundheitswesen der Ostfalia HAW angeboten werden. Sie stellen hierbei eine bedeutsame Ergänzung der hochschulischen Weiterbildungsangebote dar, da sie aufgrund ihrer flexiblen Ausrichtung entscheiden-

de Vorteile für die Zielgruppe der berufstätigen Pflegefachpersonen bieten (Eiben et al., 2018; Kludig & Friemer, 2020; Müssig, 2020). Um den oben genannten Bedürfnissen zu entsprechen, werden die MOOCs zukünftig auf unterschiedliche Weise und je nach thematischer Schwerpunktsetzung zielgruppengerecht in das Portfolio integriert. Abbildung 2 zeigt hierfür verschiedene Einsatzszenarien auf, welche je nach Thema und Personenkreis umgesetzt werden können.

Empfehlungen und Ausblick

Bezogen auf die Ausgangsfrage, wie die Ausgestaltung digitaler Bildungsformate erfolgen muss, um die nicht-traditionelle Zielgruppe der Pflegefachberufe zu erreichen und ihnen den Hochschuleinstieg zu erleichtern, lässt sich am Beispiel der MOOC-Entwicklung und Evaluation im Projekt InWeit die herausragende Bedeutung der Teilnehmendenorientierung feststellen.

Insbesondere wenn sich die Zielgruppe durch geringe Medienaffi-

nität oder Selbstlernkompetenzen auszeichnet und einen höheren Bedarf an kontinuierlicher Begleitung, Feedback und Betreuung benötigt, ist eine gut organisierte Kursstruktur in den MOOCs hilfreich, bei der die Rahmenbedingungen, Ziele und praktische Wertbarkeit klar kommuniziert und gegebenenfalls Checklisten oder Leitfäden als zusätzliches Material für die Teilnehmenden angeboten werden.

Weiterhin ist im Fall der nicht-traditionellen Zielgruppe der Gesundheitsberufe die flexible Einbindung der MOOCs in hochschulische Weiterbildungen vorteilhaft, um den Austausch der Lernenden untereinander zu fördern und Unsicherheiten abzubauen. Hierdurch können die Vorteile des selbstgesteuerten Lernens mit den Vorteilen des Austauschs, der Kommunikation und Reflexion im Rahmen von (digitalen) Präsenzeinheiten kombiniert werden.

Die Ergebnisse der MOOC-Evaluation zeigen, dass der fachliche und individuelle Nutzen des gewählten

Themas die ausschlaggebende Motivation für eine Teilnahme darstellt. So scheint die Verwertbarkeit des Erlernten sowie der unmittelbare Praxisbezug ausschlaggebend, um sich für das Weiterbildungsangebot zu entscheiden.

Werden die zuvor genannten Details von Beginn der Angebotsentwicklung bis hin zur Vermarktung berücksichtigt, können digitale Weiterbildungsangebote dazu beitragen, Hemmungen vor der Institution Hochschule abzubauen und deren Öffnung für die nicht-traditionelle Zielgruppe der Gesundheitsberufe zu stärken (Eiben, Hampel & Hasseler, 2020). So kann das Erfolgserlebnis nach der Teilnahme an einem oder mehrerer der entwickelten Module dazu führen, dass sich Teilnehmende langfristig für die Aufnahme eines Studiums entscheiden und sich durch die Perspektiverweiterung auf Hochschulen als Weiterbildungsakteure neue Impulse für die eigene Weiterentwicklung eröffnen. Für den weiteren Ausbau hochschulischer

Einstiegs-MOOC		Der MOOC dient dem Einstieg in das Weiterbildungs- bzw. Studienangebot. Ziel ist der Abbau möglicher Hemmungen vor der Institution Hochschule durch Förderung der Selbstlernkompetenz.
Blended-MOOC		Der MOOC ist in eine Blended-Learning-Weiterbildung eingebettet. Es kann der komplette MOOC oder auch nur einzelne Kapitel (z. B. „wissenschaftliches Arbeiten“ aus „Fit fürs Studium“) eingebunden werden.
Flipped-MOOC		Die Teilnehmenden setzen sich mithilfe des MOOCs theoretisch mit den Inhalten der Weiterbildung auseinander. In der darauffolgenden Präsenzveranstaltung werden die Inhalte durch Übungsaufgaben und praktischen Beispielen vertieft.

Abb. 2: Integration der MOOCs in das Weiterbildungsprogramm, eigene Darstellung in Anlehnung an EBNER (2019)

Weiterbildungsangebote ist eine zielgerichtete Ausrichtung an den inhaltlichen, konzeptionellen und organisatorischen Bedarfen der Pflegefachpersonen in diesem Zusammenhang von besonderer Relevanz für die Aufnahme und den erfolgreichen Wissenstransfer in die berufliche Praxis.

Literaturverzeichnis

- Alamri, M. M. (2022). Investigating Students' Adoption of MOOCs during COVID-19 Pandemic: Students' Academic Self-Efficacy, Learning Engagement, and Learning Persistence. *Sustainability*, 14(2), 714. <https://doi.org/10.3390/su14020714>
- Biggs, J. (1996). Enhancing teaching through constructive alignment. *High Educ* 32, 347–364. <https://doi.org/10.1007/BF00138871>.
- Blakemore, L. M., Meek, S. E. M. & Marks, L. K. (2019). Equipping Learners to Evaluate Online Health Care Resources: Longitudinal Study of Learning Design Strategies in a Health Care Massive Open Online Course (Preprint).
- BMG (2017). ePfleger. Informations- und Kommunikationstechnologie für die Pflege. Berlin, Vallendar, Köln BMG. (2017). ePfleger. Informations- und Kommunikationstechnologie für die Pflege. Roland Berger GmbH (RB), Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. (DIP), Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar (PTHV). Berlin, Vallendar, Köln., Stand vom 20. Oktober 2022.
- Borcherding, G., Broo, C., Rechenbach, S. & Schaffrin, S. (2020). Holistische Beratungskonzeption, Qualitätsstandards und Implementierungshilfe im Rahmen wissenschaftlicher Zertifikatsangebote http://blogs.sonia.de/regiowb/files/2020/07/KeGL-Handreichung_Holistische-Beratungskonzeption_final-1.pdf, Stand vom 12.05.2023.
- Bozkurt, A., Akgün-Özbek, E., & Zawacki-Richter, O. (2017). Trends and patterns in massive open online courses: Review and content analysis of research on MOOCs (2014-2018). *International Review of Research in Open and Distributed Learning*, 18(5).
- Dörner, O. (Hrsg.) (2020). Wissenschaftliche Weiterbildung als Problem der Öffnung von Hochschulen für nichttraditionelle Studierende. Opladen, Berlin, Toronto: Verlag Barbara Budrich.
- Eiben, A., Hampel, S. & Hasseler, M. (2019). Die Gestaltung wissenschaftlicher Weiterbildung in den Bereichen Gesundheit und Pflege aus Arbeitgebendenperspektive. Ergebnisse einer Zielgruppenanalyse. *Zeitschrift Hochschule und Weiterbildung*, doi: 10.4119/zhwb-1501.
- Eiben, A., Hampel, S. & Hasseler, M. (2020). Aufstieg durch Bildung: offene Hochschulen - Teilvorhaben Ostfalia Hochschule (OHaW) „Bachelor Angewandte Pflegewissenschaften“. Zielgruppenanalyse im Rahmen der 2.Förderphase https://www.ostfalia.de/cms/de/g/.galleries/g_download_dokumente_forschungsprojekte/OF_BAPW_Bericht_ZGAll_2020.pdf, Stand vom 12.05.2023.
- Eiben, A., Mazzola, R. & Hasseler, M. (2018). Digitalisierung in der wissenschaftlichen Weiterbildung im Bereich Gesundheit und Pflege. Herausforderungen und Chancen unter besonderer Berücksichtigung des Blended Learning Formates. *Zeitschrift Hochschule und Weiterbildung*, (1), 31–37, doi: 10.25656/01:17841.
- Flake, R., Kochskämper, S., Risuus, P. & Seyda, S. (2018). Fachkräfteengpass in der Altenpflege: Status quo und Perspektiven. *IW-Trends - Vierteljahresschrift zur empirischen Wirtschaftsforschung*, (3), 21–39, doi: 10.2373/1864-810X.18-03-02.
- Görres, S. (2013). Orientierungsrahmen: Gesellschaftliche Veränderungen, Trends und Bedarfe. In M. D. Alscher (Hrsg.), *Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln. Grundsätze und Perspektiven - eine Denkschrift der Robert Bosch Stiftung* (S. 19–49). Stuttgart: Robert Bosch Stiftung.
- Kizilcec, R. F., Pérez-Sanagustín, M. & Maldonado, J. J. (2017). Self-regulated learning strategies predict learner behavior and goal attainment in Massive Open Online Courses. *Computers & Education*, 104, 18–33. <https://doi.org/10.1016/j.compedu.2016.10.001>
- Kludig, R. & Friemer, A. (2020). Blended Learning in der ambulanten Pflege: Partizipative Gestaltung unter Berücksichtigung der Diversität von Pflegekräften. In P. Bleses, B. Busse & A. Friemer (Hrsg.), *Digitalisierung der Arbeit in der Langzeitpflege als Veränderungsprojekt* (S. 117–133). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- Müssig, C. (2018). Digitalisierung des Lernens. *Arbeiten und Lernen wachsen zusammen. Pro-Care*, 23(9), 38–40, doi: 10.1007/s00735-018-0985-3.
- Müssig, C. (2020). Microlearning: Lernen im Minutentakt. *Heilbe-*

rufe, 72(3), 52–53, doi: 10.1007/s00058-020-1434-9.

Müssig, C. (2022). Lernziel: Kompetenzorientiert ausbilden. *Pflegezeitschrift*, 75(8), 45–48, doi: 10.1007/s41906-022-1310-0.

Oncampus (2022). Oncampuspedia https://oncampuspedia.eduloop.de/loop/Spezial:LOOP_Export/pdf, Stand vom 20. Oktober 2022.

Ortmann-Welp, E. (2019). *Digitale Kooperative Medien in Weiterbildungskursen des Pflegeberufs*. Wiesbaden: Springer Vieweg. in Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH.

Schaffrin, S., Weidlich-Wichmann, U., Keller, H., Meyer, A. & Immenroth, T. (2018). *Auswertung und Ergebnisse der Experteninterviews zur Ausgestaltung wissenschaftlicher Weiterbildungsangebote für Gesundheitsfachpersonal* <http://blogs.sonia.de/regiowb/files/2018/07/Download-Auswertung-der-Experteninterviews.pdf>, Stand vom 12.05.2023.

Schön, S. (2022). *MOOC-Gestaltung in der Erwachsenenbildung. Empfehlungen für die Gestaltung und Durchführung von Online-Kursen für Viele: MOOC creation in adult education. Recommendations for creating and implementing online courses for many people*. Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung. <https://doi.org/244885>

Schön, S., Edelsbrunner, S., Ebner, M., Aschemann, B., Bisovsky, G., Eglseer, D., Kreiml, T., Lanzinger, M., Reisenhofer, C. & Steiner, K. (2022). *Erwachsenenbildung und MOOCs: Erfahrungen, Herausforderungen und Empfehlungen*, 219–239. [https://doi.org/10.1007/978-3-658-37204-](https://doi.org/10.1007/978-3-658-37204-0_12)

0_12

Schön, S. (2022). *MOOC-Gestaltung in der Erwachsenenbildung. Empfehlungen für die Gestaltung und Durchführung von Online-Kursen für Viele. MOOC creation in adult education. Recommendations for creating and implementing online courses for many people*. Wien: Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung.

Schön, S., Edelsbrunner, S., Ebner, M., Aschemann, B., Bisovsky, G., Eglseer, D., Kreiml, T., Lanzinger, M., Reisenhofer, C. & Steiner, K. (2022). *Erwachsenenbildung und MOOCs. Erfahrungen, Herausforderungen und Empfehlungen*, 219–239, doi: 10.1007/978-3-658-37204-0_12.

Statistisches Bundesamt (2022). *Zahl der Beschäftigten im Pflegedienst in Kliniken binnen zehn Jahren um 18 % gestiegen* https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2022/05/PD22_N026_2313.html, Stand vom 12.05.2023.

Wissenschaftsrat (Hrsg.). (2022). *Empfehlungen zur Digitalisierung in Lehre und Studium*. <https://doi.org/10.57674/sg3e-wm53>

Wissenschaftsrat (2012). *Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen*. Köln: Geschäftsstelle des Wissenschaftsrates.

Wolter, A., Dahm, G., Kamm, C., Kerst, C. & Otto, A. (2015). *Nicht-traditionelle Studierende in Deutschland: Werdegänge und Studienmotivation. Ergebnisse eines empirischen Forschungsprojektes*. In U. Elsholz (Hrsg.), *Beruflich Qualifizierte im Studium: Analysen und Konzepte zum Drit-*

ten Bildungsweg (S. 11–33). Bielefeld: W. Bertelsmann Verlag.

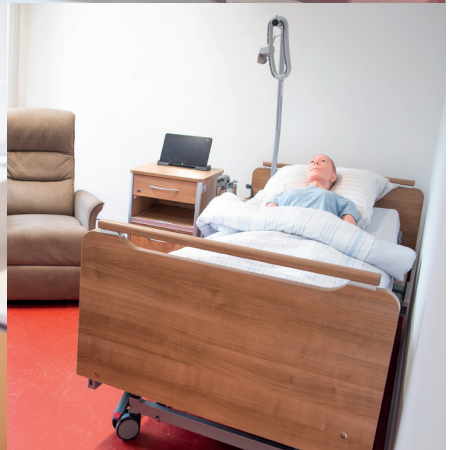
Zawacki-Richter, O. & Stöter, J. (2020). *Angebotsformen des Fernstudiums mit digitalen Medien in der wissenschaftlichen Weiterbildung*. In W. Jütte & M. Rohs (Hrsg.), *Handbuch Wissenschaftliche Weiterbildung* (S. 299–314). Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-17643-3_15

Zhu, M., Bonk, C. J. & Berri, S. (2022). *Fostering self-directed learning in MOOCs: Motivation, learning strategies, and instruction*. *Online Learning*, 26(1). <https://doi.org/10.24059/olj.v26i1.2629>

Zöllner, M. (2012). *Qualifizierungswege in den Gesundheitsberufen und aktuelle Herausforderungen*.



**VON DEN ERSTEN
ENTWURFSSKIZZEN
BIS ZUR FERTIGSTELLUNG ...**



Sie planen den Aufbau oder Ausbau eines SkillsLabs oder Trainingszentrums? Dann unterstützen wir Sie gerne bei der Planung und Einrichtung!

Als herstellerunabhängiger Partner, mit über 25-jähriger Erfahrung, beraten wir Sie genau so, dass die Ergebnisse zu Ihnen und Ihren Bedürfnissen passen.

Auf Wunsch betreuen wir das vollständige Projekt, von den ersten Entwurfsskizzen bis zur Fertigstellung. So können Sie sich auf ein perfektes Endergebnis verlassen.



Eingereicht: 29.08.2023
Genehmigt: 06.09.2023

doi: 10.61034/LLiG-11

Nicolas Roming **Pascal Roming**
M.A. Medizinpädagogik, B.Sc. Clinical Research
Freiberuflicher Dozent im Gesundheitswesen mit Schwerpunkt Simulationsmedizin, Notfallsanitäter



Erfolgreiche Nachbesprechung von Simulationstrainings in der Berufsausbildung von Gesundheitsfachberufen - Eine Zusammenstellung vorhandener Debriefingstrukturen für Dozierende

Abstract:

Die praxisbezogene Ausbildung von Gesundheitsfachberufen wird stetig weiterentwickelt. Eine mittlerweile weit verbreitete und sehr realistische Ausbildungsart ist die Simulation von medizinischen Notfallsituationen. Zu jeder Simulation gehört eine Nachbesprechung (Debriefing), die einer vorgegeben Struktur folgen sollte. Dieser Artikel hat das Ziel, unterschiedliche Debriefingmethoden bzw. Strukturen darzustellen und somit eine Auswahlmöglichkeit für die in der Ausbildung von Gesundheitsfachberufen tätigen Dozenten zu geben.

Abstract

The education of healthcare providers is in a constant progress and development. A common education training type is the simulation of emergency events. Each simulation will be followed by a debriefing, which should be performed in a structured way. The aim of this science article is, to represent different debriefing structures, which will allow medical instructors to choose one for their medical debriefing.

Einleitung

Die Ausbildung auf dem Gebiet der Gesundheitsfachberufe und insbesondere der Stellenwert der Notfallversorgung befinden sich seit Jahren im stetigen Wandel der Professionalisierung und Weiterentwicklung (Cheng et. al., 2012). In medizinischen Simulationstrainings wird es für die Teilnehmenden möglich, ihre Fähig- und Fertigkeiten der medizinischen Behandlung, der Teamzusammenarbeit (Crew Resource Management - CRM) sowie der Kommunikation zu verbessern (Simon, et. al., 2013). Für die strukturierte Nachbesprechung (engl. Debriefing) der jeweiligen simulierten Behandlung stehen eine Vielzahl an Techniken bzw. Modelle für den Dozenten bzw. Instruktor zur Verfügung (Kamal, et. al., 2022). Das große Angebot verschiedener Debriefingmethoden bzw. Techniken stellt die Instruktoren vor eine große Herausforderung im Hinblick auf die korrekte Auswahl, welche wiederum maßgeblichen Einfluss auf das gesamte Simulationstraining und dessen Effekte hat (Grande, et. al., 2022). Ein bei Simulationstrainings häufig beobachtetes Phänomen ist ein unstrukturiertes Debriefing mit einem meist sehr freien Besprechen der Simulation - ohne den

Im Text wird bewusst im Sinne der einfacheren Lesbarkeit durchweg die männliche Geschlechtsform verwendet. Sofern nicht anders angegeben, beziehen sich die personenbezogenen Angaben stets in gleichen Umfang auf alle Geschlechter.

notwendigen roten Faden durch die Dozenten/Instruktoren (Grande, Brackwoldt & Kolbe, 2022). In zahlreichen wissenschaftlichen Papers wird jedoch auf die Wichtigkeit des Debriefing in Bezug auf den hohen Einfluss des gesamten Simulationstraining verwiesen (Rater, 2013). Insbesondere sind eine gute Ausbildung und Schulung der Instruktoren, welche neben der Erstellung der Szenarien auch maßgeblich für die Leitung des Debriefings verantwortlich sind, ein wesentlicher Garant für ein erfolgreiches Simulationstraining (Löllgen et. al., 2020).

Simulationsmedizin - Sinnhaftigkeit und Nutzen

Der Zweck und Sinn von Simulation in der medizinischen Lehre wurden immer wieder diskutiert und wissenschaftlich untersucht; dabei wurde vor allem der im Verhältnis stehende hohe Kostenfaktor einer realistischen Simulation mit dem unklaren (prä-) klinischen Nutzen in Frage gestellt (St. Pierre & Breuer, 2018, S.62.). Es konnte jedoch letztlich belegt werden, dass mittels möglichst realistischer Simulation die Verhaltens- und Vorgehensweisen der Teilnehmer vor allem in Bezug auf nichttechnische Fähigkeiten einer Simulation provoziert und somit sichtbar gemacht werden können (St. Pierre & Breuer, 2018, S. 133f.). Die Wirksamkeit von Simulationstrainings wurde von mehreren Metaanalysen belegt (Cook et. al., 2011) und weißt insbesondere im Bereich des sogenannten „Human-Factors“ zu deutsch „Faktor Mensch“ eine deutliche Reduktion von Behandlungsfehlern nach, welche die Patientensicherheit nachweislich verbessern (Rall et al., 2002).

Debriefing

Historisch betrachtet stammt der Begriff des Debriefings aus dem

militärischen Bereich, in welchem Soldaten nach einer Mission eine Darstellung bzw. Beschreibung des Erlebten durchführten, um Ihre Strategie für weitere Einsätze zu überdenken und zu optimieren (Pearson & Smith, 1986). Eine weitere Konnotation des Debriefings ist eine aus dem Kampfsport (in Kampfarenen) stammende psychologische und therapeutische Unterstützung der Kämpfer. Ziel des Debriefings war es, psychische Schäden, welche im Rahmen diverser traumatischer Ereignisse in den Kämpfen auftraten, zu reduzieren und die Kämpfer schnellstmöglich wieder in den Kampf schicken zu können (Pearson & Smith, 1986). Der in der Simulationsmedizin verwendete Begriff des Debriefings meint die Nachbesprechung von medizinischen, organisatorischen sowie kommunikativen Inhalten im Anschluss an eine simulierte Versorgung eines Schauspielpatienten oder alternativ einer medizinischen Schauspielpuppe (Simulator) (Sawyer, et. al., 2016). Diese Nachbesprechung wird von sogenannten Instruktoren geleitet, welche das Ziel verfolgen, den Teilnehmenden Ihre Handlungen zu spiegeln, zu bewerten und gemeinsame Lösungsansätze zu finden (ebd.). Eine Abgrenzung zwischen einem normalen Feedback und einem Debriefing findet sich in der Definition, welche das Debriefing als interaktive, bidirektionale und reflektive Diskussion oder Konversation beschreibt im Gegensatz zu einem unidirektionalen Feedbackgespräch (Sawyer, et. al. 2016).

Debriefingstechniken

Debriefingstechniken sind entwickelte strukturelle Vorgaben, welche das Ziel haben, dem Instruktor einen roten Faden an die Hand zu geben, um eine Nachbesprechung zu leiten (Sawyer

et. al. 2016). Es gibt unterschiedliche Techniken sowie Strukturen; alle haben das gemeinsame Ziel, eine Nachbesprechung zu ordnen und dem Teilnehmer eine optimale Lernkurve zu erreichen (Löllgen et. al., 2020). Dies geschieht, indem die Inhalte fraktioniert nachbesprochen werden, damit die kognitive Belastung möglichst geringgehalten wird (ebd.).

Debriefinginhalt

Die Inhalte des Debriefings gliedern sich inhaltlich in zwei wesentliche Teile: zum einen soll der medizinische Aspekt der Simulation berücksichtigt, zum anderen aber auch auf die sogenannten „Human Factors“ eingegangen werden (Rall & Lackner, 2010, S. 350). Damit spielt das Crew-Resource-Management den zweiten wesentlichen Baustein eines medizinischen Debriefings (ebd.).

Notfallmedizinisch- technische Kompetenzen

Der vermutlich größte freiwillige Beweggrund von medizinischem Personal, sich für ein Simulationstraining zu interessieren und sich auch für die Teilnahme an einem solchen zu entscheiden, liegt an der Verbesserung der eigenen (notfall-)medizinischen technischen Kompetenz. Wie die Bundesärztekammer formuliert, umfasst das Fachgebiet der Notfallmedizin „die Erkennung und sachgerechte Behandlung drohender oder eingetretener medizinischer Notfälle, die Wiederherstellung und Aufrechterhaltung der vitalen Funktionen sowie die Herstellung und Aufrechterhaltung der Transportfähigkeit der Patienten“ (Bundesärztekammer, 2023). Im Kontext des Debriefings werden vereinzelte medizinische Inhalte nachbesprochen, die aus Instruktorensicht wichtig erscheinen (Schaumberg, et al., 2017).

Nichttechnische Kompetenzen: Crew Resource Management (CRM)

Der zweite inhaltliche Aspekt in einem Debriefing, nach einer Simulation, sollte dem Aspekt des Faktor Mensch gewidmet sein (Rall & Lackner, 2010, S. 350). „*Dezidiertes CRM-Training (Lernen von Entscheidungsfindung in komplexen Situationen und unter Unsicherheit, Transfer kritischer Informationen und effektive Kommunikation, Umgang mit Fixierungsfehlern, optimiertes Teamwork, etc.)*“ stellen dabei die wesentlichen Schwerpunkte dar (Rall & Lackner, 2019, S. 349 f.). Die Teilnehmer sollen die Erfahrung machen dürfen, dass jeder Fehler macht, die persönliche Erfahrung kein Garant für eine vermutete Fehlerfreiheit ist und auch Kollegen,

welche möglicherweise noch sehr unerfahren sind, ebenfalls wertvolle Teammitglieder sind und bei der Lösung von Problemen wertvollen Input geben können (ebd.). Hierfür eignen sich die 15 Leitsätze des Crew-Ressource Management (CRM) von Rall & Gaba, welche im Folgenden zusammengestellt wurden (Tabelle 1).

Der bereits mehrfach erwähnte Begriff des „Human Factors“ stellt einen harten Prädiktor bzgl. des Patientenoutcomes dar (Rall & Lackner, 2010, S. 351). Mögliche „*Defizite im Bereich Human Factors sind deshalb besonders tragisch, da sie meist vermeidbar sind und in sehr vielen Fällen das notwendige Wissen zur Vermeidung eines Zwischenfalls aktuell im Raum der Patienten-*

behandlung verfügbar gewesen“ wäre (ebd.). Umso wichtiger erscheint es damit, in den Debriefings neben dem rein fachlichen Medizin lastigen Bestandteilen einer Nachbesprechung, auch auf das CRM einzugehen und die dazu passenden Optimierungsmöglichkeiten zu besprechen.

Debriefingstrukturen

Im folgenden Abschnitt wird auf die verschiedenen Debriefingstrukturen in Bezug auf Ihren grundsätzlichen Aufbau, die Gliederung und wesentlichen Merkmale eingegangen. Es findet eine Unterteilung in Debriefingstrukturen statt, welche aus maximal drei Teilschritten oder mehr bestehen.

CRM-Leitsatz Nr.:	Ausformulierte Leitsätze:
1.	Kenne Deine Arbeitsumgebung.
2.	Antizipiere und plane voraus.
3.	Hilfe anfordern, lieber früher als spät.
4.	Übernimm die Führungsrolle oder sei ein gutes Teammitglied mit Beharrlichkeit.
5.	Verteile die Arbeitsbelastung.
6.	Mobilisiere alle verfügbaren Ressourcen (Personal und Technik).
7.	Kommuniziere sicher und effektiv - sag, was Dich bewegt.
8.	Beachte und verwende alle vorhandenen Informationen.
9.	Verhindere und erkenne Fixierungsfehler.
10.	Habe Zweifel und überprüfe („double check“, nie etwas annehmen).
11.	Verwende Merkhilfen und schlage nach.
12.	Reevaluiere die Situation immer wieder.
13.	Achte auf gute Teamarbeit - andere unterstützen und koordinieren.
14.	Lenke Deine Aufmerksamkeit bewusst.
15.	Setze Prioritäten dynamisch.

Tabelle 1: Die 15 CRM-Leitsätze nach Rall & Gaba (eigene Darstellung, adaptiert nach Rall et al. 2009)

Das dreiphasige Debriefing

Ein wesentlicher Punkt, welcher alle dreiphasigen Debriefings betrifft, ist der Aufbau in drei individuelle Phasen (Sawyer et al., 2016). In der ersten Phase wird zumeist auf die Teilnehmer eingegangen und versucht, diese „debriefbar“ zu machen. Somit sollen die Teilnehmer sprichwörtlich versuchen, den „Dampf abzulassen“, um in der zweiten Phase auf die Ursachen für das Verhalten in der Simulation sowie die Ereignisse einzugehen (ebd.). In der letzten Phase geht es zumeist dann um eine Zusammenfassung bzw. den Transfer des aus der Simulation Erlebten in die klinische Praxis der Teilnehmer zu bringen (ebd.). Tabelle 2 zeigt die ausgewählten dreischrittigen Debriefingstrukturen.

Im Folgenden wird nun auf die vier tabellarisch gelisteten Debriefingstrukturen genauer eingegangen.

Debriefing with good judgement

Das „*Debriefing with good judgement*“ wurde aufgrund der Tatsache entwickelt, dass viele Instruktoren es vermeiden, kritische Gedanken und Gefühle direkt an die Teilnehmer im Rahmen eines Debriefings zu äußern (Rudolph

et al., 2007, S. 362). Ursächlich für dieses Verhalten ist eine von den Instruktoren befürchtete zu konfrontative Haltung, welche aufgrund der geäußerten Kritik zu verletzten Gefühlen und einer defensiven Haltung bei den Teilnehmern führen könnte (ebd.). Aufgrund der in der Medizin über Jahre hinweg etablierten „*shame and blame*“ Kultur, welche zu Demütigung, gedämpfter Motivation und Abneigung gegenüber dem Äußern von Fragen geführt hat, wurde eine unvoreingenommen Vorgehensweise für das Debriefing entwickelt. Diese soll dafür sorgen, kritische Aussagen ohne negative Emotionen geäußert werden können und Abwehrhaltung möglich sind. Eine stattdessen Vertrauen bewahrende und psychologische Sicherheit soll erzeugt werden (ebd.).

Reaktionsphase

Die erste Phase konzentriert sich auf das Erzeugen eines psychologisch sicheren Umfelds, welches es ermöglicht, die Lernenden zu den wichtigsten Lernzielen zu lenken und eine kooperative Atmosphäre dabei zu schaffen (Rudolph et al., 2007, S. 369). Um diese Phase zu beginnen, soll der Instruktor mit mehreren Fra-

gen beginnen, welche in einem anthropologischen Ansatz gestellt werden sollen, um die Emotionen der Teilnehmer an die Oberfläche zu bringen (ebd.). Dies geschieht, um den kognitiven Rahmen bzw. das mentale Modell der Teilnehmer zu ergründen und ihre Motivation und daraus resultierenden Handlungen zu erfassen (ebd.).

Analysephase

In der zweiten Phase des Debriefings sollen die Instruktoren in einer ausschließlich erzählenden und nicht wertenden Art ihre Bedenken hinsichtlich zentraler Elemente im Szenario äußern. Im Gegensatz zu einer verurteilenden Aussage nach dem Motto „es gibt nur eine Wahrheit bzw. Möglichkeit“ werden alle Aussagen und Feststellungen gegenübergestellt und diskutiert (Rudolph et al., 2007, S. 375). Letztlich sollen durch den Instruktor die hervorstechenden festgestellten Fehler sowie Probleme mit den Lernzielen der Simulation in Verbindung gebracht und den Lernenden nähergebracht werden (ebd.). Als wesentlich zu beachtende Einstellung des Instruktors ist das Auftreten als Befürworter gegenüber den Teilnehmern zu nennen und das ständige Ergrün-

Debriefing with Good Judgement	3D Modell Debriefing	GAS Debriefing	Diamond Debriefing
Quelle: <i>Rudolph et al. (2007)</i>	Quelle: <i>Zigmont et al. (2011)</i>	Quelle: <i>Freytag et al. (2017)</i>	Quelle: <i>Jaye, Thomas & Reedy (2015)</i>
1. Reaktion	1. Entschärfung	1. Sammeln	1. Beschreiben
2. Analyse	2. Herausfinden	2. Analysieren	2. Analyse
3. Zusammenfassung	3. Vertiefen	3. Zusammenfassen	3. Anwendung

Tabelle 2: Übersicht der Debriefingstrukturen mit maximal drei Teilschritten (Bemerkung: eigene Darstellung; die einzelnen Teilschritte der Debriefingstrukturen wurden aus dem Englischen nach ihrer Bedeutung übersetzt und können vereinzelt in ihrer ursprünglichen Formulierung abweichen.)

den bzw. Nachforschen (ebd.).

Phase der Zusammenfassung

In der letzten Phase werden die zentralen Lernziele, Ereignisse und das individuelle Lernziel der einzelnen Teilnehmer definiert (Rudolph et al., 2007, S. 375). Zudem steht eine Fragerunde am Ende der Zusammenfassung an; das Debriefing ist damit beendet (ebd.).

3D Modell

Das 3D Modell des Debriefings dreht sich um die Begrifflichkeiten des „Defusing, Discovering and Deepening“, welche zu übersetzen sind mit den Begrifflichkeiten: Entschärfen, Entdecken und Vertiefen (Zigmot et al., 2011, S. 52).

Entschärfungsphase „Defusing“

In der ersten Phase soll es den Lernenden ermöglicht werden, ihren Emotionen freien Lauf zu lassen, zu rekapitulieren und verdeutlichen, was in dem eben erlebten Szenario passierte (Zigmont et al., 2011, S. 55). Der Instruktor soll den Teilnehmern dabei Reaktionen und Emotionen entlocken.

Phase des Herausfindens „Discovering“:

Das Ziel bzw. der Zweck der zweiten Phase besteht darin, die Leistung mittels Reflektion zu analysieren und zu bewerten (Zigmont et al., 2011, S. 55). Dabei ist es wesentlich mentale Modelle der Teilnehmer zu entdecken oder rationale Handlungen wie auch Verhaltensweisen zu ergründen (ebd.). Wichtig dabei ist es, mögliche Lücken zwischen existierenden und angezielten mentalen Modellen zu identifizieren (ebd.). Dies kann wie folgt kommuniziert werden: „Person A, ich habe bemerkt, wie du in Situation x dich verhalten hast. Ich war verwundert über diese Handlung, weil...; Kannst du mir er-

klären, warum du dich so verhalten hast?“ (Zigmont et al., 2011).

Vertiefungsphase „Deepening“

In der letzten Phase soll es final darum gehen, die in der Simulation erfahrenen Ereignisse mit der klinischen Tätigkeit eines jeden Teilnehmers zu vernetzen (Zigmont et al., 2011, S. 55). Dies kann mit folgenden Fragen umgesetzt werden: „Wenn du mit einer ähnlichen Situation wie in der Simulation in der Zukunft konfrontiert werden würdest, wie würdest du dich dann verhalten?“ „Wie kannst du die Informationen für deine praktische Tätigkeit nutzen, die wir gerade besprochen haben?“ (Zigmont et al., 2011)

GAS

Das „GAS Debriefing“ setzt sich aus den englischen Begrifflichkeiten „gathering, analysing and summarising“ zusammen, welche im Deutschen zu übersetzen sind mit „sammeln, analysieren und zusammenfassen“ (Freytag et al., 2017, S. 2). Diese Debriefingmethode wurde in Simulationskursen der American Heart Association (AHA) verwendet und ist eines der am häufigsten genutzten dreischrittigen Debriefings (ebd.). Themen, die im Debriefing zur Verwendung kommen, werden meistens durch die Teilnehmenden und zusätzlich durch die Instruktoren ausgewählt; dies macht diese Nachbesprechungsstruktur höchst flexibel (ebd.).

1. Phase: Sammeln „Gathering“

Während der ersten Phase bekommen die Teilnehmer die Möglichkeit, ihre Gedanken zu der simulierten Situation mitzuteilen und werden zudem ermutigt, ihre Sichtweise in Bezug auf das Erlebte und ihr mentales Modell zu schildern (Freytag et al., 2017, S. 2). Dieses Modell kann im Anschluss genutzt werden, um in der

Analysephase eine Diskussion anzustoßen. Eine häufig hierfür genutzt Frage ist: „Wie fühlt Ihr euch jetzt?“ (Freytag et al., 2017, S. 2).

2. Phase: Analysieren „Analysing“

In der Phase des Analysierens werden Fragen in Bezug auf die Lernziele gerichtet und die Teilnehmer sollen dazu bewegt werden, ihre Verhaltensweise zu reflektieren und zu analysieren. Empfohlene Fragen für den Instruktor in dieser Phase sind: „Was hat gut funktioniert?“, „Siehst du Möglichkeiten für eine Verbesserung?“ (Freytag et al., 2017, S. 2).

3. Phase: Zusammenfassen

„Summarising“

In der letzten Phase wird das Debriefing zusammengefasst und durch das Lernteam der Teilnehmer und den Instruktor kritisch letztmalig diskutiert. Eine Möglichkeit des Zusammenfassens ist mit der Frage: „Was haben wir aus dieser Sitzung gelernt“ möglich. (Freytag et al., 2017, S. 2).

Diamond Debriefing

Das Diamond - Debriefing gliedert sich nach einer dreiteiligen Debriefingstruktur, welche sich nach der Form und dem Aufbau eines Diamanten im Inneren wie auch Äußeren orientiert. Dies wird in Bezug auf das Gerüst des Debriefings, welches mit einer Reihe an speziell konstruierten Fragen für jede Phase startet und somit an die oberflächliche Außenseite eines Diamanten erinnern lässt, erkennbar (Jaye, Thomas and Reedy, 2015). Die zweite, tieferliegende Schicht, steht für die grundlegende Theorie der gestellten Fragen, sowie den Prozess des Debriefings und ist mit dem Kern des Diamanten Modell in Kontext zu setzen (ebd.) (Abbildung 1). Die einzelnen zur Anwendung kommenden Phasen wiederum werden unterteilt in eine

Beschreibungs-, Analyse- und Anwendungsphase, dabei soll auf die Aspekte des rücksichtsvollen Nachforschens (der Instruktor soll dem Teilnehmer positiv gegenüber eingestellt bleiben) sowie des Debriefing mit wertschätzender Beurteilung bzw. Bewertung Rücksicht genommen werden (ebd.). Dies versteht sich mit den einzelnen Verbindungen der kristallisierten Kohlenstoffatome des Diamanten und der Struktur. Somit sind diese wie auch die Phasen des Debriefings eines die wichtigsten Merkmale in Bezug auf die Stabilität des Diamanten bzw. des Debriefings.

Das Debriefing an sich erfolgt nach einem standardisierten Ablauf, welches es für unterschiedliche Instruktoren möglich macht, gemeinsam als Team zu debriefen; dabei ist eine mögliche unterschiedlich vorhandene Expertise als Debriefler kein Hindernis (Jaye, Thomas and Reedy, 2015). Der Junior Instruktor, welcher weniger Erfahrung hat, sollte dabei

die beschreibende erste Phase übernehmen, während der Senior Instruktor, mit mehr Erfahrung, im Anschluss die anspruchsvolleren Phasen der Analyse und Anwendung übernimmt (ebd.).

Phasen des Diamond Debriefings:

Beschreibende - Phase

Die erste beschreibende Phase soll der Eröffnung des Debriefings dienen und zu einer erwünschten Diskussion der Teilnehmer bzgl. des Szenarios verhelfen (Jaye, Thomas and Reedy, 2015). Dies soll schrittweise, Aktion für Aktion, ohne Einbindung der Emotion der Teilnehmer, somit rein objektiv und tatsachenorientiert, durchgeführt werden (ebd.). Die nicht im Szenario aktiven Teilnehmer, somit nur lediglich Beobachtenden, sollen direkt mit einbezogen werden, um es den anderen, bis kurz vor dem Debriefing noch aktiv gewesenen Simulationsteilnehmern, zu ermöglichen, sich zu erholen (ebd.). Mit Hilfe ihrer Kollegen können

Sie die Simulation reflektieren, bevor Sie selbst das im Szenario Vorgefallene beschreiben. Am Ende der beschreibenden Phase kann der Instruktor die offenen klinischen oder technischen Probleme verdeutlichen (ebd.).

Analyse - Phase

Die Analyse Phase soll stark mit dem emotionalen Einbinden der Teilnehmer im Kontext stehen und deren Gefühle ergründet werden (Jaye, Thomas and Reedy, 2015). Dies soll durch das Stellen verschiedener Fragen so lange durchgeführt werden, bis die Teilnehmer ihre tiefliegenden Gefühle wie auch Motivation offenbaren. Danach soll eine nicht technische Fertigkeit (Englisch: skill) exploriert werden und das gesamte Debriefing sich darum in der objektiven Diskussion bewegen. Hintergrund ist eine möglicherweise entstehende kognitive Überbelastung durch mehrere angesprochene Skills, die in Hinblick auf das optimale Lernen vermieden werden, soll. Zu betonen gilt, bei der Auswahl der zum Besprechen ausgewählten Skills, dass diese die Lernenden und nicht die Instruktoren beeinflussen (ebd.). Hintergrund ist auch hier der bestmögliche Lernzuwachs.

Anwendungs - Phase

Die letzte Phase soll den Teilnehmern die Möglichkeit geben, wie sie das neu erworbene Wissen in Ihre eigene klinische Praxis integrieren können. Dies kann einer der anspruchsvollsten Aufgaben für die Teilnehmer darstellen, da hier ein Transfer aus dem in der Simulation Erlebten und im Debriefing Besprochenen notwendig wird (Jaye, Thomas and Reedy, 2015).

Das mehrphasige (> 4 Schritte) Debriefing

Nachdem nun auf die Debrief-



Abbildung 1: Die Diamond Debriefing Form (eigene Darstellung)

ingstrukturen mit weniger als vier Schritten eingegangen und diese näher betrachtet wurden, werden nun die mehrschrittigen Debriefings beschrieben. In der folgenden Tabelle wurden die vier gängigsten Debriefingstrukturen aufgelistet (Tabelle 3).

Im nächsten Unterkapitel wird nun auf die einzelnen mehrschrittigen Debriefingstruktureneingegangen.

PEARLS

Das PEARLS Debriefing ist eine

amerikanische Nachbesprechungsstruktur, welche ausgeschrieben für „*Promoting Excellence and Reflective Learning in Simulation*“ steht, was ins Deutsche übersetzt so viel wie „*exzellente Unterstützung und reflektierendes Lernen in der Simulation*“ bedeutet (Eppich & Cheng, 2015). Die wesentlichen Bestandteile des Debriefings bestehen aus einer Selbsteinschätzung der Lernenden, erleichterte fokussierte Diskussion & unterstützte Information in Form von gerichtetem Feed-

back bzw. Unterricht (ebd.). Weitere Inhalte sind die klinische Entscheidungsfindung, Verbesserung technischer Fähigkeiten, Teamwork-Training und interprofessionelle Zusammenarbeit (ebd.).

1. Phase: Rahmen schaffen „Setting the scene“

In der ersten Phase soll eine Übersicht über den Ablauf des Debriefings gegeben werden. Die einzelnen Schritte werden dabei erläutert und die Teilnehmer informiert, was konkret Gegenstand

PEARLS Debriefing	TeamGAINS Debriefing	Healthcare Simulation AAR Debriefing	InPASS/InFact Debriefing
Quelle: <i>Eppich & Cheng (2015)</i>	Quelle: <i>Kolbe et al. (2013)</i>	Quelle: <i>Sawyer & Deering (2013)</i>	Quelle: <i>Rall (2010)</i>
1. Reaktion	1. Reaktion	1. Definieren von Regeln	1.Reintegration & Auffangen der Hot-Seats
2. Beschreibung	2. Diskussion der klinischen Komponenten	2. Erklären der Lernziele	2. Beschreiben des Szenarios/ der Aufgabe
3. Analyse	3. Transfer der Simulation in die Realität	3. Leistungsmaßstab	3. Analyse (Warum ³)
4. Zusammenfassung	4. Diskussion der Verhaltensfähigkeiten (Verhaltens Skills)	4. Kritik/ Betrachtung der erwarteten Handlungen	Umsetzung/ Änderungen/ Transfer
	5. Zusammenfassung	5. Identifikation der Ereignisse	(wann, was, wie?)
	6. Supervidierte Übung der klinischen Skills (bei Bedarf)	6. Untersuchung der Ereignisse „Was geschah warum“?	4. Ungeklärte Fragen (alle TN)
		7. Formalisierung der Lernprozesse	5. Take Home Message/ Was nehmt ihr mit?

Tabelle 3: Übersicht der Debriefingstrukturen mit mehr als vier Teilschritten (Bemerkung: eigene Darstellung; die einzelnen Teilschritte der Debriefingstrukturen wurden aus dem Englischen nach ihrer Bedeutung übersetzt und können vereinzelt in ihrer ursprünglichen Formulierung abweichen.)

der Nachbesprechung sein wird (Eppich & Cheng, 2015, S. 109).

2. Phase: Reaktionen auffangen *“Reaction“*

In der Phase zwei sollen die Emotionen der Teilnehmer ergründet werden und diese damit debriefbar gemacht werden; häufig hierfür genutzte Fragen sind: *„Wie fühlt Ihr euch jetzt; gibt es andere Reaktionen?“* (Eppich & Cheng, 2015, S. 109)

3. Phase: Beschreibung *„Description“*

In der dritten Phase werden die Teilnehmer gebeten, den Fall rein faktisch zu beschreiben und die aus Ihrer Sicht vorhandenen Hauptprobleme zu benennen (Eppich & Cheng, 2015, S. 109). Häufig hierfür genutzte Fragen sind: *„Kann jemand den Fall aus medizinischer Sicht zusammenfassen, sodass wir alle auf dem gleichen Stand sind? Oder von deiner Perspektive, was war das Hauptproblem, mit dem du zu kämpfen hattest?“* (Eppich & Cheng, 2015, S. 109)

4. Phase: Analyse *„Analysis“*

In der nächsten Phase soll nun der Übergang hin zu der Analyse und eine damit verbundene Diskussion der Probleme aus dem Szenario initiiert werden (Eppich & Cheng, 2015, S. 109). Häufig hierfür genutzte Fragen sind: *„Welchen Aspekt des Falls hast du gut gelöst und warum; welchen Aspekt des Falls würdest du ändern wollen und warum?“* (Eppich & Cheng, 2015, S. 109). Dabei sollen die Aspekte der Selbsteinschätzung der Lernenden, gerichtetes Feedback und Unterrichten sowie eine fokussierte Moderation durch den Instruktor vorgenommen werden (ebd.).

5. Phase: Zusammenfassen/Anwenden *„Application/Summary“*:

In der letzten Phase soll das Debriefing zusammengefasst und mögliche noch offene Probleme final besprochen werden. Häufig hierfür genutzte Fragen sind: *“Ich möchte gerne das Debriefing beenden, indem jeder von euch ein oder zwei Dinge formuliert, die euch in der Zukunft helfen werden, die wir hier gemeinsam erarbeitet haben.“* (Eppich & Cheng, 2015, S. 109).

TeamGAINS

Das TeamGAINS ist ein aus der Schweiz kommendes Debriefing, welches für die Anästhesie entwickelt wurde (Kolbe et al, 2015). Es steht für **„Guided team self-correction, Advoacy-Inquiry [and] Systemic-constructivist“** und kann mit gelenkter Teameigenenreflektion, fürsprechender Nachfrage und systemischem Konstruktivismus ins Deutsche übersetzt werden (Kolbe, et al, 2015, S. 541). Bei einem systemischen Konstruktivismus im Sinne der pädagogischen Betrachtung steht nicht *„die Vermittlung von Fachwissen (...) im Vordergrund, sondern die Fähigkeit, Wissensnetze aufzubauen“* (Zürcher Hochschule der Künste, 2023).

Phasen des TeamGAINS Debriefings:

1. Phase: Reaktion

Hierbei werden narrative Fragen gestellt und die Reaktion der Teilnehmer auf das in der Simulation Erlebte, soll ermittelt werden (Kolbe, et al, 2015, S. 545) Häufig hierfür genutzte Fragen sind: *“Wie hast du dich gefühlt, wie war es für dich?“* (ebd.).

2. Phase: Diskussion der klinischen Komponenten

In der darauffolgenden Phase zwei sollten die narrativen Fragen mit befürwortender Nachfrage, also einer Nachfrage mit po-

sitiver Einstellung der Teilnehmer gegenüber stattfinden. (Kolbe, et al, 2015, S. 545) Dabei sollen klinische Aspekte besprochen, klinische Fragestellungen sowie Prozeduren wesentlicher Bestandteil sein (ebd.). Häufig hierfür genutzte Fragen sind: *„Wenn ein sehr erfahrener Anästhesist in diesem Moment anwesend gewesen wäre, was hätte er dem weniger erfahrenen Behandler geraten?“* (ebd.).

3. Phase: Transfer der Simulation in die Realität

In Phase drei sollen die aus Phase zwei erfassten klinischen Aspekte von der Simulation in die Realität gesetzt werden (Kolbe, et al, 2015, S. 545). Häufig hierfür genutzte Fragen sind: *„Welche dieser Aspekte sind euch bekannt von eurer echten Arbeit und habt ihr ähnliche Situation wie in der Simulation schon erlebt?“*

4. Phase: Diskussion der Verhaltensfähigkeiten (Verhaltens Skills)

In Phase vier sollen die Verhaltensweisen der Teilnehmer der Simulation diskutiert und der Bezug zum klinischen Outcome gesetzt werden (Kolbe, et al, 2015, S. 545). Häufig hierfür genutzte Fragen sind: *„Nachdem wir die potentiellen Komplikationen erarbeitet haben, möchte ich auf die sich daraus ergebenden Erkenntnisse eingehen, was hilft uns in der Zukunft bei diesen Komplikationen?“*(ebd.)

5. Phase: Zusammenfassung

Diese Phase kann als letzte Phase der Nachbesprechung angesehen werden, welche das Hauptziel hat, die Erfahrung in Bezug auf das Gelernte der Simulation zusammenzufassen und letzte Fragen zu klären (Kolbe, et al, 2015, S. 545). Häufig hierfür genutzte Fragen sind: *„Welche der CRM-Prinzipien haltet ihr für am wichtigsten nach dieser Simulation?“*(ebd.).

6. Phase: Supervidierte Übung der klinischen Skills (bei Bedarf)

In der letzten Phase gibt es die Möglichkeit, nach der Beendigung des Debriefings vereinzelt medizinische Maßnahmen zu üben (Kolbe, et al, 2015, S. 545). Diese Phase ist als optional anzusehen und nur bei Bedarf bzw. Wunsch der Teilnehmer zu ergänzen (ebd.)

Healthcare Simulation AAR

Das Debriefing der "Healthcare Simulation AAR" wurde von der US Army in den Gesundheitsbereich adaptiert und steht für „**A**fter-Action **R**eview for Simulation" (Sawyer & Deering, 2013, S. 388). Es basiert auf vier grundlegenden Voraussetzungen, welche die Simulation incl. Debriefing zum Erfolg führen sollen (ebd.). Diese sind die Planung, Vorbereitung, Durchführung des Debriefings und Folgemaßnahmen (Weiterführung bzw. Wiederholung) (Sawyer & Deering, 2013, S. 390).

Phasen des Healthcare Simulation AAR Debriefing:

1. Phase: Definieren von Regeln

Die erste Phase dient dem Festlegen von Regeln, die durch den Instruktor kommuniziert werden (Sawyer & Deering, 2013, S. 391). Es wird dabei auf eine ehrliche und professionelle Diskussion in Bezug auf die Simulation verwiesen, welche aktiv gewünscht und die Bewertung der Performance (ohne Kritik) als Ziel festgelegt wird (ebd.). Als wesentlich soll zudem eine gute Fehlerkultur mit der Einstellung, jeder darf und soll Fehler machen, etabliert und vermittelt werden und dass das Debriefing nicht das Ziel, hat über Erfolg oder Versagen zu richten (ebd.).

2. Phase: Erklären der Lernziele

Das Ziel dieser Phase ist das sim-

ple Nennen der Lernziele, um die Teilnehmer mental abzuholen; häufig hierfür genutzte Aussagen sind: „*Die Lernziele dieser Simulation waren in Bezug auf eine Verbesserung eurer XY gesetzt sowie die Diagnose XY zu stellen*“ (Sawyer & Deering, 2013, S. 396).

3. Phase: Setzen des Leistungsmaßstabs

In dieser Phase wird der erwartete Leistungsmaßstab an die Simulationsteilnehmer mitgeteilt, es wird somit für jeden Teilnehmer klar, wo der Fokus der Simulation lag und nun im Debriefing aufgearbeitet wird (Sawyer & Deering, 2013, S. 391). Mögliche Aussagen des Instructors sind: „*Es gibt spezifische Maßstäbe der Leistung, die wir in dieser Simulation sehen wollen, diese sind a, b, c.*“ (ebd.).

4. Phase: Kritik/ Betrachtung der erwarteten Handlungen

In dieser Phase wird durch den Instruktor an die Teilnehmer mitgeteilt, was die erwartete Handlung aufgrund der Situation XY in der Simulation war (Sawyer & Deering, 2013, S. 391). Häufig hierfür genutzte Aussagen sind: „*Was wir vorgesehen hatten war, dass Team X in das Szenario geht und XY vorfindet und mit folgender Reaktion damit umgeht um Maßnahme XY umsetzt.*“ (ebd.).

5. Phase: Identifikation der Ereignisse

In dieser Phase soll es um die Aufforderung der Teilnehmer gehen, welche die Ereignisse rekapitulieren und nennen sollen (Sawyer & Deering, 2013). Häufig hierfür genutzte Aussagen sind: „*Führe mich bitte schrittweise durch die in der Simulation erlebten Ereignis durch*“ (Sawyer & Deering, 2013, S. 391).

6. Phase: Untersuchung der Er-

eignisse „*Was geschah warum?*“

Phase sechs hat das Ziel die Ereignisse der Simulation zu ergründen und die Teilnehmer aktiv aufzufordern, ihre Gedanken zu kommunizieren, die sie während der simulierten Behandlung sowie dem Vorgehen hatten (Sawyer & Deering, 2013). Häufig hierfür genutzte Aussagen sind: „*Meiner Ansicht nach war die Maßnahme nicht effektiv genug, als sie hätten sein können. Ich bin neugierig, was Ihr für Überlegungen dazu habt?*“ (ebd.)

7. Phase: Formalisierung der Lernprozesse

In der letzten Phase des Debriefings, sollen die Teilnehmer, die aus der Situation gelernten Simulation benennen (Sawyer & Deering, 2013, S. 391). Mögliche Aufforderung durch den Instruktor können sein: „*Lasst uns an dieser Stelle zusammenfassen, was lief gut und was lief nicht so gut und was würden wir nächstes mal anders machen?*“ (ebd.). Nach dem durchgeführten Debriefing mittels des Healthcare Simulation AAR wird eine Wiederholung der gleichen Simulation und ein erneutes Debriefing empfohlen (Sawyer & Deering, 2013, S. 393). Dies begründet sich in einem Lernerfolg, welcher nur durch die Wiederholung komplett zur Gänze kommen kann. Dieser Sachverhalt stammt aus jahrzehntelanger Erfahrung und stellt eine Besonderheit dar, die nur dieses Debriefing ausmacht (ebd.).

InFact/InPASS

Das letzte zu betrachtende Debriefing stammt von der Firma InPass und stellt aus Autorensicht, das im deutschen Sprachraum wohl mit am häufigsten genutzte Nachbesprechungstool dar, welches im Namen für „*Instructor and Facilitation Training*“ steht

(InPASS, 2023). Es besteht aus insgesamt fünf Schritten, welche mit der Reintegration & Auffangen der „Hot-Seats“ beginnt und damit die bis eben noch aktiv gewesenen Teilnehmer eines Simulationstrainings debriefbar machen und Emotionen abgefangen werden sollen (ebd.) (Tabelle 4). In Punkt zwei, Beschreiben des Szenarios/der Aufgabe, soll abgeklärt werden, dass alle Teilnehmer von der gleichen Situation ausgehen, und dass im Weiteren das gleiche mentale Modell, somit die gleiche Ausgangslage für alle besteht (ebd.). Beide Punkte sind wichtig, damit in der Analysephase nicht passiert, dass einerseits starke Emotionen eine Analyse verhindern oder andererseits unterschiedliche Wahrnehmungen des Szenarios eine tiefgehende Analyse unmöglich machen (St. Pierre et al., 2018, S. 194).

In der Analysephase wird sodann mit der +3B Technik der „Beob-

achtung, Bewertung und Befragung“ genutzt, um die „Balance zwischen den Vorstellungen des Debriefers und denen des Teilnehmers transparent zu machen und das Debriefing dahingehend anzupassen“ (St. Pierre et al., 2018, S. 195). Zuletzt werden in Phase vier mögliche Fragen geklärt und in Punkt 5 des Debriefings nach der „Take Home Message“ die Teilnehmer befragt; damit endet dieses Debriefing (ebd.).

Zusammenfassung

Nachdem hiermit eine Auswahl an verschiedenen Debriefingstrukturen vorgestellt wurde, ist es aus Autorensicht wichtig, sich für eine Struktur zu entscheiden und daran zu orientieren. Es liegt in der Hand der Instruktoren, die Nachbesprechung strukturiert und zielorientiert zu gestalten, um einen bestmöglichen Lernerfolg für die Teilnehmenden zu gewähren. Immer mit der Maxime, die Patientensicherheit durch jedes Trai-

ning mit optimalem Debriefing einen Schritt besser zu machen.

Literaturverzeichnis

Abuledba, K., Auerbach, M., Li-maiem, F. (2022) Debriefing Techniques Utilized in Medical Simulation. PMID: 31536266

Cheng, A., Eppich, W., Grant, V., Sherbino, J., Zendejas, B., Cook, D., (2014) Debriefing for technology-enhanced simulation: a systematic review and meta-analysis, <https://doi.org/10.1111/medu.12432>

Cheng, A., Rodgers, D.L., Van der Jagt, E., Eppich, W., MD, O'Donnell, J., (2012) Evolution of the Pediatric Advanced Life Support course: Enhanced learning with a new debriefing tool and Web-based module for Pediatric Advanced Life Support instructors*, *Pediatr Crit Care Med* 2012 Vol. 13, No. 5, DOI: 10.1097/PCC.0b013e3182417709

Phase des Debriefings:	Inhalt des Debriefings:	Kommentar und Hinweise:
1.	Reintegration & Auffangen der „Hot-Seats“	<i>Übergangsphase zum „Dampf ablassen“ der Teilnehmer</i>
2.	Beschreiben des Szenarios/der Aufgabe	<i>Rekonstruktion der Ereignisse der Simulation</i>
3.	Analyse (Warum ³) → mit ausgewählten Videosequenzen	<i>Nutzung der +3B-Technik Beobachtung, Bewertung, Befragung (Wann, was, wie?)</i>
4.	Ungeklärte Fragen	<i>Das Gelernte Anwenden machen</i>
5.	Take Home Message/ Was nehmt ihr mit?	

Tabelle 4: Struktureller Aufbau und Inhalt des InFacT/Inpass Debriefing (eigene Darstellung; adaptiert nach Dieckmann (St. Pierre et al., 2018, S. 194))

- Cook DA et al (2011) technology-enhanced simulation for health professions education: a systemic review and meta-analysis. *JAMA* 206(9):978-988
- Deutsche Gesellschaft für Simulationsmedizin - DGS-IM (2022). <https://dgsim.de/services/simulationszentren/>
- Dieckmann, P., Molin Friis, S., Lippert, A., Ostergaard, D. (2009) The art and science of debriefing in simulation: Ideal and practice, *MEDICAL TEACHER*: 31: e287–e294
- Eppich, W., Cheng, A., (2015) Promoting Excellence And Reflective Learning in Simulation (PEARLS): development and rationale for a blended approach to healthcare simulation debriefing. *Simul Healthc* 2015;10(2):106Y115.
- Fanning, R., Gaba, D. (2007) The Role of Debriefing in Simulated-Based Learning. *Society for Simulation in Healthcare*. DOI: 10.1097/SIH.0b013e3180315539
- Freytag, J., Stroben, F., Hautz, W., Eisenmann, D., Kämmer J. (2017) Improving patient safety through better teamwork: how effective are different methods of simulation debriefing? Protocol for a pragmatic, prospective and randomized study, *BMJ*: DOI:10.1136/bmjopen-2017-015977
- Grande, B., Breckwoldt, J., Kolbe, M. (2022) „Die Puppe hat Luftnot“ - Simulation zum interprofessionellen Lernen im Team: aber sinnvoll!“ *Notfall Rettungsmedizin*, 25(5): 307-313. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10049-021-00933-6>
- InPASS (2023) Instruktor*innenkurse- InFacT – Instructor and Facilitation Training von In- PASS. <https://inpass.de/de/instruktor-innenkurse-infact/>
- Issenberg, SB., McGaghie, WC., Petrusa, ER., Lee Gordon, D., Scalese, RJ. (2005) Features and uses of high-fidelity medical simulations that lead to effective learning: a BEME systematic review. *Med Teach*; 27(1):10Y28.
- Jaye, P., Thomas, L., Reedy, G. (2015) “The Diamond”: a structure for simulation debrief. *Clin Teach*. DOI:10.1111/tct.12300
- Kolbe, M., Weiss, M., Grote, G. (2013). TeamGAINS: a tool for structured debriefings for simulation-based team trainings. *BMJ Qual Saf*; 22(7):541Y553.
- Kolbe, M., Weiss, M., Grote, G., Knauth, A., Dambach, M., Spahn, D., Grande, B. (2015) TeamGAINS: a tool for structured debriefings for simulated-based team trainings. *BMJ*, DOI: 10.1136/bmjqs-2012-000917
- Löllgen, R., Miledler, L., Bibl, K., Dörfler, C., Paulun, A., Rupp, J., Sandmeyer, B., Staffler, A., Wagner, M., Heimberg, E. (2020). Empfehlungen des Netzwerkes Kindersimulation e.V. für die Durchführung simulationsbasierter pädiatrischer Teamtrainings. ISBN: 978-3-00-067451-8
- Mitchell J:T, Everly G.S., (1993). Critical incident stress debriefing: An operations manual for the prevention of traumatic stress among emergency services and disaster workers. Elliott City, MD: Chevron Publishing
- Dieckmann, P. (2009) Simulation settings for learning in acute medical care. Using simulations for education, training and research.
- Pearson, M., Smith, D. (1986). Debriefing in experience-based learning. *Simulation/Games for Learning*; 16:155-172
- Phrampus, P., O'Donnell, J., (2013). Debriefing using a structured and supported approach. In: Levine A, DeMaria S, Schwartz A, Sim A, eds. *The Comprehensive Textbook of Healthcare Simulation*. 1st ed. New York, Springer; 73Y85.
- Rall, M. (2010) Notfallsimulation für die Praxis. *Notfallmedizin* up2date5(4):277-298 Rheinberg, F. & Vollmeyer, R. (2018). Motivation. 9. erw. und überarb. Aufl., Stuttgart: Kohlhammer.
- Rall, M. & Lackner, C.K. (2010) Crisis Resource Management (CRM) Der Faktor Mensch in der Akutmedizin, *Notfall Rettungsmed* 2010, DOI: 10.1007/s10049-009-1271-5
- Rall, M., Gaba, DM. (2009) Human performance and patient safety. In: Miller RD (Hrsg.) *Miller's Anesthesia*. Elsevier Churchill Livingstone, Philadelphia
- Rall, M., Schaedle, B., Zieger, J., Naef, W., Weinlich, M. (2002) Neue Trainingsformen und Erhöhung der Patientensicherheit - Sicherheitskultur und integrierte Konzepte. *Unfallchirurg* 2002 105:1033–1042, DOI: 10.1007/s00113-002-0523-3
- Rudolph, J., Simon, R., Dufresne, R., Raemer, D. (2006) There's no such thing as “nonjudgmental” debriefing: a theory and method for debriefing with good judgment. *Simul Healthc*;1(1):49Y55.
- Rudolph, J., Simon, R., Rivard, P., Dufresne, R., Raemer, D. (2007) Debriefing with Good Judgment: Combining Rigorous Feedback with Genuine In-

quiry. Elsevier. DOI:10.1016/j.an-clin.2007.03.007

Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2000). Intrinsic and extrinsic motivations: Classic definitions and new directions. *Contemporary Educational Psychology*, 25(1), 54-67.

Sawyer, T., Deering, S. (2013) Adaptation of the U.S. Army's after-action review (AAR) to simulation debriefing in healthcare. *Simul Healthc*. DOI:10.1097/SIH.0b013e31829ac85c

Sawyer, T., Eppich, W., Brett-Fleegler M., Grant, V., Cheng, A., (2016) More Than One Way to Debrief, A Critical Review of Healthcare Simulation Debriefing Methods, DOI: 10.1097/SIH.000000000000148

St. Pierre, M., Breuer, G., Ahlers, O., Baatz, C., Beckers, S., Braun, M., Dieckmann, P., Eich, C., Eppich, W., Fichtner, A., Friedrich, T., Gauper, F., Gisin, S., Grande, B., Griewatz, J., Gröne, J., Görsch, C., Heckel, H., Hofinger, G., Hützel, S., Hoitz, J., Issleib, M., Jaki, C., Jordi-Ritz, E., Jurić, M., Kagermann, F., Kirsten, A., Kolbe, M., Käser, M., Lammerding-Köppel, M., Lagner, M., Lazzarovici, M., Lehmann, K., Mann, C., Manser, T., Marty, A., Müller, M., Ned, A., Nickel, A., Perry, J., Rall, M., Russo, S., Röhrborn, K., Sandmeyer, B., Scherer, A., Schick, C., Schmidt, G., Schmutz, J., Schnabel, K., Schneiderei, L., Scholz, C., Schröder, T., Schwerdtfeger, K., Seelandt, J., Sigmund, P., Simon, M., Sopka, S., Stein, D., Stricker E., Szypula, O., Thiessen, N., Timmermann, A., Urban, B. & Vöelker, W. (2018) *Simulation in der Medizin – Grundlegende Konzepte - Klinische Anwendung*, Springer

Zigmont, J., Kappus, L., Sudikoff, S. (2011) *The 3D mo-*

del of Debriefing: Defusing, Discovering, and Deepening. ELSEVIER, DOI:10.1053/j.semperi.2011.01.003

Eingereicht: 28.08.2023
Genehmigt: 07.09.2023

doi: 10.61034/LLiG-12

Tobias Fehmer
(M.Sc.)
Doktorand
LfBA's der EAH Jena
Fachbereich Gesundheit
Studiengang
Rettungswesen &
Notfallversorgung



Josefine Weinberger
(M.A.)
Doktorandin
LfBA's der EAH Jena
Fachbereich Gesundheit
Studiengang
Rettungswesen &
Notfallversorgung



Applied Science: Forschen Lernen Lehren im Rahmen Rettungswissenschaftliches Forschungsprojekt – Eine berufswissenschaftliche Beobachtungsstudie im Rettungsdienst –

Einleitung

Die staatliche Ernst-Abbe-Hochschule Jena hat sich in den letzten Jahren dezidiert auf praxisnahe Studiengänge und anwendungsbezogene Forschung, federführend im Gesundheitswesen, fokussiert. Am Fachbereich Gesundheit & Pflege gibt es neben vier weiteren Studiengängen (Ergotherapie, Hebammenwissenschaft/Midwifery, Pflege, Physiotherapie) seit dem Wintersemester 2017/18 ebenfalls den deutschlandweit einzigen primärqualifizierenden und akkreditierten Bachelorstudiengang Rettungswesen/ Notfallversorgung. Der anwendungsorientierten Forschungsrichtung folgend, wird auch in der Konzeption des noch immer jungen Studiengangs der berufswissenschaftlichen Forschung Rechnung getragen – und als elementarer Bestandteil der Lehre verstanden.

In diesem Ansinnen wurde das eigens konzipierte Modul Rettungswissenschaft vor drei Jahren in den Studienverlauf aufgenommen. Gegenstand des Moduls ist die rettungswissenschaftliche, anwendungsorientierte Forschungspraxis und die Anbahnung innovativer hochschuldidaktischer Konzepte. Das Modul ist mit einem Workload von 300 Stunden hinterlegt, schlägt mit 10 ECTS zu Buche und ist im 8. Semester verortet. Initial wurden für die Lehrveranstaltungen Präsenzmeetings und Studienkonferenzen im Stundenplan festgelegt.

Es verbindet die im Verlauf des Studiums erworbenen fachlich-wissenschaftlichen (Er-)Kenntnisse mit der ersten notfallspezifischen Berufserfahrung der Studierenden aus unterschiedlichen Rettungsdienstbereichen. Dies ist umso wichtiger, damit nach Möglichkeit konkrete Problemstellungen aus der beruflichen Praxis im direkten Transfer in die Lehre importiert werden und dadurch zum Forschungsgegenstand des Moduls avancieren können.

Die Studierendenkohorte 2023 bestand aus 16 Studierenden des Matrikel 2019, welche bereits die berufszulassende Prüfung zum/ zur Notfallsanitäter*in bestanden hatten. Bei der studentischen Forschungsgruppe handelt es sich um Studierende, die sich bereits über die Semester hinweg gut kennenlernen konnten. Dementsprechend waren kooperative Lernprozesse und -absprachen, im Rahmen des rettungswissenschaftlichen Praxisprojektes kein Neuland.

Hintergrund

Mit der Etablierung des neuen Berufsbildes Notfallsanitäter*in im Jahr 2014 sollte eine Kompetenzerweiterung u.a. in Form der eigenverantwortlichen und eigenständigen Durchführung von Therapiemaßnahmen auch ohne notärztliche Einsatzbindung erfolgen. Vor allem medikamentöse Therapiemaßnahmen, als auch

invasive Maßnahmen, werden seitdem von den an der Versorgungsstruktur Beteiligten kontrovers diskutiert (Koch & Wuttke, 2022). Auch kleinerer Erhebungen und Beobachtungen durch Studierende des Studiengangs lassen die Vermutung zu, dass der rettungsdienstliche Alltag nur zu geringen Teilen aus akutherapeutischen Interventionen und invasiven Tätigkeiten besteht. Notfallsanitäter*innen sollen entsprechend dem allgemein anerkannten Stand lebenswissenschaftlicher, medizinischer und weiterer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse, eigenverantwortlich die notfallmedizinische Versorgung sowie den Transport von Patient*innen sicherstellen (NotSanG, 2013).

Nicht geklärt wurde dabei der damit verbundene erforderliche Kompetenzrahmen für die bedarfsgerechte Versorgung von Patient*innen ohne notärztliche Indikationen zur Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgung (Sefrin, 2023).

Bis heute gibt es keine berufsspezifische Didaktik und eindeutige Kompetenzzuschreibung für Notfallsanitäter*innen die durch eine wissenschaftlich-systematische und empirische erhobene Berufsprofilanalyse der Berufspraxis untersucht wurden (Fries & Koch, 2022).

Wissenschaftlich fundierte Datenerhebungen und -analysen über die tatsächlich durchgeführten Maßnahmen bzw. eine Berufsfeldanalyse für den Rettungsdienst und das Berufsbild Notfallsanitäter gab und gibt es zum aktuellen Zeitpunkt nicht. Um diesen Forschungsstand zu verbessern und eine zukunftsfähige Berufsprofilanschärfung und -zuschneidung vorzunehmen, kann im Rahmen der Berufsfeldforschung eine Be-

rufsfeldanalyse von Notfallsanitäter*innen die wissenschaftlich fundierte Voraussetzung schaffen. So kann das Handeln überdacht werden und der Gewinn durch eine Verzahnung von hochschulisch begleiteter Praxis herausgestellt werden.

Dies entspricht auch der mittlerweile über 10 Jahre alten Empfehlung des Wissenschaftsrat zur Etablierung von 10-20% hochschulisch qualifiziertem Fachpersonals im Gesundheitswesen, welche bis heute nur in Ansätzen umgesetzt bleibt. So attestiert die von 2019-2022 durchgeführte „HQGplus-Studie“, dass für die Entwicklung und den Ausbau genuiner Forschungsaktivitäten und entsprechende Studiengänge kein ausreichendes wissenschaftlich qualifiziertes Personal vorhanden ist. Darüber hinaus wird der Gesamtanteil an akademischem Gesundheitsfachpersonal in der Versorgungspraxis in Deutschland gerade einmal auf 1% geschätzt (Wissenschaftsrat, 2022).

Bildungsort ≠ Praxisort

Dieser Zustand war der entscheidende Impuls zur konkreten Themenfindung innerhalb des RW-Moduls um an einer Verbesserung der unklaren und aktuellen Bedarfslage im Rettungswesen mitzuwirken.

Dies deckt sich mit dem wichtigen Ansinnen im Studiengang neue Lern- und Bildungsorte professioneller Forschungspraxis zu erschließen. Ein immer wieder auftretendes Phänomen ist die traditionell antizipierte Kluft zwischen hochschulischer Ausbildung und beruflicher Praxis als immanent beschriebenes Spannungsverhältnis. Studierende geraten typischerweise dann in eine Krise, wenn die persönliche Überzeugung mit Inhalten des

Studiiums, aber auch mit den Praxisbedingungen unvereinbar ist und sich das Gefühl einstellt, vor eine scheinbar unauflösbare dichotome Entscheidung gestellt zu werden (Roth, Burkard & Kriener, 2023). Dieses Phänomen wird vor allem durch die Wahrnehmung unterschiedlichen Logiken und Perspektiven durch die Studierenden an (uns) Lehrende herangetragen. Auf diesen Annahmen fußend hat sich das Modul das Teilziel gesetzt, die Gestaltungsaufforderung forschendes Lernen mit praxisrelevanten Fragestellungen zu etablieren – um dadurch die beiden Perspektiven stärker miteinander zu verknüpfen und somit die Gemengelage erfolgreicher auszubalancieren.

Eine oftmals vorgeprägte unreflektierte Erwartungshaltung der Studierenden, gerade in Bezug auf invasive (Therapie-) Maßnahmen detektierte sich besonders in den ersten Präsentationen der Praxisreflexion, die sich grundsätzlich an die im Studium integrierten Praxisphasen anschließen. Thematisiert und geschildert wurden überwiegend Einsätze, die tatsächlich eine Akut- und Notfalltherapie unter Zusammenarbeit mit Notärzt*innen aufwiesen (Koch, Sterzing & Sauerbier, 2023). Die Wahrnehmung der rettungsdienstlichen Tätigkeiten und Maßnahmen wiesen dabei gravierende Unterschiede in der Interpretation von Studierenden und Lehrenden auf.

Sowohl die Häufigkeit als auch die Notwendigkeit durchgeführter Tätigkeiten wurden ohne, beziehungsweise ohne schlüssige Argumentation durch die Studierenden subjektiv vorselektiert. Eine vorangestellte Praxisaufgabe beschäftigte sich bereits 2021 mit Tätigkeitsprofilen im Rettungsdienst um die tatsächlich durch-

geführten Tätigkeiten gegenüber den vermittelten Lehr- und Lerninhalte anzuprüfen. Bereits hier fiel auf, dass die Inanspruchnahme rettungsdienstlichen Leistungen durch Patient*innen und der damit verbundene Versorgungsbedarf nicht den angenommen (hoch) akuten Versorgungsmaßnahmen entsprach und diese in ihrer Häufigkeit durch die Studierenden viel zu hoch eingeschätzt und ebenso präsentiert wurden. Somit was das „Phänomenologische Outreaching“ abgeschlossen. Eine Verwissenschaftlichung des Erfahrungswissens und damit die Objektivierung der internen Evidenz von Tätigkeiten als Notfallsanitäter*in wurde angestrebt. Leitaufgabe war es im Rahmen des rettungswissenschaftlichen Moduls selbst am momentanen Berufsbild zu forschen und neue Kompetenzüberlegungen anzuregen. Ziel des Forschungsprojektes war die Analyse der anfallenden Bedarfe von Patient*innen im Rettungsdienst und Notaufnahmen.

Dazu wurde die folgende Fragestellung formuliert:

Welche patient*innenorientierten Tätigkeiten und Maßnahmen fallen im Rettungsdienst und in Zentralen Notaufnahme (ZNA) an und wer führt diese durch?

Modulentwicklung

Bei den Überlegungen der didaktischen Rahmenstruktur zur Beantwortung der Forschungsfrage wurden im Vorfeld Überlegungen zur didaktischen Aufbereitung vorgenommen. Hierbei war es wichtig, der sogenannten „Osterieerpädagogik“ entgegenzuwirken und nicht nach dem Motto zu verfahren: „Was wird wohl als nächstes aufgefunden?“ – und es jedes Mal einer Überraschung gleichkommt, was den Inhalt der nächsten Projektsitzung angeht.

Die Autoren gingen ebenfalls davon aus, dass rettungswissenschaftliche Projektarbeit im hochschulischen Kontext überaus dynamische und wenig vorgefertigte Prozesselemente aufweisen würde. Das Vorgehen folgte damit einer Art „mäeutischer Wissenshebung“ für alle Beteiligten mit der zeitgleichen Möglichkeit und Notwendigkeit der Selbsterkenntnis sich möglichst frei entscheiden und im Sinne eines eigenen Forschungsinteresses entwickeln zu müssen. Hierbei ging es darum, den Mehrwert eines selbstorganisierten Projektmanagements für sich zu erfassen, festzuschreiben und zu bemessen. Der dadurch angestoßene gemeinsame Arbeitsprozess in den Präsenzzeiten folgte somit dem Prinzip einer kollaborativen Lehre und stand unter dem Motto: Lehre der Praxis.

Die operative und strategische Lehrgestaltung war zugleich auch immer mit der Bestrebung der Agilisierung der Lehre verbunden. Vorgedachte Rollen sollten neu verhandelt, stetig umgeschrieben und dementsprechend ausgefüllt werden. Ziel war es Resonanz zu erzeugen und die Klärung, Reflexion und Stärkung der eigenen Rollenvielfalt der Studierenden in einem erkenntnistheoretischen Sinne zu unterstützen. Das Erleben eines großen Gestaltungsfreiraum bei der Ausarbeitung ging mit der Übertragung der Lernverantwortung einher und setzte ebenfalls einen Vertrauensvorschuss in beide Richtungen voraus. Besonders hilfreich war es ein kontroverses Thema zu wählen, das im Erlebnisspektrum der Studierenden lag und an die persönliche berufliche Erfahrungswelt anknüpfte.

Kompetenzen und Lernziele

Das rettungswissenschaftliche Modulprojekt bezieht sich mit seiner Ausrichtung auf den Erwerb ähnlicher Kompetenzbereiche, wie sie als Methoden- und Managementkompetenzen im Bereich der präklinischen Notfallversorgung eine wesentliche Rolle bei der bedarfs- und patient*innengerechten Versorgung spielen. Es wurde unterstellt, dass innerhalb forschender Teams eine (uneingeschränkte) Wertschätzung und Akzeptanz es den Teammitgliedern erleichtert ihre Ideen und persönlichen Meinungen mitzuteilen. Dies beinhaltet ebenso die Klärung potenzieller Konflikte. Schlussendlich sollen diese personalen Kompetenzen die konstruktive Zusammenarbeit in der Berufspraxis gewährleisten und nehmen für die interprofessionelle Ausbildung der gesundheitsfachberufe eine zentrale Rolle ein. Zudem ist es wichtig, dass die übertragene Aufgabe nur dann erfolgreich bearbeitet werden kann, wenn die Lernenden ihr individuelles spezifisches Wissen in einen interdependenten Austausch einbringen und die Vielfalt an Fakten- und Fachwissen und Erfahrung einen Zugewinn an Erkenntnis ermöglicht. Dementsprechend wurden die folgenden groben Lernziele und Kompetenzen identifiziert:

- Förderung der Motivation zur kritischen Auseinandersetzung mit Anwendungsforschung im Bereich rettungsspezifischer Phänomene.
- Die Begeisterung von Studierenden am Erkenntnisgewinn über berufsqualifizierende Maßnahmen und Tätigkeiten der Notfallversorgung unterstützen.
- Das Tätigkeitsfeld der Rettungswissenschaft bestellen und durch praktische und eigenverantwortliche Wissensarbeit auf eine professionelle

- Berufsausübung vorbereiten.
- Den praktischen Umgang mit qualitativen und quantitativen Auswertungsmethoden der angewandten Forschung etablieren und hierbei Chancen und Grenzen ausloten.
- Selbsterfahrung interner Gruppendynamiken vor dem Hintergrund wissenschaftlicher Projektarbeit ermöglichen und das damit verbundene Erlangen von Konfliktlösungsstrategien unterstützen.
- Die Standortbestimmung der eigenen Profession in Einklang mit zukünftigen Potentialen bringen und argumentieren können.
- Erfahrungen mit unterschiedlichen Vorstellungen und Arbeitstempi im Rahmen der Zeitgestaltung von Lernmanagement ermöglichen
- Kennenlernen und anwenden

von Modellen zur Beschreibung unterschiedlicher NotSan-Rollen.

Als weitere Begründungslinie wurden sozialpsychologische und lerntheoretische Ansätze von (Gruppen-) Lernprozessen mittels kooperativer Methoden, mit dem Schwerpunkt wissenschaftlicher Projektarbeit, im Vorfeld nähergebracht. Voraussetzung war es zu verstehen, das kooperative Lehr- und Lernsituationen sich durch eine positive Interdependenz im Sinne einer gegenseitigen Abhängigkeit auszeichnen. Dies bedeutete, dass alle Lernenden durch eine wechselseitige Verantwortung gemeinsam zu einem gelingenden Lernprozess beitragen mussten. Bedingendes Merkmal war, dass alle Lernenden wussten, dass die angestrebte Zielsetzung nur gemeinsam erreicht werden konnte. Entsprechend konnten in

den Lehrveranstaltungen nur Aufgaben generiert bzw. bearbeitet werden, die tatsächlich für die Zielerreichung eine koordinierte Zusammenarbeit erforderten (Hasselhorn & Gold 2013).

Gruppenprozesse

Für den erfolgreichen Verlauf der kooperativen Lernprozesse sollte Transparenz über die kollektive Gruppenleistung und den individuellen Beitrag der einzelnen Lernenden in der Lerngruppe bestehen. Die Anforderungen des Forschungsprojektes setzten den Glauben an „ein Team“ voraus und erfordert die Auseinandersetzung und Umsetzung der Kriterien guten Projektmanagements im forschenden Hochschulkontext.

Das Treffen von Entscheidungen im Forschungsprojekt sollte dementsprechend argumentativ aus-

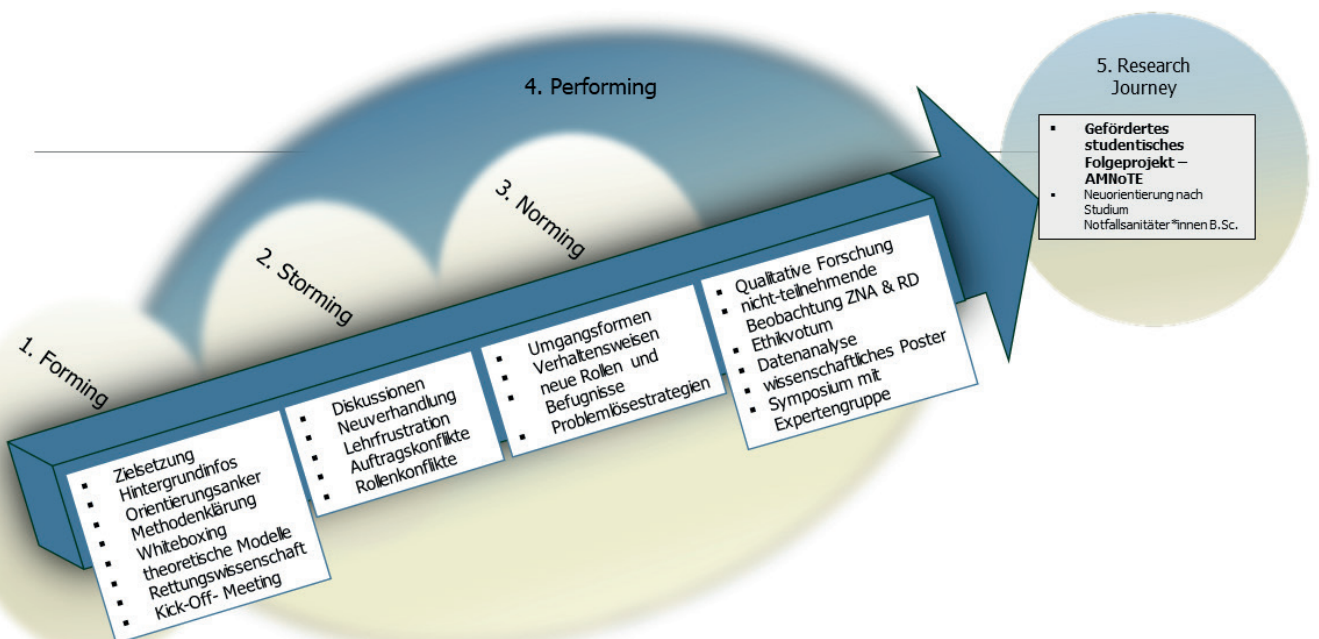


Abbildung 1: Gruppenprozess innerhalb des Forschungsteams (in Anlehnung an Tuckman, 1977)

gehandelt werden. Es wurde davon ausgegangen, dass erst die sozialen Interaktionen das wechselseitige Erklären, Korrigieren, Erproben und Modifizieren von Standpunkten möglich macht. Diese Fähigkeiten erlauben es langfristig einen eigenen Umgang mit Anforderungen und Verantwortlichkeit in Bezug auf das berufsspezifische Rollenprofil zu entwickeln (Hasselborn & Gold 2013).

So wurde in Anlehnung an Gruppenprozesse nach Tuckman eine Phasenplanung beziehungsweise -beschreibung vorgenommen, die es ermöglichen sollte, abschnittsweise das Gesamtprojekt anhand konkreter durchgeführter Maßnahmen und Spezifika für Außenstehende beschreib- und nachvollziehbar zu machen. Besonders bemerkenswert war, dass die idealisierte Phase des Stormings

ausblieb und es vereinzelt eher zu „Microstormings“ in Form von Teilgruppenkonflikten gab (Abbildung 1).

Hier kam es kontinuierlich zu Dynamiken und Brüchen die die sonst so häufige starren Lehr- und Lernstrukturen (z.B. Lehrende als Frontalisten und Studierende als naive, passive Wissenskonsumenten) aufbrachen. In diesen Situationen wurde deutlich, wie wichtig eine gemeinsame und transparente Zielsetzung war – und Konflikte sich umso leichter lösen ließen umso konkreter und terminierter Arbeitsaufträge als verbindlich verstanden und vergeben wurden.

White Box

Als neues Verfahren um die Wissenstatbestände aller Projektbeteiligten aus dem nebulösen

Erwartungshorizont zu konkretisieren, wurde eigens der Ansatz des pädagogischen White Boxings von den Lehrenden Weinberger und Fehmer erarbeitet und eingeführt. Das White Boxing entstand in Anlehnung des in der Software-Entwicklung angewendeten Vorgehens, bei dem die Einzelschritte und innere Funktionsweisen so bekannt wie möglich gemacht werden. Mit Beginn des Moduls wurde deshalb explizit beschrieben, was (know what) und wozu (know why) das Forschungsmodul „gut sein soll“. In der ersten Sitzung wurde anhand des didaktischen Prinzips des Constructive Alignment gewhiteboxt. So wurden die Lernziele als auch die Prüfungsleistung vorgestellt und gemeinsam mit den Studierenden auf inhaltliches Verständnis um Umsetzbarkeit geprüft und diskutiert. Dies bildete im Anschluss den Ausgangspunkt für

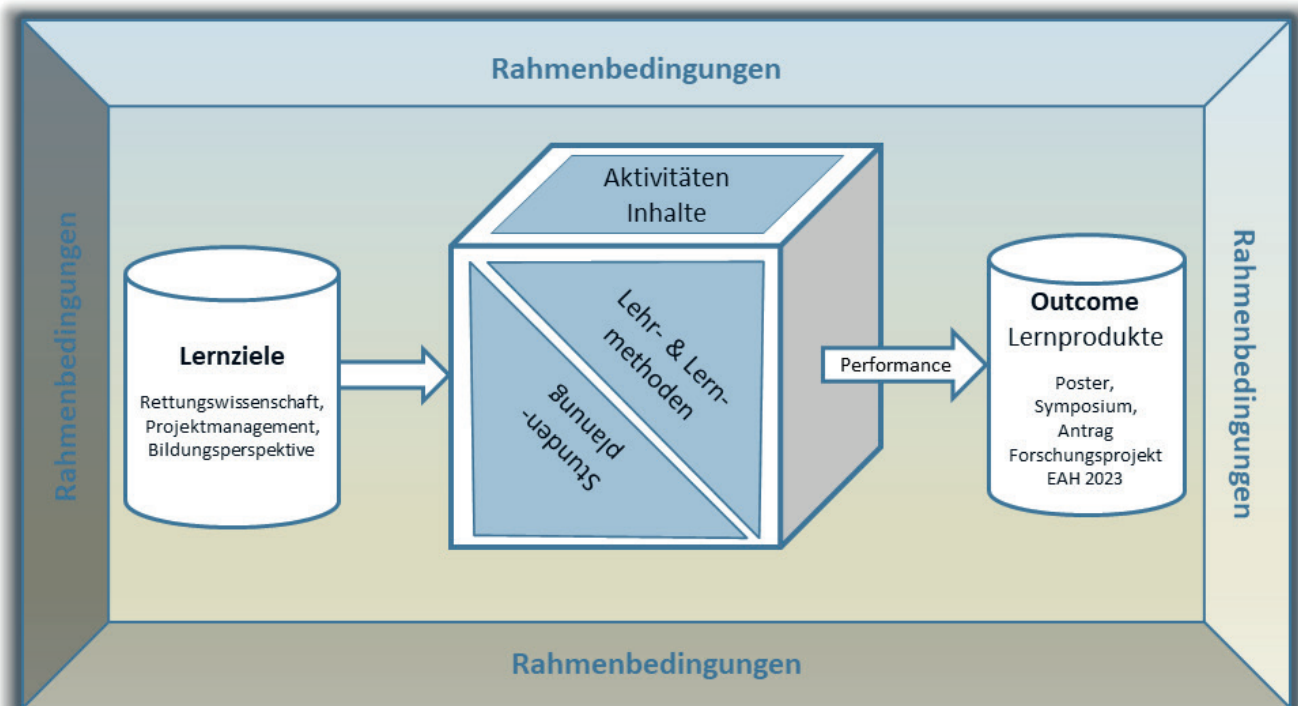


Abbildung 2: Whitebox: Modul Rettungswissenschaft (Fehmer & Weinberger, 2023)

das gemeinsame Arbeiten im Projektkontext (Abbildung 2).

So entstand wie beiläufig der Vorteil, dass wir den unterschiedlichen und dennoch ähnlichen Wissensbackground voraussetzen konnten, da die Studierenden übereinstimmend nutzbare Vorerfahrungen aus vorangegangenen intercurricularen Wissenschaftsmodulen bestätigten. In diesem Zuge konnten auch neue Talente entdeckt werden und neue Interessensgebiete früh angetestet werden.

Als weiterer neuer Ansatz zur kognitiven visuellen Annäherung an den Forschungsgegenstand wurde das Articulation Interaktionsrahmen-Modell (AIR-Modell) nach Fehmer eingeführt. Dies soll es erlauben, die Frage zu beantworten; was die konkreten Merkmale und Handlungsspielräume der Profession einer Rettungsfachkraft ausmacht.

Hintergrund war, dass es bis heute kein fest etabliertes Modell im Rettungsdienst zur Beschreibung der Rollenanforderungen und Handlungsspielräume gibt. Oftmals besteht Unklarheit über eine entsprechende „APR-Identität“ und wenn, ist diese sehr vage und wird persönlichkeitsgeleitet wahrgenommen. Interaktionsmodelle können in der Rettung als Grundlage für die Planung und prozessbezogene Darstellung von Handlungen in Akut- und Notfallsituationen und zur Konkretisierung der Rollenaufgaben und -ansprüche herangezogen werden.

Das AIR-Modell soll ein Bezugssystem sein, welches nicht nur die APR- Anforderungen abbildet, sondern auch den Bezugsrahmen in die Situation mit einbezieht und dadurch eine Standortbestimmung unterstützt. Es handelt sich

demzufolge um ein theoretisches Konstrukt mittlerer Reichweite und erklärt die Entstehung sozialer Wirklichkeitsräume in einen berufswissenschaftlichen Kontext. Es soll dazu dienen, Ableitungen nach dem Prinzip: Best Rescue Practice zu ermöglichen und eine fundierte und nachvollziehbare Argumentationsbasis zu bilden.

Das AIR-Modell stellt dabei die Interaktion eines Advanced Practice Rescuer (APR) mit seiner Umwelt graphisch dar. Es gibt dabei Aufschluss über die Kompetenzen und Tätigkeiten und in welche (Fach-) Richtung sich der APR orientiert. Hierbei lassen sich die drei Ebenen: Rollenebene, Orientierungsebene und Handlungsebene unterteilen. Verbindung der einzelnen Ebene findet über Gelenke (Articulation) statt. Diese können unterschiedlich stark ausgeprägt sein. Hier kommen die sogenannten Bindings zum Einsatz. Sie ermöglichen die „spezifischen Bewegungen“ und geben den Freiheitsgrad einer Interaktion an. Hierbei kann zwischen

- stable Bindings > Routinen, Synergieeffekte und
- instable Bindings > Regression, Unsicherheit

unterschieden werden. Um welche Art es sich dabei handelt ist abhängig von der Strukturdichte (Wissen), Vordehnung (Erfahrung) und Summation (Interdisziplinarität). Der APR betreibt dabei ein „Outreaching“, welches sich über die Direktion bis zu Handlungsebene nachvollziehen lässt. Eine Interaktion wird dabei individuell und dennoch prozesshaft über ihre zeitlichen und räumlichen Dimensionen des Versorgungsgeschehens erfasst.

Im konkreten Fall diente das AIR-Modell zur Visualisierung des Lernarrangements in Sinne einer

interaktiven Rahmenstruktur, um eine Handlungsklarheit zu unterstützen. Hier wurde mit den Studierenden gemeinsam im Sinne einer Motivarbeit erarbeitet, was als Kern der wissenschaftlich hergeleiteten Notfallversorgung verstanden werden kann und welche unterschiedlichen Ausrichtungen es innerhalb der Arbeitsbereiche für Notfallsanitäter*innen auch zukünftig geben könnte (Abbildung 3).

So wurde anhand des AIR-Modells die Ausrichtung im forschenden Rettungsbereiches vorgestellt, um sich die Ausrichtung und Rahmenbedingungen des Moduls und der eigenen „Spielräume“ im Verständnis eines Arbeitsraumes, in dem sie agieren können und sollen, näher zu bringen und ihre eigene Wahrnehmung in Bezug auf Möglichkeiten und Grenzen erfahrbar zu machen; und sich in einem weiteren Verfahren eine (Selbst-) Reflexionskompetenz des Professionellen Handels aufzubauen (z.B. Umgang mit statistischen Methoden, Durchführung von Feldforschung, Akquise von Kooperationspatenschaften).

Vorabplanung

Vor dem eigentlichen Beginn des Projektes kam der gründlichen Vorausplanung ein hoher Stellenwert zu. Im Vorfeld der Erhebung wurden entsprechende mögliche Kooperationspatenschaften identifiziert. Hierbei generierten die Studierenden durch ihre engen Verbindungen zu mehreren Lehrrettungswachen präklinische Praxispatenschaften über mehrere Bundesländer verteilt und sowohl der Landrettung als auch der Stättrettung zuzuordnen waren. Als zentraler Forschungspartner konnte, durch persönliche Kontakte, die Zentrale Notaufnahme des Universitätsklinikums Jena

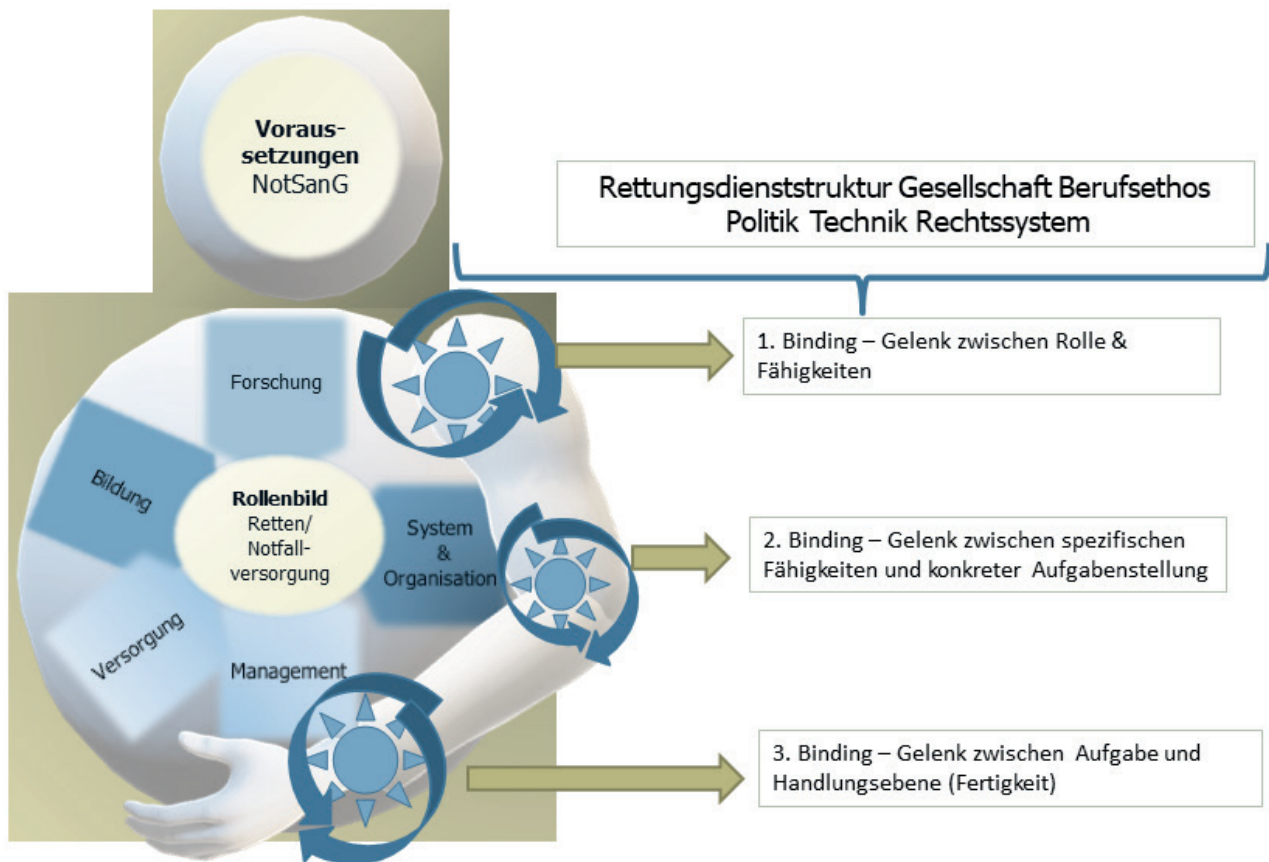


Abbildung 3: AIR-Modell n. Fehmer, 2023

als klinischer Beobachtungsort gewonnen werden. Für alle Kooperationspartner wurde vorab ein Informationsdatenblatt zur Nachvollziehbarkeit des Forschungsansinnens erstellt und ausgehändigt, um über die Erhebung zu informieren und etwaige Rückfragen zu ermöglichen. Die einzelnen Erhebungszeiträume wurden durch die Studierenden selbst festgelegt. Wie Abbildung 4 zeigt, wurde ein Zeitplan mit Meilensteinen entworfen, die Gruppen eingeteilt und darüber hinaus beschlossen, sich auf die Ausschreibung des Studentischen Forschungswettbewerbs 2023 der EAH Jena zu bewerben. Da nicht mehr alle Studierenden am Standort Jena ansässig waren, wurde für eine reibungslose Kommunikation innerhalb des studentischen Forscherteams neben den

fixen Präsenzterminen zusätzliche Webkonferenzen festgelegt.

Das Forschungsdesign folgte der Prämisse, ein Beobachtungsinstrument anzuwenden, das in der Lage war (Einzel-) Tätigkeiten rettungsdienstlicher Arbeitsprozesse offen zu erheben. Als Modus wurden nicht-teilnehmende Beobachtungen mit dem Fokus auf unterschiedlichen Handlungssettings favorisiert. Hierfür wurde ein Beobachtungsinstrument, das sich an dem bereits bestehenden Analysetools des KraniCH-Projekts (Kompetenzorientiertes und anschlussfähiges Curriculum Hannover (Schneider, Kuckeland & Hatziiladis, 2019) orientierte für den rettungsdienstlichen Kontext modifiziert und erprobt.

Grundlegend war eine aktive Teilnahme an den Versorgungssituationen durch die Erhebenden zu vermeiden und sicherzustellen, dass die Erhebenden keine eigenen Tätigkeiten an Patient*innen durchführten und originär die Dokumentation der Beobachtung vornahmen.

Vor der Datenerhebung im Felde wurde ein Pre-Test anhand einer Videosequenz und einer Fallsimulation im SkillsLab der EAH Jena durchgeführt. In diesem Zusammenhang wurden Auffälligkeiten und Beobachtungsschwachstellen im Handling mit dem Instrument verifiziert und noch vor dem Praxiseinsatz im Rettungsdienst und der ZNA behoben.

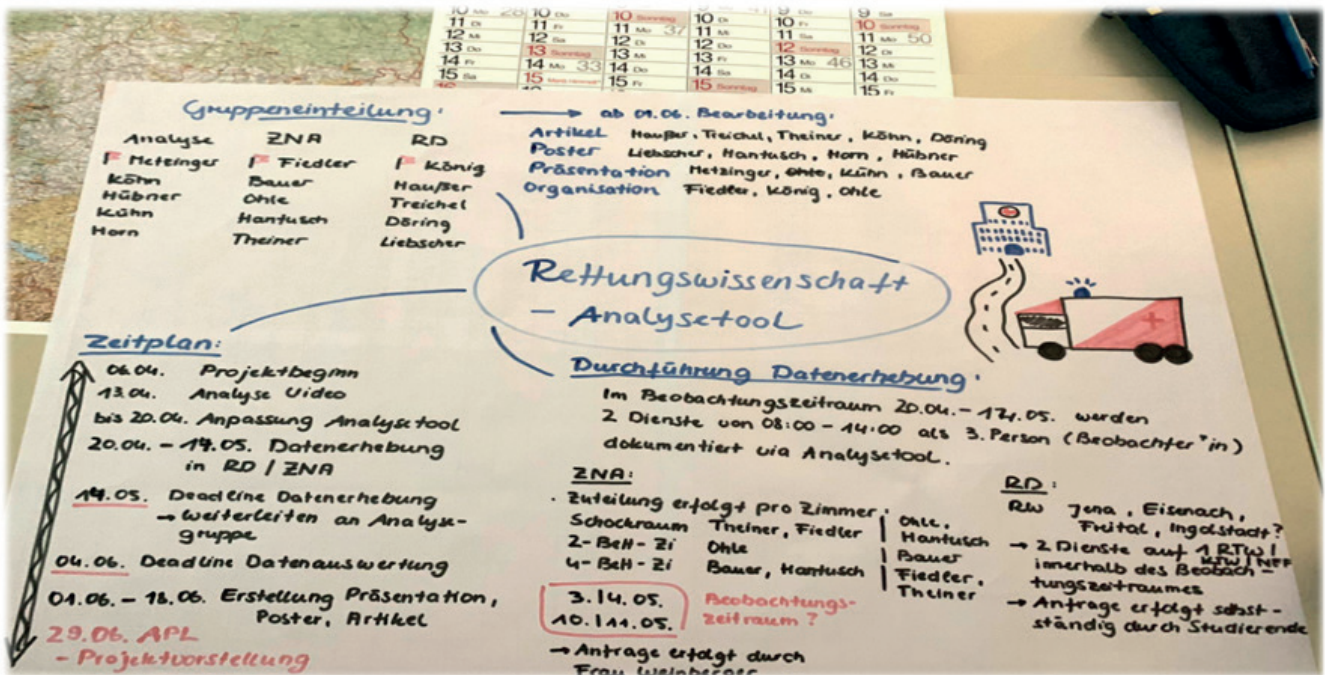


Abbildung 4: Skizzenhafter Fahrplan zur Datenanalyse (eigene Abbildung)

Durch das Analysetool konnten die folgenden Daten erhoben werden:

- Kennung der durchführenden Person anhand eines Kürzels
- Position im Szenario
- die Uhrzeit der Tätigkeiten
- das Alter der Patient*innen
- Gründe für die präklinische oder klinische Vorstellung
- Anlass der Tätigkeit, Wünsche und Bedarfe der beteiligten Personen
- Herausforderungen und Konflikte

Die Erhebung der Daten sollte am Behandlungsort mittels des oben genannten Analysetools durch die studentische Erhebungsgruppen digital oder per paper pencil erfolgen; die Auswertung der Daten durch eine fest installierte Analysegruppe. Die Anonymisierung

orientiert sich an den geltenden Regeln zum Datenschutz.

Die Datenerhebung wurde durch die Studierenden durchgeführt und erfolgte pro Person an jeweils zwei unterschiedlichen Arbeitstagen in einem Rahmen von sechs Zeitstunden (08:00 bis 14:00 Uhr).

Die klinische Datensammlung in der zentralen Notaufnahme wurde an den Analysetagen auf drei unterschiedliche Behandlungsräume der Notaufnahme verteilt. Gekennzeichnet wurden diese Räumlichkeiten als „4-Bett-Zimmer“, „2-Bett-Zimmer“ und „Schockraum“. Der Schockraum und das 4-Bett-Zimmer wurden mit zwei und das 2-Bett-Zimmer mit einer beobachtenden Person besetzt. Die präklinische Datenerhebung

wurde ebenfalls auf zwei Tage fixiert und erfolgte auf jeweils drei Rettungstransportfahrzeugen und zwei Notarzteinsatzfahrzeugen.

Datenauswertung

Nach Abschluss des Dokumentationszeitraums wurden für ein initiales Screening aller Tätigkeiten, die erhobenen Rohdaten durch die Erhebungsgruppen in ein einheitliches Layout importiert. Diese Inputmaske erleichterte die Identifikation und Auswertung sowie die Operationalisierbarkeit aller Tätigkeiten. Nachdem die Daten zunächst getrennt für Klinik und Präklinik gesammelt wurden, führte die Analysegruppe diese in einem Dokument zusammen. Mittels Excel wurden die Daten in Form einer Pivot-Tabelle analysiert, zusammengefasst und zur

Auswertung grafisch dargestellt.

Gleiche Tätigkeiten wurden unter einer Tätigkeitseinheit subsummiert, Tätigkeitseinheiten wiederum in Unterkategorien und Unterkategorien in Oberkategorien zusammengefasst.

Ergebnisse

Die Veröffentlichung der eigentlichen Beobachtungsstudie, inklusive der Ergebnisse, steht noch aus und ist deshalb explizit als Erfahrungsberichte dargestellt (Die Ergebnisse können gerne bei den Autoren angefragt werden).

Komprimiert zusammengefasst zeigten die erhobenen Daten einen großen Anteil an kommunikativen und administrativen Tätigkeiten aller an der Akut- und Notfallbeteiligten Professionen, sowohl in der Präklinik als auch in der Klinik auf. Dies steht im diskussionswürdigen Verhältnis zur Gewichtung der im Curriculum quantitativ in den Vordergrund gestellten (invasiven) Behandlungsmaßnahmen.

Modulabschluss

Als Wissensoutput rückten zwei Lernprodukte in den Vordergrund, die zugleich die Modulprüfungsleistung in Form einer Gruppenperformanz darstellten. Zum einen entstand ein Poster, das nach den Richtlinien wissenschaftlichen Arbeitens im Fachbereich Gesundheit und Pflege erstellt und präsentiert wurde – und die zentralen Punkte der Projektarbeit beinhaltete. Zum anderen wurde ein kurzweiliges studentisches Rettungswissenschaft-Symposium durch die Modulbeteiligten geplant und durchgeführt. Zu diesem wurden alle Kooperationspartner und Studierende aller Matrikel des Studiengangs eingeladen.

Das Symposium rundete das Rettungswissenschafts-Modul ab und

griff schwerpunktmäßig die Inhalte und Ergebnisse auf. Eingeladene Experten aus dem Gebiet der Berufsfeldanalyse im Rettungsdienst bereicherten den Austausch mit der studentischen Forschungsgruppe und sorgte für einen gelungenen Abschluss mit vielen neuen Eindrücken auf allen Seiten.

Fazit

Als persönliches Fazit des vorliegenden Forschungsprojektes kann festgehalten werden, dass eine Veränderung des Lehrverständnisses mit einem Wandel des Lernverständnisses einhergeht.

Die einzelnen Modulphasen unterschieden sich dabei sehr, von anfänglich stark flankierenden Anteilen der Lehrenden, bis hin zu einem im Verlauf immer selbstgesteuerten Arbeiten der Studierenden. Das Austesten dieses Transformationsprozesses förderte immens den intensiven Austausch miteinander und stärkte die Selbstbehauptung der Studierenden und hoffentlich auch deren Forschungsaffinität. Unser Wunsch ist es, dass Studierende weiterhin ihren Beitrag zur Weiterentwicklung und Professionalisierung durch Akademisierung des Berufsfeldes leisten.

Hierbei muss der Einsatz innovativer didaktischer Methoden und Modelle, neue Impulse für eine eigenständiges Berufsfeld im Rettungsdienst bestärken. Die Teilhabe und aktive Ausgestaltung und Begleitung kommender Transformationsprozesse im Gesundheitswesen ist eine Kopf-Herzen- und Handangelegenheit und wird auch weiterhin Lehrveranstaltungen mit Leben füllen.

Literaturverzeichnis

Frieß, C. & Koch, S. (2022). Zur Notwendigkeit eine Berufsfeldanalyse eine Berufsfeldanalyse im Rettungsdienst – Eine aktuelle Darstellung und projektbezogene Übersicht. In *Lehren & Lernen im Gesundheitswesen (LLiG)*; Königstetten

Hasselhorn, M. & Gold, A. (2013). *Pädagogische Psychologie: Erfolgreiches Lernen und Lehren*. Kohlhammer: Stuttgart

Koch, S., et. Al. (1/2022). Evidenzbasierte Versorgung des akuten Koronarsyndroms (ACS) - Von der Leitlinie in die rettungsdienstliche Praxis. *Retten*, 36-45, DOI: 10.1055/a-1593-1368.

Koch, S. & Wuttke, M. (1/2022). *Leitlinien, Algorithmen und Co. – Grundlagen evidenzbasierter Rettungsmedizin*. *Retten*, 6-9, DOI: 10.1055/a-1536-9276.

Koch, S., Stertzing, L. & Sauerbier, T. (2023). On the Implementation of Analgesia in the German Ambulance Service by Emergency Paramedics and Emergency Physicians - A Retrospective Study Based on the Protocols of Use in the German Ambulance Service. *EC Emergency Medicine and Critical Care* 7.4.01-09. ECEC-23-RET-138

NotSanG. (2013). Gesetz über den Beruf der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters (BGBl I S. 1348). Bonn, Bundesministerium für Gesundheit, Deutschland.

Roth, A., Burkard, S. & Kriener, M. (2023). Soziale Arbeit an zwei Lern- und Bildungsorten studieren. *Sozialmagazin*. 34-38

Schneider, K., Kuckeland, H. & Hatziliadis, M. (2019). Berufsfeld-

nalyse in der Pflege. Zeitschrift für
Berufs- und Wirtschaftspädagogik
, 2019/1, 6–38, DOI 10.25162/
zbw-2019-0001

Sefrin, P. (2023). Notfallversorgung
im Rettungsdienst in Deutschland.
Notarzt. Georg-Thieme Verlag.
Stuttgart. 15-16. DOI 10.1055/a-
1995-6560

Wissenschaftsrat (2022).
HQGplus-Studie zu Hochschul-
sichen Qualifikationen für das Ge-
sundheitssystem – Update Quan-
titative und qualitative Erhebungen
der Situation in Studium, Lehre,
Forschung und Versorgung; DOI:
[https://doi.org/10.57674/v8gx-
db45](https://doi.org/10.57674/v8gx-db45)

Eingereicht: 25.09.2023
Genehmigt: 31.10.2023

doi: 10.61034/LLiG-13

Prof. Dr. phil. habil.
Thomas Prescher
Studiengangsleiter
Berufspädagogik für
Rettungswesen
FH Münster (FB
Gesundheit)



Sophie Belting B.A.
Studentin für Lehr-
amt an Berufskollegs
(MEd)



Galina Pägel B.A.
Studentin für Lehr-
amt an Berufskollegs
(MEd)



Struktureller Flickenteppich der Berufsfelder und LehrerInnenqualifizierung in den Gesundheitsberufen: Eine Dokumentenanalyse am Beispiel von NRW

Zusammenfassung

Der Beitrag analysiert die Heterogenität und den Flickenteppich in der Lehramtsausbildung von Gesundheitsberufen am Beispiel von NRW. Er beleuchtet die unterschiedlichen strukturellen Voraussetzungen und daraus resultierende Fragen zur Professionalisierung. Vier zentrale Gesundheitsberufe werden mittels Dokumentenanalyse untersucht, um Kompetenzunterschiede aufzuzeigen. Dabei werden Widersprüche in Systemstrukturen, rechtlichen Rahmenbedingungen und Lehrerbildungskompetenzen herausgestellt. Bildungspolitische Implikationen für Gesundheitsberufe werden provokativ dargelegt und in fünf provokativen Thesen zur Zukunft der Gesundheitsberufe gebündelt.

Summary

The article analyzes the heterogeneity and the patchwork in the teacher training of health professions. It sheds light on the different structural prerequisites and the resulting questions about professionalization. Four central health professions are examined by means of document analysis in order to show differences in competence. Contradictions in system structures, legal frameworks and teacher training competencies are highlighted. Educational policy implications for health professions are presented provocatively and bundled in five provocative theses on the future of health professions.

Einleitung: Flickenteppich berufliche Bildung der Gesundheitsberufe

Mit Hilfe des vorliegenden Beitrages soll herausgearbeitet werden, welcher strukturelle Flickenteppich speziell in der Berufsbildung im Rahmen der LehrerInnenbildung (hochschulpolitische Ebene) als auch der Lehramtstätigkeit (berufspolitische Ebene) im Bereich „Gesundheit“ für das Bundesland NRW vorzufinden ist. Die unterschiedlichen strukturellen Voraussetzungen führen zu offenen Fragen hinsichtlich der Professionalisierung im Bereich der beruflichen Bildung und LehrerInnenbildung.

Es lässt sich feststellen, dass in den Lehramtsausbildungen unterschiedliche berufliche Zugangsvoraussetzungen bestehen die sich sehr stark darin unterscheiden, inwiefern sie auf fachlicher und methodisch-didaktischer Ebene auf die zukünftige Unterrichtstätigkeit vorbereiten.

Deshalb lauten die zentralen Fragestellungen des Beitrages:

- Welche Strukturmomente beeinflussen in den exemplarisch ausgewählten Fachrichtungen Medizinische/r Fachangestellte/r, PhysiotherapeutIn, Pflegefachkraft und NotfallsanitäterIn die Lehramtsausbildung und Lehramtstätigkeit?
- Welche bildungspolitischen Implikationen können aus der beobachteten Heterogenität in der Bildungs- und Lehramtspraxis der Berufsbilder bzw. Berufsfelder geschlussfolgert werden?

Für ein grundlegendes Verständ-

nis wird die Methodik der vergleichenden Dokumentenanalyse vorgestellt. Folgend werden vier exemplarische Ausbildungsberufe mit dem Fokus auf die dazugehörigen Lehramtsausbildungen gegenübergestellt, um abschließend ein Kontinuum der Professionsgrade zu präsentieren, dass die Heterogenität entlang der Beobachtungsmerkmale Autodidaktiker, Semiprofessionelle und Experten sichtbar werden lässt. In Kapitel drei werden auf Basis der Analyseergebnisse bildungspolitische Implikationen in Form von Hypothesen als pädagogische Utopien formuliert. Ziel ist es, mit Hilfe dieser Hypothesen mögliche Handlungskonsequenzen provokativ aufzudecken.

Analyse: Widersprüche in Systemstruktur, rechtlicher Rahmen, Kompetenzen und LehrerInnenbildung

Die Lehramtsausbildung und -tätigkeit befindet sich in einem ständigen Wandlungsprozess. Die Frage ist dabei, wie die Probleme darin gelöst werden können. Ist „Gleichschaltung“ innerhalb der Gesundheitsberufe förderlich oder Diversifizierung? Das Zitat der Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft (GEW, 2013, S. 5) bringt dieses Dilemma treffend auf den Punkt: „Die Lehrerinnen- und Lehrerbildung ist zu einer bildungspolitischen Dauerbaustelle geworden. Jede Schulreform [...], jede neue gesellschaftliche Herausforderung, die auf Schulen zukommt, wirft die Frage auf, ob die Strukturen und die Inhalte der Lehrerinnen- und Lehrerbildung noch zeitgemäß sind.“

Methodik: Multiperspektivische Analyse ausgewählter Gesundheitsberufe

Im Rahmen des zugrundeliegenden Projekts steht die Dokumen-

tenanalyse von ausgewählten Ausbildungsberufen im Vordergrund. Es wurden vier Berufe ausgewählt, um diese in den Vergleich einzubeziehen: Medizinische/r Fachangestellte/r, Pflegefachmann/-frau, NotfallsanitäterIn und PhysiotherapeutIn. Dies spiegelt auch den berufsbiographischen Bezug der Projektmitglieder wider. Die Dokumentenanalyse wurde als nichtreaktives Verfahren gewählt (Marotzki, 2006, S. 116), um inhaltlich die zentralen Dokumente zur Struktur und Gestaltung der Ausbildungsberufe sowie der darauf bezogenen Lehramtsausbildung zu analysieren (Reh, 1995, S. 201ff.). Kritisch ist anzumerken, dass die Dokumente zwar wesentliche Strukturmomente repräsentieren, hinsichtlich der bildungs- und berufspolitischen Dimension aber von der tatsächlichen Praxis abweichen können. Sie können jedoch als „Artefakte kommunikativer Praxis“ (Salheiser, 2022, S. 1508) angesehen werden.

Die Dokumentenanalyse erfolgte in fünf Schritten (vgl. Abbildung 1).

Gegenüberstellung: Kriterienorientierter Vergleich der Gesundheitsberufe

Im Folgenden wird die Gegenüberstellung der vier Ausbildungsberufe zur besseren Lesbarkeit und zum besseren inhaltlichen Verständnis mit Hilfe einer tabellarischen Darstellung sowie durch Zwischenüberschriften strukturiert dargestellt. Zunächst werden die unterschiedlichen Struktursysteme von Schulen vorgestellt. Anschließend folgt eine Darstellung der rechtlichen Rahmenbedingungen der Ausbildung sowie der ministeriellen Vorgaben für die schulische Ausbildung. Im weiteren Verlauf werden die Anforderungen für die Ausübung der Lehrtätigkeit präsentiert. Abschließend soll untersucht werden, inwiefern die

Modulinhalte der Lehramtsausbildung mit den Lehr-Lerninhalten der jeweiligen Ausbildungen übereinstimmen und welche Auswirkungen dies auf die Professionalität der Lehrkräfte hat.

Gegenüberstellung der vier Ausbildungsberufe als reduzierte und spezifizierte Tabelle

Im Folgenden wird die Gegenüberstellung der vier Ausbildungsberufe zur besseren Lesbarkeit und zum besseren inhaltlichen Verständnis mit Hilfe einer tabellarischen Darstellung (vgl. Abbildung 2) sowie durch Zwischenüberschriften strukturiert dargestellt. Zunächst werden die unterschiedlichen Struktursysteme von Schulen vorgestellt. Anschließend folgt eine Darstellung der rechtlichen Rahmenbedingungen der Ausbildung sowie der ministeriellen Vorgaben für die schulische Ausbildung. Im weiteren Verlauf werden die Anforderungen für die Ausübung der Lehrtätigkeit präsentiert. Abschließend soll untersucht werden, inwiefern die Modulinhalte der Lehramtsausbildung mit den Lehr-Lerninhalten der jeweiligen Ausbildungen übereinstimmen und welche Auswirkungen dies auf die Professionalität der Lehrkräfte hat. Abbildung 2 zeigt zusätzlich Unterschiede und Gemeinsamkeiten zu weiteren Kriterien auf und dient unterstützend für die abschließende Argumentation.

Berufsschule vs. Schulen des Gesundheitswesens

Die vier Gesundheitsberufe – Medizinische Fachangestellte (MFA), NotfallsanitäterIn (NotSan), Pflegefachmann/-frau (Pflege) und PhysiotherapeutIn (Physio) – unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Ausbildungsstruktur. Die MFA-Ausbildung beispielsweise findet an berufsbildenden Schulen mit dem Fachbereich Gesund-

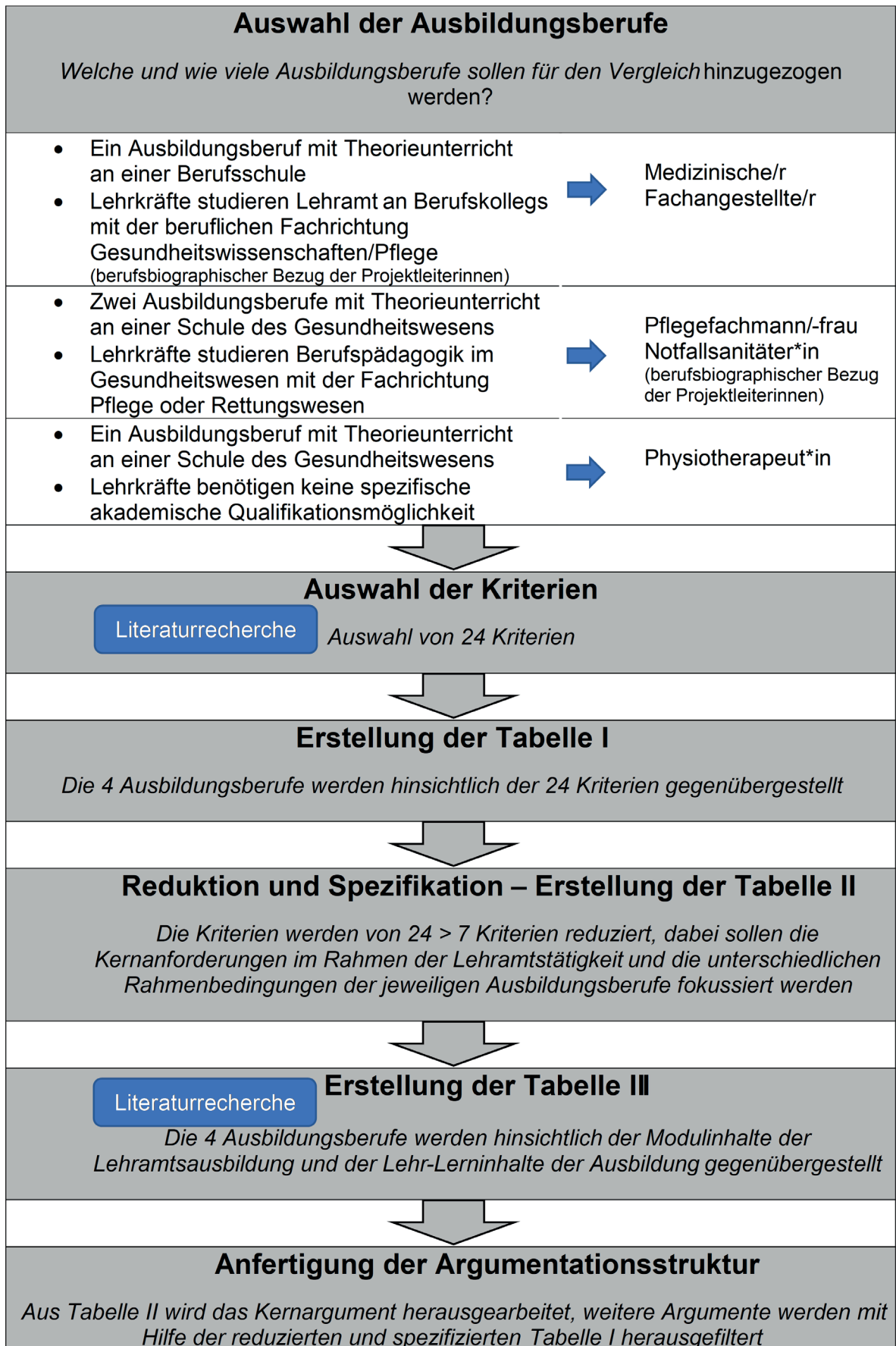


Abbildung 1: Visualisierung des methodischen Vorgehens (eigene Darstellung)

Kategorien	Medizinische/r Fachangestellte/r (MFA)	NotfallsanitäterIn (NotSan)	Pflegefachfrau/-mann (Pflege)	PhysiotherapeutIn (Physio)
Anforderungen für die Ausübung der Lehrtätigkeit	<p>Keine Berufsausbildung notwendig, kann aber für fachpraktische Tätigkeit angerechnet werden (FH Münster, o. J.)</p> <p>Master of Education + fachpraktische Tätigkeit (12 Monate) + Vorbereitungsdienst (Prüfungsamt NRW, o. J.)</p>	<p>Lehrkräfte Abgeschlossene Berufsausbildung zur/zum NotfallsanitäterIn o. Nachweis einer Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung (FH Münster, o. J.)</p> <p>+ abgeschlossenes Hochschulstudium + Nachweis Berufspädagogik (MGEPA, 2015)</p> <p>Dozierende (Fachpersonal/Praxisanleitung ohne bzw. mit begrenzter Berufspädagogik) Abgeschlossene Berufsausbildung u. rettungsdienstliches Grundwissen + pädagogisch-didaktische Qualifizierung (MGEPA NRW, 2015)</p>	<p>Abgeschlossene Berufsausbildung im Bereich Pflege, Anästhesietechnische/r u. Operationstechnische/r AssistentIn o. Hebamme o. Studium nach dem Hebmengesetz (FH Münster, o. J.)</p> <p>Bis 31.12.2019: Zulassung zur hauptberuflichen Lehrkraft auch mit BA-Abschluss (Studium Pflegepäd. o. anderes berufsspez. Hochschulstudium mit päd. Zusatzqualifikation → Bestandschutz (§ 65 Abs. 4 Nr. 2 und Nr. 3 PflBG), keine Nachqualifikation notwendig Vom 01.01.2020 – 31.12.2025: § 3 Landesausführungsgesetz Pflegeberufe (LAGPflB): AbsolventInnen mit den vorgenannten Bachelorabschlüssen können als Lehrkräfte eingestellt werden; müssen sich bis zum 31.12.25 mit pflegepäd. Masterabschluss nachqualifizieren; kein Bestandsschutz mehr Ab 01.10.26: neuangestellte Lehrkräfte benötigen Masterabschluss (MAGS NRW, 2023)</p> <p>Anteil an zulässiger Anzahl von Lehrkräften auf Bachelorniveau in Vollzeit richtet sich nach Anzahl der SchülerInnen (120:1; 240:2; über 240: bis zu 4) (MAGS NRW, 2023)</p>	<p>Abgeschlossene Berufsausbildung in der Physiotherapie</p> <p>Berufserfahrung (mind. 5 Jahre) gewünscht</p> <p>Abgeschlossenes Hochschulstudium mit päd. Unterrichtsinhalten o. Abschluss einer päd. Zusatzqualifikation, Weiterbildung erwünscht, aber keine Pflicht (Deutscher Verband für Physiotherapie e.V., 2018)</p> <p>staatlich anerkannte Ausbildungsstätte der Physiotherapie: SchulleiterIn + StellvertreterIn benötigen neben einem einschlägigen Berufsschulabschluss, ein Diplom Berufspädagogik (FH) mit der Fachrichtung Gesundheit o. gleichwertigen berufspädagogischen Hochschulabschluss (Deutscher Verband für Physiotherapie e.V., 2018)</p>

Kategorien	Medizinische/r Fachangestellte/r (MFA)	NotfallsanitäterIn (NotSan)	Pflegefachfrau/-mann (Pflege)	PhysiotherapeutIn (Physio)	
Rechtliche Rahmenbedingungen	Rahmenlehrpläne	Rahmenlehrplan für den Ausbildungsberuf Medizinischer Fachangestellter/Medizinische Fachangestellte (KMK, 2005)	Rahmenlehrplan Ausbildung zum Notfallsanitäter/ zur Notfallsanitäterin in NRW (Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW, 2016)	Rahmenpläne der Fachkommission nach §53 PflBG (Fachkommission nach dem Pflegeberufgesetz, 2020)	Empfehlende Ausbildungsrichtlinie für staatlich anerkannte Physiotherapieschulen in Nordrhein-Westfalen (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW, 2005)
Strukturierung der Lehr-Lerninhalte	Berufsbezogene und berufsübergreifende Lernbereiche (BBiB, o. J.)	Lernfelder (Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW, 2016, S. 3)	Curriculare Einheiten (CE) aus dem Rahmenlehrplan werden im schulinternen Curriculum zu Lernfeldern ausgearbeitet (Fachkommission nach dem Pflegeberufgesetz, 2020, S. 7; MAGS NRW, 2023)	Lernbereiche u. Lerneinheiten (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW, 2005, S. 10)	
Aufgaben der Lehrkraft	Theoretischer Unterricht (BBiB, o. J.)	theoretischer + fachpraktischer Unterricht (§2 NotSan-APrV)	theoretischer + fachpraktischer Unterricht (§2 PflAPrV)	keine Angaben	
Bestimmungen für staatliche Prüfungen	Fachpraktischer Unterricht im Idealfall von Lehrkräften für Fachpraxis (Qualifikation als MeisterIn, TechnikerIn oder FachwirtIn) (Arens & Brinker-Meyendriesch, 2018; BBiB, o. J.)	Praxisbegleitung (SuS betreuen u. praxisanleitende Personen beraten u. unterstützen) (§3 Abs. 4 NotSan-APrV)	Praxisbegleitung (SuS betreuen u. praxisanleitende Personen beraten u. unterstützen) (§5 PflAPrV)	Prüfungsausschuss besteht aus mind. einem an der Schule unterrichtenden Physiotherapeuten, Krankengymnasten, Dipl.-Medizinpädagogen, Medizinpädagogen o. mit abgeschlossener Ausbildung als Physiotherapeut (§3 Abs. 1 PhysTh-APrV)	
	Prüfungsausschuss besteht aus mind. 1 Lehrkraft der Schule (§2 Abs. 2 Prüfungsordnung der Ärztekammer Westfalen-Lippe für die Abschlussprüfung des/der Medizinischen Fachangestellten)	Prüfungsausschuss besteht aus FachprüferInnen, die an der Schule unterrichten (mind. 2 Pers. müssen Lehrkräfte sein) (§5 Abs. 1 NotSan-APrV)	Prüfungsausschuss besteht aus FachprüferInnen (mind. 2 Pers. müssen an der Schule unterrichten) (§10 Abs. 1 PflAPrV)		

Abbildung 2: Gegenüberstellung der vier Ausbildungsberufe als reduzierte und spezifizierte Tabelle (eigene Darstellung)

Kategorien		Medizinische/r Fachangestellte/r (MFA)	NotfallsanitäterIn (NotSan)	Pflegefachfrau/-mann (Pflege)	PhysiotherapeutIn (Physio)
Berufstyp		Anerkannter Ausbildungsberuf (Bundesagentur für Arbeit, 2023a)	Ausbildungsberuf (Bundesagentur für Arbeit, 2023c)	Ausbildungsberuf (Bundesagentur für Arbeit, 2023d)	Ausbildungsberuf (Bundesagentur für Arbeit, 2023e)
Ausbildungsart und Lernorte		Duale Ausbildung im Ausbildungsbetrieb und Berufsschule (Ärztelkammer Nordrhein, 2022; Bundesagentur für Arbeit, 2023a; Bundesagentur für Arbeit, 2023b)	Schulische Ausbildung an Berufsfachschulen und praktische Einsätze auf der Lehrretungswache und im Krankenhaus (Bundesagentur für Arbeit, 2023c; § 1 NotSan-APrV)	Schulische Ausbildung an Pflegeschulen und praktische Einsätze in Krankenhäusern, stationären u. ambulanten Pflegeeinrichtungen (Bundesagentur für Arbeit, 2023d; MAGS NRW, 2023)	Schulische Ausbildung an Berufsfachschulen und praktische Einsätze im Krankenhaus (Bundesagentur für Arbeit, 2023e)
Rechtliche Rahmenbedingungen	Gesetz	---	Gesetz über den Beruf der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters bzw. Notfallsanitätergesetz (NotSanG)	Pflegeberufegesetz (PflBG)	Gesetz über die Berufe in der Physiotherapie bzw. Masseur- und Physiotherapeutengesetz (MPhG)
	Verordnung	Verordnung über die Berufsausbildung zum Medizinischen Fachangestellten/zur Medizinischen Fachangestellten (MedFAngAusv) Prüfungsordnung der Ärztekammer Westfalen-Lippe für die Abschlussprüfung des/der Medizinischen Fachangestellten	Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter (NotSan-APrV)	Pflegeberufe-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (PflAPrV)	Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Physiotherapeuten (PhysTh-APrV)

Abbildung 2: Gegenüberstellung der vier Ausbildungsberufe als reduzierte und spezifizierte Tabelle (eigene Darstellung)

heit/Erziehung und Soziales statt, wo sowohl allgemeinbildende als auch berufsbezogene Inhalte vermittelt werden (Arens & Brinker-Meyendriesch, 2018; Ärztekammer Nordrhein, 2022). Der Unterricht an der Berufsschule wird von Lehrkräften durchgeführt, die einen Hochschulabschluss – für NRW in der Regel Lehramt an Berufskollegs – absolviert haben. Eine Lehrbefähigung kann alternativ auch auf dem Weg eines Quereinstiegs erworben werden. Die Lehrkräfte sind für den theoretischen Unterricht verantwortlich. Für den fachpraktischen Unterricht sind idealerweise Lehrkräfte mit einer Meister-, Techniker- oder Fachwirt-Qualifikation zuständig (BIBB, o. J.).

Demgegenüber werden die Berufe NotSan, Pflege und Physio an spezialisierten Schulen des Gesundheitswesens ausgebildet. Hier unterrichten in der Regel Dozierende mit einem Studium der Berufspädagogik, mit Ausnah-

me der Physiotherapie, wo keine spezifischen hochschulischen Voraussetzungen vorgeschrieben sind. Die Lehrkräfte an Schulen des Gesundheitswesens sind allgemein schwerpunktmäßig für den Unterricht am Lernort Schule zuständig. Unabhängig von der Schulform begleiten die Lehrkräfte Praxisphasen und nehmen an Abschlussprüfungen teil, wobei rechtliche Regelungen insbesondere für NotSan, Pflege und Physio sich einerseits in den Ausbildungs- und Prüfungsordnungen (APrV) und andererseits für NotSan, Pflege und Physio in den gesetzlichen Regelungen finden (§3 Abs. 4 & §5 Abs. 1 NotSan-APrV; §5 & §10 PflAPrV, §3 Abs. 1 PhysTh-APrV) lassen.

Rechtliche Rahmenbedingungen

Die vier exemplarisch ausgewählten Ausbildungen weisen unterschiedliche Rechtsgrundlagen auf.

Drei der ausgewählten Berufe werden jeweils in einem spezifischen Gesetz geregelt. Eine Besonderheit stellt dabei das Pflegeberufegesetz (PflBG) dar, in dem seit der Einführung der generalistischen Pflegeausbildung drei Berufe – Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflege – geregelt werden. Als Umsetzungsrichtlinie der Gesetze dient die Ausbildungs- und Prüfungsordnungen (BMG, 2023). Bei der Berufsausbildung MFA – die kein eigenes Berufsgesetz vorweist – existieren zwei getrennte Ordnungen. In der Ausbildungsordnung wird beispielsweise die praktische Ausbildung im Betrieb geregelt (KMK, o. J.). Für den theoretischen Unterricht im dualen Ausbildungssystem (beispielsweise bei den MFA) erhalten die jeweiligen Berufsschulen einen Rahmenlehrplan für den berufsbezogenen Unterricht durch die Kultusminister Konferenz.

Die Schulen des Gesundheitswesens in den Bereichen Rettungswesen und Pflege erhalten ebenfalls jeweils berufsspezifische Rahmen(lehr)pläne. Bei den Rahmenplänen für die Pflegeausbildung handelt es sich um eine Sammlung, in der sich sowohl Rahmenlehrpläne für den theoretischen und praktischen Unterricht, als auch die Rahmenausbildungspläne für die praktische Ausbildung befinden (Fachkommission nach dem Pflegeberufegesetz, 2020). Den Physiotherapieschulen in NRW wird eine empfehlende Ausbildungsrichtlinie zur Verfügung gestellt. Somit wird ersichtlich, dass für jede Ausbildung unterschiedliche Ministerien oder Fachkommissionen zuständig sind und unterschiedliche Rechtsgrundlagen vorliegen.

Anforderungen für die Ausübung der Lehrtätigkeit

Das Lehrerausbildungsgesetz (LABG) regelt die Lehrbefähigung, die mit bestandener Staatsprüfung nach dem Vorbereitungsdienst erteilt wird, um an einem Berufskolleg unterrichten zu können. Der Zugang zum Vorbereitungsdienst wird durch das erfolgreiche Abschließen eines Masterstudiengangs erworben. Voraussetzungen für ein Studium für das Lehramt an Berufskollegs ist die allgemeine Hochschulreife. Ein Vorpraktikum oder eine abgeschlossene Berufsausbildung sind beispielsweise (FH Münster, o. J. a) nicht erforderlich.

Während des Bachelorstudiengangs müssen zwei Praktika absolviert werden. Zum einen das fünfwöchige Eignungs- und Orientierungspraktikum, das an einem Berufskollegs stattfindet und von einem Seminar begleitet wird. Zum anderen ein vierwöchiges Berufsfeldpraktikum. Im Master-

studium wird ein Praxissemester absolviert, das sowohl von der (Fach-) Hochschule als auch vom Zentrum für schulische Lehrerbildung vorbereitet und begleitet wird (MSB, o. J. a). Ferner muss bis zum Masterabschluss eine zwölfmonatige fachpraktische Tätigkeit durchgeführt werden, die jedoch durch eine entsprechende Berufsausbildung oder eine andere berufliche Tätigkeit anerkannt werden kann (FH Münster, 2013, S. 4 ff.).

Eine weitere Möglichkeit, eine Lehrbefähigung zu erwerben, ist der berufsbegleitende Vorbereitungsdienst nach der Ordnung zur berufsbegleitenden Ausbildung von Seiteneinsteigerinnen und Seiteneinsteigern und der Staatsprüfung (OBAS) (MSB, o. J. b). Zugangsvoraussetzung ist ein abgeschlossenes, nicht lehramtsbezogenes Hochschulstudium mit einer Regelstudienzeit von mindestens sieben Semestern und eine zweijährige Berufstätigkeit oder Kinderbetreuung nach dem Hochschulabschluss (MSB, o. J. b). Wenn keine zweijährige Tätigkeit vorliegt, kann diese Zeit durch eine pädagogische Einführung in der Schule nachgeholt werden, an die sich der berufsbegleitende Vorbereitungsdienst anschließt (MSB, o. J. c).

Für eine Lehrtätigkeit an Schulen des Gesundheitswesens, die die Ausbildung zum/zur NotfallsanitäterIn anbieten, wird zwischen Lehrpersonal und DozentInnen unterschieden (MGEPA NRW, 2015, S. 22; 24). Eine Lehrkraft muss eine Hochschulausbildung für die Durchführung des theoretischen und fachpraktischen Unterrichts erfolgreich abgeschlossen haben (NotSanG §6). Dabei wird die Art des Hochschulabschlusses nicht näher spezifiziert.

Dozierende hingegen sind Fachlehrkräfte, die Qualifikationen in einem Spezialgebiet vorweisen können (MGEPA NRW, 2015, S. 24). Dies beschränkt sich nicht nur auf Personen aus dem Rettungsdienst, sondern auch aus den Bereichen wie Recht, Polizei, Feuerwehr, Kommunikation, etc. Neben der pädagogischen Qualifikation ist der Nachweis einer abgeschlossenen Berufsausbildung relevant, ebenso wird „[r]ettungsdienstliches Grundlagenwissen [...] vorausgesetzt“ (MGEPA NRW, 2015, S. 24). Bachelor-Studiengänge in Berufs- oder Medizinpädagogik sollen zu einer Lehrbefähigung für Einrichtungen der Erwachsenenfort- und -weiterbildung und auch für Schulen der Gesundheitsberufe und Rettungsdienstschulen führen. Zugangsvoraussetzungen für diese Studiengänge sind eine abgeschlossene Berufsausbildung zum/zur NotfallsanitäterIn oder ein entsprechender Nachweis, diese Berufsbezeichnung führen zu dürfen. Ein Vorpraktikum ist zum Beispiel an der FH Münster (o. J. c) nicht erforderlich.

Um die Lehrtätigkeit in der Ausbildung zum/zur Pflegefachmann/-frau an einer Schule des Gesundheitswesens ausüben zu dürfen, müssen die Lehrkräfte ebenfalls einige Voraussetzungen erfüllen. Diese Anforderungen befinden sich mit der Einführung des generalistischen Ausbildungssystems in einem stetigen Wandel. Grundsätzlich wird ein Studium der Pflegepädagogik oder ein anderes berufsspezifisches Hochschulstudium mit pädagogischer Zusatzqualifikation benötigt (MAGS NRW, 2023). Es wird eine abgeschlossene Berufsausbildung im Bereich der Pflege oder als Anästhesietechnische/r- u. Operationstechnische/r AssistentIn oder Hebamme benötigt. Genauso

kann auch ein abgeschlossenes Studium nach dem Hebammengesetz als Zugangsvoraussetzung anerkannt werden.

Im Zeitraum vom 01.01.2020 bis zum 31.12.2025 können BachelorabsolventInnen entsprechend § 3 des Landesführungsgesetzes Pflegeberufe (LAG-PfIB) an den Gesundheitsschulen eingestellt werden. Diese sind jedoch bis zum Ende der Frist dazu verpflichtet ihren Masterabschluss nachzuholen. Allerdings ist die Anzahl an Lehrkräften, die einen Bachelorabschluss vorweisen und in Vollzeit unterrichten, begrenzt und richtet sich nach den SchülerInnenzahlen (120:1; 240:2; über 240: bis zu 4). Ab dem 01.10.2026 müssen alle neuangestellten Lehrkräfte einen Masterabschluss in den oben genannten Studiengängen vorweisen (MAGS NRW, 2023).

Im Vergleich zu den drei bereits vorgestellten Ausbildungsberufen zeigt sich im Bereich der Physiotherapie ein anderes Bild. Grundsätzlich lässt sich festhalten, dass es keine einheitlichen Regelungen in Bezug auf die Voraussetzungen für die Ausübung der Lehrtätigkeit gibt. Auch hier zeigt sich, dass eine abgeschlossene Berufsausbildung in der Physiotherapie (idealerweise in Kombination mit Berufserfahrung) Voraussetzung für die Lehrtätigkeit ist. Ein pädagogisches Hochschulstudium oder eine pädagogische Zusatzqualifikation sind zwar gewünscht, aber nicht bundesweit verpflichtend. Im Gegensatz dazu ist einheitlich geregelt, dass zumindest die Schulleitung sowie deren Stellvertretung neben dem Berufsabschluss in der Physiotherapie über einen Hochschulabschluss in Berufspädagogik oder einem vergleichba-

ren Studiengang verfügen müssen, damit die Ausbildungsstätte staatlich anerkannt werden kann (Deutscher Verband für Physiotherapie e. V., 2018).

Fazit: Professionalität von Lehrkräften zwischen Semiprofessionalität, Autodidaktik und Expertentum

Wie bereits deutlich geworden ist, müssen Lehrkräfte unterschiedliche Voraussetzungen erfüllen, um in den ausgewählten Berufen des Gesundheitswesens unterrichten zu dürfen. Die folgende Abbildung 3 stellt ein Kontinuum dar, in dem die Lehrkräfte der exemplarischen Ausbildungsberufe ausgehend von ihrem Kompetenzniveau den begrifflichen Kategorisierungen nach Porsch (2016) zugeordnet und schließlich hinsichtlich ihrer Professionalisierung zueinander in Beziehung gesetzt werden. In die-

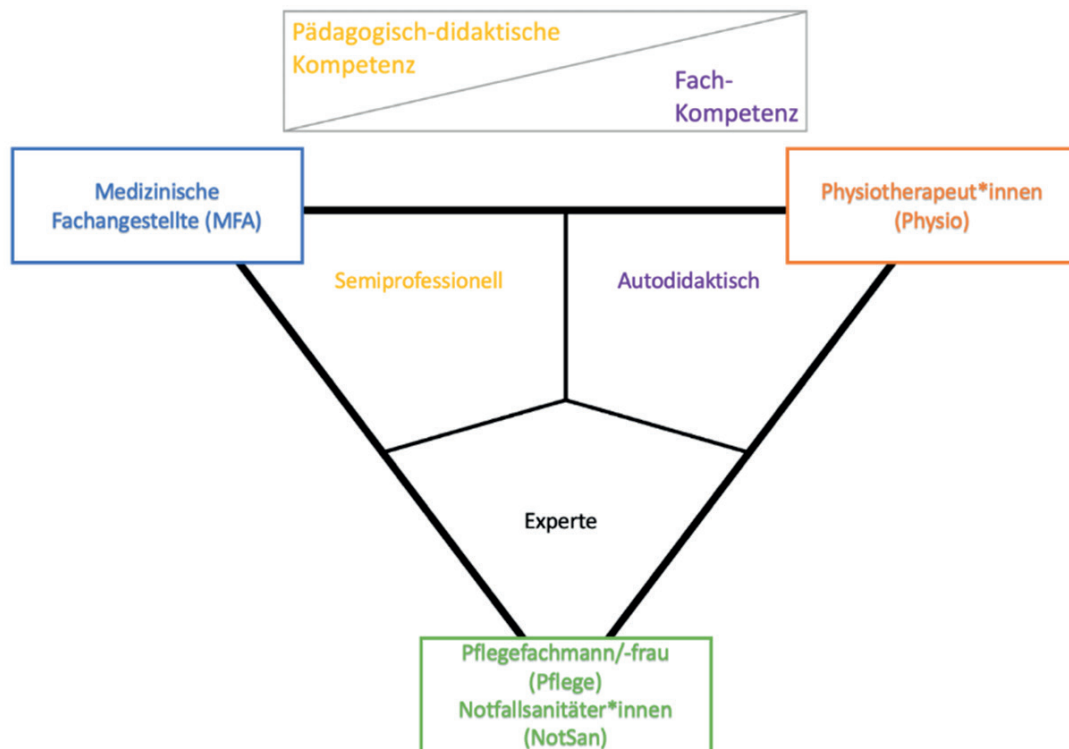


Abbildung 3 Kontinuum der Semiprofessionalität, Autodidaktik und Expertise (eigene Darstellung; Begriffe nach Porsch, 2016)

ser Betrachtung werden bewusst nur die prototypischen Lehramtswege betrachtet. Sonderwege zur Lehrbefähigung, zum Beispiel der Quereinstieg, werden hier nicht berücksichtigt.

Im Bereich der MFA lässt sich vermuten, dass die Lehrkräfte aufgrund des obligatorischen pädagogischen Hochschulstudiums über eine hohe pädagogisch-didaktische Kompetenz verfügen. Da jedoch in einer Berufsschule verschiedene Ausbildungen gebündelt werden, müssen die Berufsschullehrkräfte auch theoretisch in der Lage sein, alle Angebote des studierten Fachbereichs unterrichten zu können. Eine abgeschlossene Berufsausbildung ist weder für den Zugang zum Studium noch für die Ausübung der Lehrtätigkeit an einer Berufsschule erforderlich. Daraus lässt sich schließen, dass die Fachkompetenz für den zu unterrichtenden Ausbildungsberuf nicht sehr ausgeprägt sein kann, da im Studium wenig Fachwissen vermittelt wird und sich dieses später allein theoretisch angeeignet wird. Daraus kann sich das Problem ergeben, dass sich die Lehrkraft der möglichen Diskrepanz zwischen Theorie und Praxis nicht bewusst ist. Die beschriebene Konstellation lässt sich nach Porsch (2016, S. 12 ff.) in die Kategorie der Semiprofessionalität einordnen. Als semiprofessionell werden die Lehrkräfte bezeichnet, die das Fach „mit vorwiegend oder ausschließlich fachdidaktischen Inhalten“ (Porsch, 2016, S. 13) studiert haben und die Lehrbefähigung durch das zweite Staatsexamen – heute durch den Masterabschluss – erlangt haben.

Ein umgekehrtes Bild zeigt sich bei den Lehrkräften für Auszubildende in der Physiotherapie. Sie verfügen aufgrund der abgeschlossenen Berufsausbildung über eine

hohe fachliche Kompetenz. Da jedoch nicht in allen Bundesländern eine pädagogische Qualifikation gefordert wird, verfügen die Lehrkräfte ohne Hochschulstudium oder sonstige Zusatzqualifikation automatisch über eine geringe pädagogisch-didaktische Kompetenz und keine spezielle Lehrqualifikation im Bereich der Physiotherapie. In Anlehnung an die Definition von Porsch (2016, S. 12) fallen sie in die Kategorie der Autodidakten.

In der Spitze des Dreiecks sind die Lehrkräfte im Rettungswesen und der Pflege verortet. Hier fließen schließlich sowohl die pädagogisch-didaktische Kompetenz als auch die Fachkompetenz zusammen. Sie verfügen unter anderem über eine abgeschlossene Berufsausbildung in dem jeweiligen Beruf, in dem sie später auch unterrichten. Durch das obligatorische berufspädagogische Studium in der gewählten Fachrichtung erfolgt eine weitere fachwissenschaftliche und fachdidaktische Spezialisierung im Fach. Nach Porsch (2016, S. 13) können diese Lehrkräfte der Kategorie der Experten zugeordnet werden.

Bildungspolitische Implikationen: Schlussfolgernde provokative Hypothesen zur Zukunft in den Gesundheitsberufen

Im Folgenden werden Hypothesen formuliert, die sich im Rahmen der Auseinandersetzung mit den Strukturmomenten der Lehramtsausbildung und Lehramts-tätigkeit in den unterschiedlichen Gesundheitsfachberufen für NRW ergeben haben, um Handlungsansätze für die Problemfragen „Warum studiere ich etwas, was ich später nicht unterrichte“ beziehungsweise „Welche bildungspolitischen Implikationen können aus der beobachteten Heterogenität

in der Bildungs- und Lehramtspraxis der betrachteten Berufsbilder beziehungsweise Berufsfelder geschlussfolgert werden“, zu bieten. Die Auflistung der Hypothesen folgt keiner hierarchischen Struktur und adressiert ganz unterschiedliche und auch widersprüchliche Aspekte innerhalb der Ausbildung und Lehramtsausbildung der Gesundheitsberufe.

Hypothese 1: Alle Ausbildungsberufe des Gesundheitswesens werden an das Berufskolleg verlegt

Wie in diesem Beitrag deutlich geworden ist, findet die theoretische Ausbildung im Gesundheitswesen in verschiedenen Schulformen statt. Ein Zusammenlegen aller Ausbildungsberufe des Gesundheitswesens an einem Berufskolleg ermöglicht zum einen den Auszubildenden die Chance einen Weg im Bildungsgang Fachklassen duales System einzuschlagen. Die Auszubildenden haben dabei die Möglichkeit nach erfolgreicher Absolvierung der Ausbildung noch aufbauend die allgemeine Hochschulreife (Abitur) zu erhalten und damit gegebenenfalls eine hochschulische Laufbahn anzuschließen. Zum anderen liegt die Aufgabe der Rahmenlehrplangestaltung allein bei einem Ministerium, wodurch mehr Transparenz geschaffen wird und die Themen landesweit einheitlich unterrichtet werden. Für die Lehrkräfte bedeutet die Zusammenlegung der Ausbildungen, dass alle Lehrkräfte die Möglichkeit haben, nach den geltenden Regelungen verbeamtet zu werden und dass die Besoldung einheitlich geregelt wird. Zudem zeigen die Analyseergebnisse, dass Lehrkräfte, die Lehramt an Berufskollegs mit der Fachrichtung Gesundheitswissenschaft/Pflege studiert haben, offenbar ein Spektrum an Ausbil-

dungen unterrichten können, auch wenn sie in den Berufen keine abgeschlossene Ausbildung vorweisen können und die Berufspraxis selbst nicht Bestandteil des Studiums ist. Diese Tatsache kann als zentrale Struktur für den Ausgleich des Lehrkräftemangels – eine „der zentralen Herausforderungen im Bereich Schule und Bildung“ (Claussen, 2023, o. S.) – angesehen werden.

Hypothese 2: Alle Ausbildungsberufe des Gesundheitswesens werden an jeweils eigens ausgerichtete Schulen verlegt

Wenn die vorangegangene Hypothese umgekehrt gedacht wird, können sich daraus auch Vorteile ergeben. Alle Ausbildungsberufe im Gesundheitswesen müssen an eigens dafür vorgesehenen Schulen unterrichtet werden. Dafür müssen die Hochschulen das Studienangebot so erweitern, dass für jeden spezifischen Bereich ein Studium der Berufspädagogik möglich ist und die Zugangsvoraussetzungen dahingehend anpassen, dass ein Abschluss in der jeweiligen Berufsausbildung benötigt wird. Das Kontinuum, das im vorangegangenen Abschnitt vorgestellt wurde, macht deutlich, dass eine Umsetzung der Hypothese dazu führt, dass sich alle berufsbildenden Lehrkräfte zu ExpertInnen des Berufs entwickeln können. Das Studium dient der Entwicklung der pädagogisch-didaktischen Kompetenz sowie der Erweiterung der Fachkompetenz. Zudem profitiert die Lehrkraft im Unterrichtsgeschehen von der eigenen Berufsausbildung, da auf eigene praktische Erfahrungen im jeweiligen Beruf zurückgegriffen werden kann. Dies wirkt sich positiv auf die Authentizität aus und schafft ein gutes Verhältnis zwischen Theorie und Praxis. Diese Lösung bietet den Auszubildenden

die Chance, die spätere berufliche Lebenswelt besser zu verstehen und nachzuvollziehen. Ebenso erhalten die Lehrkräfte bei Praxisbesuchen der Auszubildenden ein besseres Verständnis für die Abläufe in der Berufspraxis und bemerken Fehler, die ein beruflicher Laie eventuell übersieht.

Hypothese 3: Einigkeit und Einheitlichkeit über Ausbildung und Berufserfahrung als Zugangsvoraussetzung für Lehrkräfte

Bei den Studiengängen Berufspädagogik im Gesundheitswesen mit den Fachrichtungen Pflege, Physiotherapie und Rettungswesen gilt eine abgeschlossene Berufsausbildung als Zugangsvoraussetzung, was jedoch im Studiengang Lehramt an Berufskollegs mit der Fachrichtung Gesundheitswissenschaft/Pflege nicht gefordert wird. Um eine Einheitlichkeit herzustellen, muss eine abgeschlossene Berufsausbildung in einem Beruf des Gesundheitswesens für alle angehenden berufsbildenden Lehrkräfte zur Zugangsvoraussetzung werden. Das Modulhandbuch des Studiengangs sieht zwar eine fachpraktische Tätigkeit vor, jedoch muss diese nicht zwingend in einem der später zu unterrichtenden Ausbildungsberufe absolviert werden. Die Thematik der fachpraktischen Tätigkeit wird in der nächsten Hypothese weiter ausgeführt.

Andererseits kann an dieser Stelle auch die Forderung stehen, dass die Berufsausbildung als Zugangsvoraussetzung für alle oben genannten Studiengänge entfällt. Dies trägt ebenfalls zur strukturellen Einheitlichkeit der Studiengänge bei. Jedoch hat die Hypothese zuvor gezeigt, welchen Mehrwert eine abgeschlossene Ausbildung den Lehrkräften in der beruflichen

Bildung bieten kann.

Hypothese 4: Praxiscurriculum für die einjährige fachpraktische Tätigkeit für den Studiengang Lehramt an Berufskollegs

Durch den vorliegenden Beitrag wird deutlich, dass sich die Voraussetzungen und auch die Struktur des hochschulischen Studiums innerhalb der vier dargestellten Lehramtsausbildungen unterscheiden. Wie dargestellt, sticht der Studiengang für das Lehramt an Berufskollegs hervor, der weder eine Ausbildung noch ein Vorpraktikum voraussetzt. Wie bereits erläutert, muss die einjährige fachpraktische Tätigkeit nicht zwingend in einem Ausbildungsberuf stattfinden, der später unterrichtet wird. Zielführender ist eine einheitliche Lehramtsausbildung. Damit Lehrkräfte an Berufskollegs ebenfalls zu ExpertInnen werden, muss die fachpraktische Tätigkeit dahingehend angepasst werden, dass in jedem Ausbildungsberuf, der zukünftig unterrichtet werden kann, ein Praktikum zu absolvieren ist. Dazu wird von den Hochschulen ein Praxiscurriculum entwickelt, das für alle Studierenden verbindlich ist.

Für die Praktika werden den Studierenden spezielle Portfolios zur Verfügung gestellt, in denen die beruflichen Tätigkeiten aufgelistet sind, welche die Auszubildenden in den jeweiligen Gesundheitsberufen später ausführen müssen, damit nicht die Gefahr besteht, dass eine Studierende lediglich ihre Zeit damit verbringt in einem Klinikum Betten von A nach B zu schieben, anstatt eine echte Anleitung in die Fachpraxis zu erhalten. Im Rahmen der Praktika sollen die angehenden Lehrkräfte anhand einer Checkliste festhalten, in welche beruflich relevanten Tätigkeiten sie bereits Einblick er-

halten haben. Am Ende des Studiums werden die Checklisten von den Praxisbeauftragten eingesammelt. Im Anschluss daran wird kontrolliert, ob die Studierenden alle für die Lehrtätigkeit notwendigen Ausbildungsberufe und deren spezifische Tätigkeiten kennengelernt haben und damit die fachpraktische Tätigkeit als erfüllt gilt. Mit dieser Lösung wird, wie in der zweiten These, die Barriere zwischen Theorie und Praxis abgebaut.

Hypothese 5: Einheitliche Bedingungen bei der universitären berufsbildenden Lehramtsausbildung

Die Hypothese wird an einen Artikel von Prescher und Werkmeister (2020, S. 13 ff.) angelehnt. Der Studiengang Lehramt an Berufskollegs, bestehend aus Bachelor und Master, muss erst vollends mit einem Vorbereitungsdienst (Zweiphasige LehrerInnenbildung) abgeschlossen werden, bevor die Lehramtsbefähigung erteilt wird. Bei dem Studiengang Berufspädagogik mit jeweiliger Fachrichtung befähigt zurzeit bereits der Abschluss eines Bachelorstudiums zur Ausübung der Lehrtätigkeit. In der Fachrichtung Pflege muss bis Ende 2025 der Masterabschluss berufsbegleitend abgeschlossen werden (Einphasige LehrerInnenbildung). Ab 2026 muss dieser Abschluss bereits vor dem Einstieg in die Lehrtätigkeit vorliegen. In allen Fachrichtungen der Berufspädagogik im Gesundheitswesen als sogenannte Einphasige-Lehramtsausbildung entfällt jedoch der Vorbereitungsdienst. Aus der gegebenen Situation lassen sich folgende Handlungsoptionen ableiten: Entweder müssen alle Lehrkräfte einen Masterabschluss vorweisen, um an der jeweiligen Schule tätig werden zu können oder es besteht für alle angehen-

den Lehrkräfte die Möglichkeit, bereits mit einem Bachelorabschluss zu unterrichten und den Master berufsbegleitend zu studieren. Darüber hinaus wird der Vorbereitungsdienst für die angehenden Lehrkräfte des Berufskollegs abgeschafft oder für alle verpflichtend als Zweiphasige-Lehramtsausbildung etabliert.

Eine Lehrkraft für das Berufskolleg benötigt zudem eine Lehrbefähigung für ein zweites (allgemeinbildendes) Fach, was ebenfalls nicht bei den berufspädagogischen Studiengängen gefordert wird. Hieraus ergeben sich erneut zwei Handlungsoptionen: Entweder müssen die Lehrkräfte der berufspädagogischen Studiengänge im Gesundheitswesen mit der jeweiligen Fachrichtung ebenfalls ein zweites (allgemeinbildendes) Fach wie zum Beispiel Englisch studieren oder das zweite Fach entfällt für alle berufsbildenden Lehrkräfte.

Fazit

Die Analyse von vier exemplarischen Ausbildungsberufen zeigt den systemischen Flickenteppich innerhalb des Gesundheitssektors auf und bekräftigt, dass unter aktuellen Voraussetzungen kein einheitliches Berufsfeld Gesundheit existiert. Akademische Lehramtsausbildungen für diese Berufe weisen erhebliche Unterschiede auf, was den Professionalisierungsgrad der Lehrkräfte beeinflusst. Während Lehrkräfte in der MFA-Ausbildung meist pädagogisch-didaktisch ausgerichtet sind und Physio-Lehrkräfte oftmals autdidaktisch handeln, verbinden Pflege- und NotSan-Lehrkräfte beide Kompetenzen und können als Experten gemäß Porsch (2016) betrachtet werden. Für eine qualitativ hochwertige Ausbildung in Gesundheitsberufen ist

eine Vereinheitlichung der Lehramtsausbildung erforderlich. Trotz Lösungsansätzen aus der vorliegenden Arbeit erscheinen umfassende Systemreformen utopisch (Prescher, 2021, S. 217 ff.). Dieser Beitrag dient als Anstoß, um fundierte Strukturmodelle für die Lehramtsausbildung in Gesundheitsberufen zu diskutieren und zu entwickeln.

Literaturverzeichnis

Arens, F. & Brinker-Meyendriesch, E. (2018). Spektrum Lehrerbildung Pflege und Gesundheit. Zeitzeugen einer Disziplinentwicklung. Berlin: wvb.

Ärztammer Nordrhein (2022). Medizinische Fachangestellte – ein Beruf mit Zukunft. Verfügbar unter: <https://www.aekno.de/mfa/ein-beruf-mit-zukunft> [21.04.2023]

Bundesagentur für Arbeit (2023a). Steckbrief. Medizinische/r Fachangestellte/r. Verfügbar unter: <https://planet-beruf.de/fileadmin/assets/PDF/BKB/33212.pdf> [21.04.2023]

Bundesagentur für Arbeit (2023b). Medizinische/r Fachangestellte/r. Ausbildungsberuf. Verfügbar unter: <https://web.arbeitsagentur.de/berufenet/beruf/33212> [21.04.2023]

Bundesagentur für Arbeit (2023c). Steckbrief. Notfallsanitäter/in. Verfügbar unter: <https://web.arbeitsagentur.de/berufenet/beruf/steckbrief/122462> [22.04.2023]

Bundesagentur für Arbeit (2023d). Steckbrief. Pflegefachmann/-frau. Verfügbar unter: <https://planet-beruf.de/fileadmin/assets/PDF/BKB/132173.pdf> [11.04.23]

Bundesagentur für Arbeit (2023e). Steckbrief. Physiotherapeut/in. Verfügbar unter: <https://web.ar>

beitsagentur.de/berufenet/beruf/steckbrief/8750.pdf. [02.05.2023]

Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) (o. J.). Lehrkräfte an beruflichen Schulen. Verfügbar unter: <https://www.bibb.de/de/8608.php> [08.08.2023]

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2023). Pflegeberufegesetz. Verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/pflegeberufegesetz.html> [12.08.2023]

Claussen, M. (2023). Schulpolitik aktuell - Viertes Maßnahmenpaket gegen den Lehrkräftemangel. Gegen den Lehrkräftemangel hat die Landesregierung bereits drei Maßnahmenpakete ins Leben gerufen. Um das Problem weiterhin gezielt zu bekämpfen, wurde in den Sommerferien das vierte Paket erarbeitet. Verfügbar unter: <https://www.schulministerium.nrw/schulpolitik-aktuell-viertes-massnahmenpaket-gegen-den-lehrkraeftemangel> [19.08.2023]

Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK) e.V. (2018). Bundesländerregelung zur Qualifikation von Lehrkräften in der Physiotherapieausbildung. Verfügbar unter: https://www.physio-deutschland.de/fileadmin/data/bund/Dateien_oeffentlich/Beruf_und_Bildung/Fort_und_Weiterbildung/Bundeslaenderregelungen_zur_Qualifikation_von_Lehrkraeften_in_der_Physiotherapie_.pdf. [02.05.2023]

Fachkommission nach dem Pflegeberufegesetz (2020). Rahmenpläne der Fachkommission nach §53 PflBG (2. überarbeitete Auflage). Verfügbar unter: <https://www.bibb.de/dienst/publikationen/de/16560> [12.08.2023]

FH Münster (19.12.2013). Amt-

liche Bekanntmachungen. Ordnung zum Modul Berufsfeldpraktikum sowie zur Fachpraktischen Tätigkeit für die Bachelor- und Masterstudiengänge Lehramt an Berufskollegs mit einem Unterrichtsfach und einer beruflichen Fachrichtung an der Fachhochschule Münster (O BFP – FT La Bk) vom 17. Dezember 2013. Verfügbar unter: https://www.fh-muenster.de/uploads/amtliche_bekanntmachungen/74_2013.pdf [14.08.2023]

FH Münster (o. J. a). Gesundheitswissenschaft/Pflege – Lehramt an Berufskollegs (Bachelor). Verfügbar unter: <https://www.fh-muenster.de/studium/studiengaenge/gesundheitswissenschaft-pflege-lehramt-an-berufskollegs> [21.08.2023]

FH Münster (o. J. e). Berufspädagogik im Gesundheitswesen – Fachrichtung Rettungswesen (Bachelor). Verfügbar unter: <https://www.fh-muenster.de/gesundheitsstudienbewerber/big-rettung-bachelor.php> [14.08.2023]

FH Münster (o. J. c). Berufspädagogik im Gesundheitswesen – Fachrichtung Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie (Bachelor). Verfügbar unter: <https://www.fh-muenster.de/studium/studiengaenge/berufspaedagogik-im-gesundheitswesen-fachrichtung-therapie> [12.08.2023]

FH Münster (o. J. d). Berufspädagogik im Gesundheitswesen – Fachrichtung Pflege (Bachelor). Verfügbar unter: <https://www.fh-muenster.de/studium/studiengaenge/berufspaedagogik-im-gesundheitswesen-fachrichtung-pflege> [12.08.2023]

FH Münster (o. J. d). Berufspädagogik im Gesundheitswesen –

Fachrichtung Rettungswesen (Bachelor). Verfügbar unter: <https://www.fh-muenster.de/gesundheitsstudienbewerber/big-rettung-bachelor.php> [14.08.2023]

GEW – Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft (2013). Orientierungshilfe für den Flickentepich. Verfügbar unter: <https://www.gew.de/aktuelles/detailseite/orientierungshilfe-fuer-den-flickentepich> [20.08.2023]

KMK – Kultusministerkonferenz (2005). Rahmenlehrplan für den Ausbildungsberuf Medizinsicher Fachangestellter/Medizinische Fachangestellte. Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 18.11.2005. Verfügbar unter: <https://www.kmk.org/fileadmin/pdf/Bildung/BeruflicheBildung/rlp/MedizinischerFA.pdf> [13.08.2023]

KMK – Kultusministerkonferenz (o. J.). Rahmenlehrpläne und Ausbildungsordnungen. Verfügbar unter: <https://www.kmk.org/themen/berufliche-schulen/duale-berufsausbildung/rahmenlehrpläne-und-ausbildungsordnungen.html> [09.08.2023]

Marotzki, W. (2006). Forschungsmethoden und -methodologie der Erziehungswissenschaftlichen Biographieforschung. In H.-H. Krüger & W. Marotzki (Hrsg.), Handbuch erziehungswissenschaftliche Biographieforschung, 2., überarbeitete Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 111–135.

MAGS – Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW (2023). Pflegefachfrau/Pflegefachmann. Verfügbar unter: <https://www.mags.nrw/pflegefachfrau-pflegefachmann> [11.04.23]

MGEPA NRW – Ministerium für

Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (2015). Ausführungsbestimmungen zur Ausbildung zur Notfallsanitäterin / zum Notfallsanitäter in Nordrhein-Westfalen – Teil I. Verfügbar unter: https://www.mags.nrw/sites/default/files/asset/document/ausfuhrungsbestimmungen_notsan_teili_ueberarbeitet_13112015.pdf [14.08.2023]

MGEPA NRW – Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (2016). Rahmenlehrplan. Ausbildung zum Notfallsanitäter/zur Notfallsanitäterin in Nordrhein-Westfalen. Verfügbar unter: <https://www.mags.nrw/sites/default/files/asset/document/rahmenlehrplan-notsan-nrw.pdf> [13.08.2023]

MSB – Ministerium für Schule und Bildung des Landes Nordrhein-Westfalen (o. J. a). Praxis-elemente. Verfügbar unter: <https://www.schulministerium.nrw/praxis-elemente> [14.08.2023]

MSB – Ministerium für Schule und Bildung des Landes Nordrhein-Westfalen (o. J. b). Übersicht Seiteneinstieg. Verfügbar unter: <https://www.schulministerium.nrw/uebersicht-seiteneinstieg> [14.08.2023]

MSB – Ministerium für Schule und Bildung des Landes Nordrhein-Westfalen (MSB) (o. J. c). Seiteneinstieg. Verfügbar unter: <https://www.schulministerium.nrw/seiteneinstieg> [14.08.2023]

Porsch, R. (2016). Fachfremd unterrichten in Deutschland. Definition – Verbreitung – Auswirkungen. *Die Deutsche Schule*, 108(1), 9-32

Prescher, T. & Werkmeister, C.

(2020). Theoretischen Overkill vermeiden: Lehramtsstudium für Pflegepädagogen, *Lehren & Lernen im Gesundheitswesen*, (4), 13-15

Prescher, T. (2021). Kritik und Kritisierbarkeit des pädagogischen Mainstreams in der Professionalisierungsdebatte der Gesundheitsberufe, *Pädagogik der Gesundheitsberufe*, (3), 217-225.

Reh, W. (1995). Quellen- und Dokumentenanalyse in der Politikfeldforschung: Wer steuert die Verkehrspolitik? In U. von Alemann (Hrsg.), *Politikwissenschaftliche Methoden*. Opladen: Westdeutscher Verlag, 201–259.

Salheiser, A. (2022): Natürliche Daten: Dokumente. In: N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*, Heidelberg: Springer. 1507–1522.

Eingereicht: 06.10.2023
Genehmigt: 06.11.2023

doi: 10.61034/LLiG-14

Dr. Benjamin Bohn
Akademischer Mitarbeiter
Institut für Pflegewissenschaft,
Pädagogische Hochschule Schwäbisch
Gmünd

Dr. Veronika Anselmann
Juniorprofessorin für Pflege-
wissenschaft mit dem
Schwerpunkt Pflegepädagogik
Institut für Pflegewissenschaft,
Pädagogische Hochschule
Schwäbisch Gmünd

Der Berufsverbleib von Pflegenden auf Intensivstationen - Implikationen für die pflegerische Bildung und Berufspraxis

Abstract Deutsch

Ausstiegsgedanken von Pflegenden sind weitreichend durch internationale Studien belegt. Allerdings ist wenig darüber bekannt, warum Pflegende in ihrem Beruf arbeiten. Aus diesem Grund fokussiert die vorliegende Studie die professionelle Identität, das Arbeitsumfeld und etwaige Ausstiegsgedanken, um Informationen über die Motivation der Pflegenden zu erhalten und Aspekte zu erheben, die das Berufsfeld attraktiv machen. Hierzu wurden leitfadengestützte Interviews mit Pflegenden auf den Intensivstationen geführt und mittels einer qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet. Die Ergebnisse zeigen eine hohe intrinsische Motivation der Pflegenden. Basierend auf dem General Model of Job Quality können Implikationen für die Gestaltung eines attraktiven Arbeitsfeldes gegeben werden.

Abstract English

The intention to leave among nurses is well documented through international studies. However, little is known about why nurses work in their profession. For this reason, this study focuses on the professional identity, the work environment and the intention to leave, to obtain information about the motivation of the nurses and to collect aspects that make the professional field attractive. For this purpose, guided interviews with nurses in the intensive care units were conducted and evaluated using a qualitative content analysis according to Mayring. The results show a high intrinsic motivation of the nurses. Based on the General Model of Job Quality, implications for the design of an attractive work

environment can be given.

Einleitung

Beruflich Pflegende haben Ausstiegsgedanken. Die NEXT-Studie beschreibt bereits 2005, dass jede fünfte Pflegekraft darüber nachdenkt, den Beruf zu verlassen (Simon et al., 2005). Auch die Corona-Pandemie führte dazu, dass rund 40 Prozent der Pflegenden in Deutschland einen Berufsausstieg erwägen (Gräske et al., 2021). Viele Studien haben sich mit dieser Thematik beschäftigt (Raso, Fitzpatrick & Masik, 2021) und beschreiben ein internationales Problem.

Die Versorgung intensivpflichtiger Patient_innen stellt für die Pflegenden eine große Herausforderung verbunden mit einer großen Verantwortung dar (Isfort, 2017). Die Auswirkungen der Corona-Pandemie waren in diesem Funktionsbereich deutlich wahrnehmbar (Kluge et al., 2020). So mussten die Pflegenden erhöhte Arbeitsbelastungen erleben, die beispielsweise durch einen hohen Personalmangel ausgelöst und durch Überstunden kompensiert wurden (Begerow, Michaelis & Gaidys, 2020).

Es gibt einige Studie, welche die negativen Auswirkungen der Pandemie auf das Belastungserleben Pflegender zeigen (z. B. Piotrowski et al., 2022). Wenig Erkenntnisse existieren (Varasteh et al., 2022) über die Gründe, warum Pflegende auf den Intensivstationen ihren Beruf auch in Zeiten der Pandemie und darüber hinaus ausüben. Im Kontext eines bestehenden Fachkräftemangels im Bereich der Intensivstationen (Begerow, Michaelis & Gaidys, 2020) können die Ergebnisse dieser Studie Ba-

sis für die Ableitung wichtiger Implikationen sein, wie Pflegende in ihrem Beruf gehalten werden können und das Berufsfeld attraktiver gestaltet werden kann.

Hintergrund und Zielsetzung

Studien zeigen, dass die berufliche Selbstwahrnehmung von Pflegenden eine wichtige Rolle dabei spielt, wie mit beruflich bedingten Belastungen umgegangen werden kann (Anselmann & Bohn, 2022; Shengxiao et al., 2021). Professionelle Identität beschreibt unterschiedliche Komponenten der eigenen Wahrnehmung der Pflegenden und definiert "who they are, their logics of action, how they act, their vocabularies of motive, and what language is salient" (Holland et al., 1993, S. 54). Unter professioneller

Identität kann dabei die berufliche Selbstwahrnehmung von Pflegenden verstanden werden, die sich aus dem fachspezifischen Wissen und Fähigkeiten, den berufsbezogenen Überzeugungen und Wertvorstellungen und dem professionellen Handeln zusammensetzt (Fitzgerald, 2020). Je nachdem wie Pflegende ihren Beruf verstehen (z. B. Kompetenz vs. Fürsorge), nutzen sie unterschiedliche Strategien und sind von unterschiedlichen Motiven für die Berufsausübung geprägt (Anselmann & Bohn, 2022; Rasmussen et al., 2018). Unter Motivation wird hierbei die Intention etwas erreichen zu wollen verstanden (Deci & Ryan, 1993). Die Self-determination Theory (siehe hierzu Abbildung 1) beschreibt Motivation von eigen-

er Motivation bis hin zur Amotivation. Hierbei wird intrinsische und extrinsische Motivation (*external regulation, introjection, identification, integration*) charakterisiert, die sich im Grad der Selbstbestimmung voneinander unterscheiden (Ryan & Deci, 2000). So sind die intrinsische Motivation und die extrinsischen Bereiche *integration* und *identification* eher selbstbestimmt, die extrinsischen Bereiche *introjection* und *external regulation* extern motiviert (ebd.).

Studien zeigen weiter, dass insbesondere der Wahrnehmung des Arbeitsumfelds eine wichtige Rolle bei Pflegenden zukommt (Suliman & Aljezawi, 2018). Als relevante Charakteristika konnten dabei die Möglichkeiten für die eigene pro-

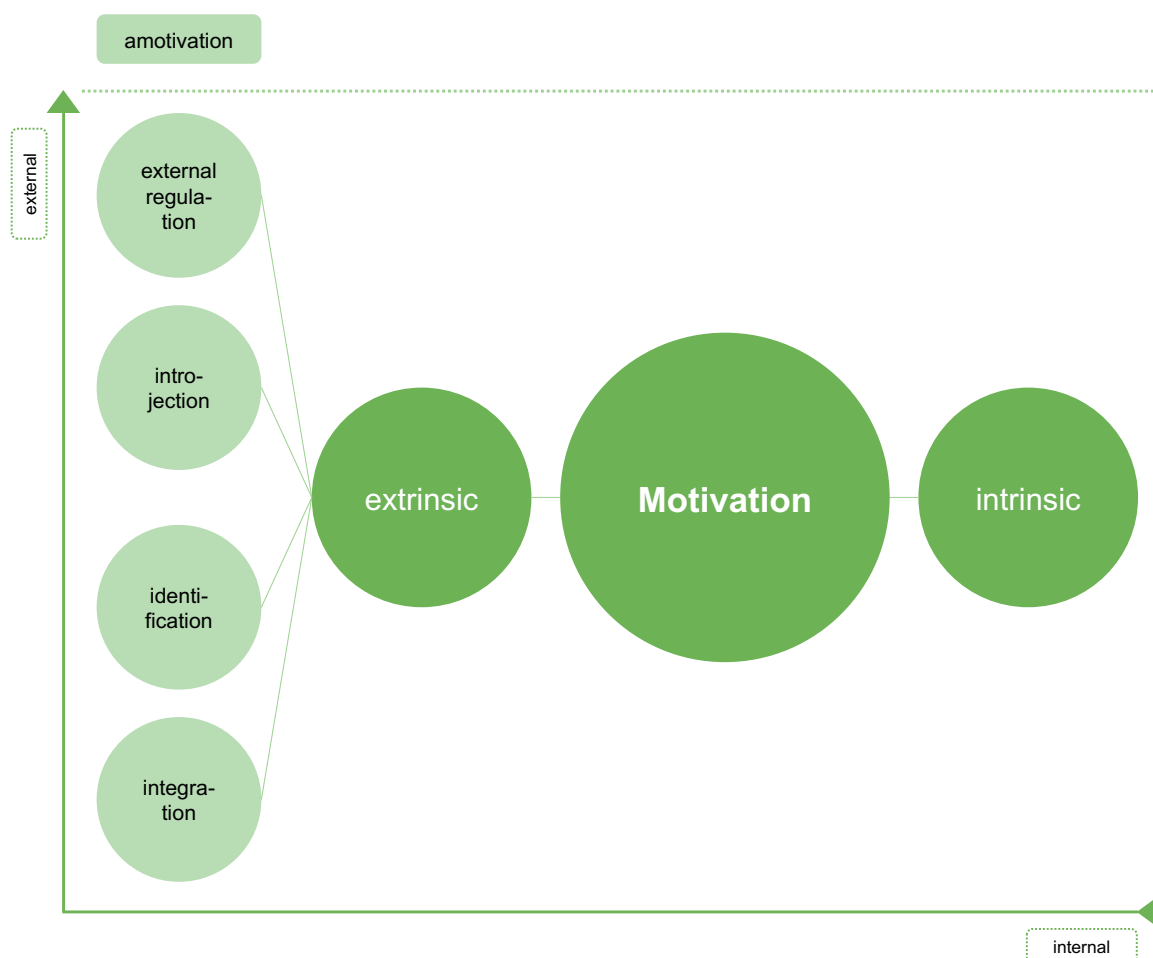


Abbildung 1: Self-determination Theory (eigene Darstellung nach Ryan & Deci, 2000, S. 61)

professionellen Weiterentwicklung, die Unterstützung durch die Leitungsebene und auch das Team identifiziert werden (Hinno et al., 2011). Die subjektive Einschätzung des Arbeitsumfelds als fördernd und unterstützend wirkt sich darauf aus, dass Pflegende weniger Intentionen haben, das berufliche Umfeld zu verlassen (Hinno et al., 2011; Chan et al. 2013). Basierend auf dem General Model of Job Quality lassen sich alle Aspekte, die das Wohlbefinden von Arbeitnehmenden positiv beeinflussen können, in *work quality* und *employment quality* unterteilen (Muñoz de Bustillo et al., 2009). Im Bereich *work quality* werden u.a. die Aspekte *work autonomy*, *physical working conditions* oder *social working environment* genannt, der Bereich *employment quality* beinhaltet beispielweise die Aspekte *working hours*, *wage* und *social benefits* (ebd.). Die Aspekte *participation* und *skill development* werden hierbei beiden Bereichen zugeordnet (ebd.).

Die vorliegende Studie zielt darauf ab, herauszufinden, wie Intensivpflegekräfte ihre professionelle Identität und ihr Arbeitsumfeld beschrieben. Weiter sollen etwaige Intentionen den Beruf zu verlassen, erfasst werden. Hieraus sollen Informationen über die Motivation der Pflegenden und Aspekte zur Steigerung der Attraktivität des Berufsfeldes gewonnen werden.

Die folgenden Forschungsfragen wurden hierfür formuliert:

1. Wie beschrieben Intensivpflegekräfte ihre professionelle Identität?
2. Wie beschreiben Intensivpflegekräfte ihr Arbeitsumfeld?
3. Beschreiben Pflegekräfte Intentionen ihren Beruf zu verlassen?
4. Welche Form der motivationalen Orientierung liegt bei den Interviewten vor?

5. Welche beeinflussenden Aspekte beschreiben die Intensivpflegekräfte hinsichtlich der Attraktivität des Arbeitsfeldes?

Methoden

Die Studie wurde als qualitative Interviewstudie mit einem halbstrukturierten Interviewleitfaden konzipiert und anhand der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring, 2015) ausgewertet. Da die Studie individuelle Einschätzungen der Pflegenden ihrer Motivation, ihrer professionellen Identität und des Arbeitsumfeldes fokussiert, scheint ein qualitatives Forschungsdesign angemessen. Die Ergebnisse der Interviews wurden nachfolgend in die Self-determination Theory (Ryan & Decy, 2000) übertragen und auf das General Model of Job Quality (Muñoz de Bustillo et al., 2009) angewendet. Dies soll Aussagen bezogen auf die Motivatoren der Pflegenden und den damit verbundenen Aspekten eines attraktiven Arbeitsumfeldes ermöglichen.

Entwicklung des Interviewleitfadens

Für die Interviews wurde theoriebasiert ein halbstrukturierter Interviewleitfaden entwickelt. Die theoretischen Konzepte zur professionellen Identität, zur Wahrnehmung des Arbeitsumfelds und zur Intention den Beruf zu verlassen stellten dafür die Basis dar. Der Interviewleitfaden bestand aus vier Bereichen. Zu Beginn der Interviews wurden die Teilnehmenden gebeten, Angaben zu ihrer Person und zu ihrem beruflichen Hintergrund zu machen (z.B. Jahr des Berufsabschlusses, Berufserfahrung). Im folgenden Teil wurden Fragen zur Wahrnehmung der eigenen beruflichen Identität gestellt. Die Teilnehmenden wurden gebeten, zu allen

Komponenten der professionellen Identität (Wissen und Fähigkeiten, Einstellungen und Werthaltungen) Fragen zu beantworten. Im daran anschließenden Teil wurden die Teilnehmenden nach ihren Intentionen den Pflegeberuf zu verlassen gefragt. Abhängig von der Antwort der Teilnehmenden wurde hier noch Gründe eruiert. Im letzten Teil des Interviews wurden Fragen zur Wahrnehmung des Arbeitsumfelds gestellt. Die Fragen bezogen sich auf die Bereiche Team (z.B. Zusammenarbeit), Struktur (z.B. Arbeitszeiten) und Organisation (z.B. Führungsverhalten von Vorgesetzten).

Datenerhebung

Die Durchführung der Interviews erfolgte telefonisch oder durch ein Online-Meeting via Zoom. Die jeweilige Form wurde mit den Teilnehmenden im Vorfeld der Interviews vereinbart. Die Akquise der Teilnehmenden erfolgte anhand von E-Mail-Anfragen. Vor Beginn der Interviews wurden die Teilnehmenden per E-Mail mit Informationen zum Umgang mit personenbezogenen Daten versorgt und unmittelbar vor der Befragung das informierte Einverständnis der Durchführung eingeholt. Die Interviews erfolgten im häuslichen Umfeld der Pflegenden. Die Interviewlänge betrug zwischen 16 und 40 Minuten. Bei insgesamt 9 Interviews wurde eine Datensättigung erreicht. Dies bezieht sich sowohl auf die code saturation, also der Punkt, an dem keine neuen Aspekte genannt werden, als auch auf die meaning saturation, dem Punkt, an welchem keine neuen Bedeutungszusammenhänge mehr gefunden wurden (Hennink, et al., 2017).

Einschlusskriterien

Insgesamt haben sich neun Pflegende aus fünf Kliniken für ein

Interview bereit erklärt. Die Kliniken haben ihren Standort in Baden-Württemberg. Alle Teilnehmenden mussten im Bereich der Intensivpflege arbeiten. Die Definition dieses Einschlusskriteriums war wichtig, um eine Vergleichbarkeit der Aussagen zu gewährleisten.

Datenaufbereitung und Auswertung

Das Datenmaterial wurde zwischen März und Juli 2022 erhoben. Die Aufnahme der Interviews erfolgte anhand eines digitalen Aufnahmegerätes. Danach wurden die Daten am PC anonymisiert und ausgewertet. Die Datenauswertung erfolgte mittels MAXQDA 2020. Die deduktiv gebildeten Kategorien des Interviewleitfadens dienten als Grundlage von neu gebildeten Kategorien aus dem Material. Das Datenmaterial wurde mit einer zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) ausgewertet. Nach

der Entwicklung neuer Kategorien aus dem Material, wurde auch das bereits bearbeitete Material erneut bearbeitet.

Ergebnisse

Die Ergebnisse der Interviewstudie werden nachfolgend anhand der gebildeten Kategorien (siehe hierzu Tabelle 1) dargestellt.

Beschreibung der Stichprobe

Von den teilnehmenden Pflegenden (N=9) waren drei Pflegende männlich und sechs Pflegende weiblich. Diese waren im Durchschnitt 39.9 Jahre alt und verfügten über eine durchschnittliche Berufserfahrung in der Pflege von 19.4 Jahren. Die Teilnehmenden haben ihren Berufsabschluss in den Jahren zwischen 1993 und 2015 absolviert. Von den Pflegenden verfügen sieben über eine Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpfleger_in, zwei über eine Ausbildung zur Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger_in.

Eine Person hat zusätzlich eine Ausbildung zur Rettungsanwältin_in. Insgesamt haben sechs Personen eine Weiterbildung in der Intensivpflege, drei Personen im Bereich der Anästhesie, drei Personen haben eine Weiterbildung zur pädiatrischen Intensivfachkraft und zwei Personen sind als Praxisanleitende tätig. Von den insgesamt neun Pflegekräften absolvieren zum Zeitpunkt des Interviews sieben Personen ein pflegebezogenes Bachelorstudium. Tabelle 2 fasst die Charakteristika der Stichprobe zusammen.

Hauptkategorie Professional Identity

Die Hauptkategorie „Professional Identity“ umfasst die Subkategorien „Wissen und Fähigkeiten“ und „Verhalten und Handeln“. Diese werden folgend ausführlich beschrieben.

Wissen und Fähigkeiten

In Bezug auf ihr Wissen und ihre

Hauptkategorie	Beispielfrage	Unterkategorie
Personal identity	Wie würden Sie sich als Pflegekraft beschreiben?	Wissen/Fähigkeiten Verhalten/Handeln
Perception of work environment	Erinnern Sie sich noch an eine Situation in Ihrem Berufsleben in der Sie mit der Ausübung ihres Berufes nicht zufrieden waren?	Wünsche Notwendige Änderungen Belastende Situationen Team Persönliche Rahmenbedingungen Führung Andere Berufsgruppen
Intention to leave	Haben Sie schon mal darüber nachgedacht Ihren Arbeitsplatz zu wechseln oder die Pflege-Profession zu verlassen?	Berufsausstieg Gründe

Tabelle 1: Auszug aus dem Kategoriensystem

Gesamt		N=9
Geschlecht	männlich	N=3
	weiblich	N=6
Berufsabschluss	Gesundheits- und Krankenpflege	N=7
	Gesundheits- und Kinderkrankenpflege	N=2
	Rettungssanitäter_in	N=1
Weiterbildungen	Intensivpflege	N=6
	Pädiatrische Intensivpflege	N=3
	Praxisanleitung	N=2
	Mittelwert	SD
Alter	M= 39.9 Jahre	10.76
Berufserfahrung	M= 19.4 Jahre	10.20

Tabelle 2: Beschreibung der Stichprobe

Fähigkeiten sehen acht Pflegende vor allem ihr eigenes positives Interesse an Kompetenzerweiterung als relevant. Weiter beschrieben fünf Pflegende in diesem Zusammenhang die Berufserfahrung im Setting und zwei Pflegekräfte die Reflexionsfähigkeit als notwendige Komponenten. Als hemmend in diesem Bereich wird die fehlende oder schlechte Einarbeitung im Bereich der Intensivstationen (N=3) beschrieben.

Das folgende Interviewbeispiel zeigt, wie die Einarbeitung in Zeiten der Corona-Pandemie gelitten hat.

„[...] wir [...] sind dann zu Coronazeiten zur Intensiv geworden, wo man dann beatmen mussten, Dialyse machen mussten, da hatte ich null Ahnung. [...] das schönste war eine Dialyse mit YouTube aufbauen, weil keiner Zeit hatte uns zu zeigen wie das funktioniert und sich keiner aus dem Isobereich ausschleusen konnte. YouTube Dialyseaufbau angemacht und das erste, die erste Kassette

Filter haben wir verworfen, weil wir die falsch aufgemacht haben, das waren dann mal 300 Euro im Müll, aber ist halt so wenn keiner kommt. Pech fürs Haus und dann Schritt für Schritt mit YouTube und das hat sogar funktioniert“ (ST_08).

Darüber hinaus werden die neue Technik, fehlende Erfahrung im Setting, unpassende oder ungenügende Weiterbildungen sowie strukturell bedingte Veränderungen im Patient_innenspektrum genannt.

Verhalten und Handeln

Wenn Pflegende beschreiben, was ihnen bei der Durchführung pflegerischer Interventionen wichtig ist, dann nennen diese am häufigsten den Aspekt der Individualität der pflegerischen Handlung (N=5). Darüber hinaus wird in diesem Zusammenhang die Zielgerichtetheit der Intervention (N=2), das Arbeiten nach Standards, die Sinnhaftigkeit der Handlungen, das Feedback der Patient_innen,

sowie die professionelle Durchführung der Interventionen nach der informierten Einverständnis beschrieben. Als negativ werden hierbei Zeitdruck (N=4) und der eigene Ehrgeiz empfunden. Eine Pflegekraft beschreibt dies folgendermaßen.

„Zeit. [...] dass uns ständig diese Zeit fehlt pflegerische Handlungen auszuführen, [...] ich muss das jetzt irgendwie schneller erledigen, ich mache das kurz selber und dann gebe ich jemandem, der vielleicht noch im Lernen ist, als neuer Mitarbeiter, frisch examinierter Kollege, [...] nicht diese Zeit das selber auszutüfteln, selber den Weg zu finden und dadurch selber seine Kompetenz aufzubauen, handeln zu können und das finde ich sehr schade“ (ST_07).

Hauptkategorie Arbeitsumfeld

Die Hauptkategorie „Arbeitsumfeld“ umfasst die Subkategorien „Wünsche“, „Notwendige Änderungen“, „Belastende Situationen“,

„Team“, „Persönliche Rahmenbedingungen“, „Führung“ und „Andere Berufsgruppen“. Auf diese Kategorien soll nun nachfolgend eingegangen werden.

Team

Bei der Beschreibung des Pflorgeteams, in dem die Pflegenden arbeiten, werden am häufigsten das wechselnde Personal und die daraus entstehende Anonymität (N=4) und Frustration innerhalb des Pflorgeteams genannt (N=3). Darüber hinaus wird von Konflikten innerhalb des Teams aufgrund von Coronaimpfungen, Unzufriedenheit und Stress berichtet. Aber auch positive Dinge werden berichtet. So wird von einer bereichernden Heterogenität des Pflorgeteams, ein sich aufeinander verlassen können, einer guten Zusammenarbeit und von engagierten Pflorgeteams (freiwillige Überstunden, kurzfristiges Einspringen, Aushelfen) berichtet.

„Also unser Team ist ein ganz, ganz tolles Team. Das muss man wirklich sagen, da kann man sich wirklich auf jeden verlassen. Und also wir brauchen gar nicht viel miteinander zu reden, wenn der eine sieht, die Kollegin schafft jetzt die Aufgabe nicht mehr wird das von der anderen Kollegin übernommen. Also unser Team ist wirklich spitze, da lasse ich gar nichts darauf kommen“ (ST_06).

Persönliche Rahmenbedingungen

Bezüglich ihrer persönlichen Rahmenbedingungen berichten die Pflegenden von vielen Überstunden (N=3) und häufigen Wechselschichten (N=2). Individuelle Weiterbildungen werden von den Arbeitgebern unterstützt (N=2) erfolgen aber auch eigeninitiativ. Individuelle Wünsche werden bei der Dienstplangestaltung berücksichtigt (N=3).

Führung

Bei der Beschreibung der Führung im Umfeld der Pflegenden wird von fehlendem Interesse an den Pflegenden in der Führungsebene (PDL, Pflegedirektion) (N=3) und von fehlendem Informationsfluss (N=2) gesprochen. Auf der Ebene der Pflegegruppe wird jedoch auch von einer guten Organisation durch die Stationsleitung genannt. Darüber hinaus berichten die Pflegenden von einem Verheizen der Pflegekräfte, von Wechseln in der Führungsebene, von einer betriebswirtschaftlichen Fokussierung, von fehlender Führung, von einem Fehlen aktueller Ausstattung und von einer männerdominierten Führungsebene berichtet. Eine Pflegekraft berichtet hierzu folgendes.

„[...] was viele bei uns ärgert zum Beispiel sind, dass wir keine weibliche Führungskraft haben, sondern nur Männer in Führungsebene, was natürlich ein bisschen schwierig ist. Bei so einem großen Anteil an Frauen, wünscht man sich das einfach, dass man eine weibliche Ansprechpartnerin hat. Ansonsten aber sind unsere Führungsebenen eigentlich relativ gut aufgeteilt. Jeder hat so seinen Arbeitsbereich, worum er sich kümmert. Genau. [...] Könnte besser sein, könnte aber auch schlechter sein“ (ST_09).

Andere Berufsgruppen

In der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen beschreiben die Pflegenden Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit mit Ärzt_innen (N=4) und eine starken Personalfluktuations (N=2) aber auch eine gute Zusammenarbeit mit Ärzt_innen und Physiotherapeut_innen (N=2). Eine Pflegekraft beschreibt hierzu folgendes.

„Also wir haben einen relativ guten Draht zu unseren Ärzten. Also auf der Intensivstation ist es ja noch

immer ein bisschen was anderes wie jetzt auf einer Normalstation, weil wir sehr eng mit den Ärzten zusammenarbeiten. Aber die sind natürlich auch [...] am Limit und man hat zum Beispiel gemerkt, dass die [...] in der Coronazeit immer diesen Anspruch hatten, sie müssen jetzt jeden Patienten retten. Und die Coronapatienten waren einfach oft nicht zu retten [...] und die haben immer die Schuld bei sich gesucht und das hat man gemerkt. Die waren brutal frustriert und traurig und wussten einfach nicht sich selber irgendwie da zurecht zu finden in dieser Situation“ (ST_09).

Belastende Situationen

Die Pflegenden wurden ebenfalls darum gebeten, eine belastende Situation zu beschreiben, die sie in ihnen aus ihrer beruflichen Praxis am meisten in Erinnerung geblieben ist. Hier wurden die Betreuung von zu vielen Patient_innen pro Pflegekraft (N=2) sowie die Arbeit mit unerfahrenen Ärzt_innen im Intensivbereich genannt (N=2). Eine Pflegekraft berichtet hierzu folgendes.

„Was ich am wichtigsten empfand, war ein Patient bei uns an der Beatmung [...], schwer krank, schon sterbend, der eigentlich schon tot im Bett lag und die Beatmung noch weiterlief und ich die Ärztin gebeten habe doch das Gerät abzustellen. Da das aber eine sehr junge Ärztin war, die keine Ahnung hatte, keinen Mut hatte und wir diesen halbtoten Patienten weiter be[atmet] haben, ohne Konsequenz. Und das war für mich so, dass ich nach einer Stunde den Oberarzt angerufen habe und gesagt habe er soll bitte danach gucken, das ist einfach menschenunwürdig“ (ST_08).

Darüber hinaus werden die Zermürbung aufgrund der langen Pandemiedauer, die Ungewiss-

heit zu Beginn von Corona, die Stigmatisierung der Pflegenden zu Beginn der Pandemie, Überforderung, tragische und unwürdige Situationen sowie dem eigenen Standard nicht gerecht zu werden von den Pflegenden genannt. Eine Pflegekraft gibt an, keine belastenden Situationen erlebt zu haben.

Hauptkategorie Intention to leave

Die Hauptkategorie „Intention to leave“ umfasst die Subkategorien „Berufsausstieg“ und „Gründe“. Diese werden nachfolgend näher dargestellt.

Berufsausstieg

In dieser Kategorie wurden die Pflegenden gefragt, ob sie bereits überlegt haben aus ihrem Beruf auszusteigen. Hierbei werden von sechs Personen Gedanken zu einem Berufsausstieg genannt, und

drei Personen geben an, nicht darüber nachgedacht zu haben, den Beruf zu verlassen.

Gründe

Als Gründe dafür, den Beruf nicht gewechselt zu haben, werden die folgenden Aspekte genannt. Am häufigsten geben die Pflegenden an in der Pflege ihren Traumberuf gefunden zu haben (N=3), auch das Pflgeteam (N=2) wird als relevanter Faktor berichtet. Darüber hinaus werden die entwickelte Expertise im Berufsfeld, das Gehalt und der Spaß am Beruf als ebenso relevant berichtet, wie die finanzielle Bindung an die Klinik und die Erkenntnis, dass es in einem anderen Bereich ebenfalls nicht besser sei.

„Von der Tätigkeit selber das, was ich gerne mache, [...] also da ist es mein Traumberuf, so muss ich ehrlich zugeben. Also ich könn-

te mir jetzt keinen anderen Beruf vorstellen, den ich jetzt lieber ausführen würde“ (ST_04).

führen würde“ (ST_04).

Motivation für den Beruf

Um eine Aussage darüber machen zu können, mit welcher Art der Motivation die Pflegenden ihren Beruf ausüben, wurden die Antworten der Kategorien „Personal Identity“, „Intention to leave“ und die Subkategorien „Wünsche“ und „Notwendige Änderung“ der Kategorie „Arbeitsbedingungen“ nochmals induktiv analysiert. Das vorab erstellte Kategoriensystem baut hierbei auf der Self-determination Theory (Ryan & Decy, 2000) auf (siehe hierzu Tabelle 3).

Die hieraus entwickelte Matrix gibt Aufschlüsse darauf, was Pflegende in den Intensivstationen als motivierend und weniger mo-

Subkategorie	Extrinsic motivation				Intrinsic motivation
	External regulation	Introjection	Identification	Integration	
Wissen/Fähigkeiten (+)			Ausreichende Materialien (N=1)	Kollegiale/Interprofessionelle Beratung (N=1) Ruhe (N=1)	Erfahrung (N=5) Reflexionsfähigkeit (N=2) Interesse an Kompetenzerweiterung (N=8) Erfinderisch sein (N=1)
Wissen/Fähigkeiten (-)	Strukturelle Veränderungen (N=1) neue Technik (N=1)	fehlende/schlechte Einarbeitung (N=3) Unpassende/ungenügende Weiterbildung (N=1)			Fehlende Erfahrung im Setting (N=1)
Verhalten/Handeln		Feedback (N=1) Informed consent (N=1)		Standards (N=1) Ruhe (N=1)	Sinnhaftigkeit (N=1) Zielgerichtet (N=2) Individuell (N=5) Professionell (N=1)
Gründe (Stay but WHY?)	Gehalt (N=1) Finanzielle Bindung (N=1)			Team (N=2)	Expertise (N=1) Spaß bei der Arbeit (N=1) Traumberuf (N=3) Wo anders ist es auch nicht besser (N=1)
Wünsche	Anerkennung akademisierter Pflege (N=1) Personelle Situation (N=2)	Anerkennung Klinik (N=1) Rückhalt/Unterstützung (N=1)	Pflege wie gelernt durchführen (N=1) Pflege muss sich selbst würdigen (N=1)	Positiver Blick der Pflegenden (N=1)	
Notwendige Änderungen	Stellenwert des Berufes (N=1) Zeitdruck (N=1) DRGs (N=1) Rahmenbedingungen (personell, interprofessionell) (N=11)	Ausstattung (N=1) Schulungen (N=1)			

Tabelle 3: Ergebnisse im Kontext der Self-determination Theory (Ryan & Decy, 2000)

tivierend in der Ausführung ihres Berufes empfinden. Hierbei zeigt sich, dass sich die Pflegenden im Rahmen dieser Studie als sehr intrinsisch motiviert beschreiben und somit über ein hohes Maß an Selbstbestimmung verfügen. Dies zeigt sich hauptsächlich in den positiv ausgerichteten Beschreibungen von ausreichendem Wissen und Fähigkeiten. Hier können alle Kategorien in den Bereich der internen Regulation eingeordnet werden. Am häufigsten wird die intrinsische Regulation (N=16) von den Pflegenden beschrieben. Im Gegensatz hierzu können die genannten negativ wahrgenommenen bzw. hemmenden Faktoren dieser Unterkategorie als nicht selbstbestimmt beschrieben werden. So werden am häufigsten Aspekte, die sich in die introjierte Regulation (N=4) einordnen lassen, genannt. Die Präferenzen bei der Durchführung von pflegerischen Interventionen die in der Unterkategorie „Verhalten/Handeln“ beschrieben werden, zeichnen sich ebenfalls durch eine hohe Selbstbestimmung und intrinsischer Motivation (N=9) aus. Bei der Beschreibung des Arbeitsumfeldes (Perception of work environment) kann ein Großteil der genannten Wünsche und notwendigen Änderungen der externalen Regulation zugeordnet werden (N=3). Auch die Ergebnisse aus der Beschreibung notwendiger Änderungen in diesem Bereich lassen sich hauptsächlich in der externalen Regulation (N=14) wiederfinden. Diese sind aufgrund einer geringen Selbstbestimmung nur bedingt durch die Pflegenden beeinflussbar. Die genannten Gründe für die Durchführung des Berufes können sowohl der integrierten Regulation (N=2) als auch der intrinsischen Regulation (N=6) zugeordnet werden und sind somit von einer hohen Selbstbestimmung geprägt.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass diese Studie Hinweise darauf gibt, dass Pflegende auf den Intensivstationen ein hohes Maß an Selbstbestimmung benötigen, um ihren Beruf auszuführen. Dies bezieht sich auf die praktische Tätigkeit selbst, auf die individuellen Bedeutungszusammenhänge und Einstellungen, als auch auf die Gründe, warum sie ihren Beruf ausüben. Eine Person beschreibt hierzu folgendes: „Ja mir macht meine Arbeit Spaß, ja. Also das, was Inhalt meiner täglichen Aufgaben ist, macht mir einfach Spaß“ (ST_03). Fremdgesteuerte Faktoren wie die Rahmenbedingungen, sowohl personell als auch interprofessionell, werden als negativ wahrgenommen. Eine Pflegekraft bezieht sich hierbei auf die Dienstplanung: „Also unser Dienstplan ist schon ziemlich happig, vor allem als Hundert-Prozent-Kraft. Viele Spät-Früh-Wechsel, viele Nächte und das ist halt für den Biorhythmus wirklich manchmal der Tod. Und bei uns ist halt auch so, dass wir viele Dienste dann am Stück haben, und das schlaucht mich halt zum Beispiel unwahrscheinlich. [...] Ich schreibe keinen Dienstplan selber, aber ich wünsche mir manchmal schon, dass man den anders schreibt [...]“ (ST_05).

Attraktivität des Berufsfeldes

Um Aussagen darüber treffen zu können, welche Aspekte relevant für die Qualität des Berufsfeldes gesehen zu können, wurden die Ergebnisse auf Basis des General Model of Job Quality (Muñoz de Bustillo et al., 2009) interpretiert (siehe hierzu Abbildung 2). Im Bereich Beschäftigungsqualität (job quality) scheinen hauptsächlich der Bereich der Überstunden (working hours) und damit verbunden die personelle Ausstattung re-

levant zu sein. Auch die Arbeit mit einem Wunschplan (distribution of working hours) scheint hierbei empfehlenswert. Im Bereich der Arbeitsqualität scheinen eine umfassende Einarbeitung neuer Kolleg_innen und Maßnahmen zur Stärkung des Pflgeteams (social working environment) bedeutsam zu sein. Die Wichtigkeit der Individualität der pflegerischen Interventionen setzt ein hohes Maß an Entscheidungsspielraum und Autonomie der Pflegenden voraus (work autonomy). Auch dies kann auf der Basis dieser Arbeit empfohlen werden. Das General Model of Job Quality (Muñoz de Bustillo et al., 2009) gibt darüber hinaus die Faktoren *participation* und *skill development* als Aspekte an, die sowohl die *work quality* als auch die *employment quality* positiv beeinflussen. Die Pflegenden beschreiben sich im Kontext dieser Erhebung mit einem hohen Maß an Weiterbildungsmotivation (skill development). Hierzu beschreiben die Pflegenden beispielsweise folgendes: „Und ja ich weiß nicht, ich würde schon manchmal sagen, dass ich mich schon auch reflektieren kann und dann schon auch Defizite wahrnehme und dann da auch versuche mich weiterzubilden“ (ST_01).

Darüber hinaus lässt sich das hohe Maß an Selbstbestimmung (siehe hierzu Motivation für den Beruf) in der pflegerischen Arbeit (participation), welche die Pflegenden beschreiben, als ebenfalls relevant für beide Aspekte der job quality feststellen. Eine Pflegekraft führt in diesem Zusammenhang die Qualität der angebotenen Pflege an: „Also für mich selber ist die Qualität der Pflege wichtig. An erster Stelle, dass sich der Patient wohl fühlt. Und dass ich Zeit dafür habe, das auch ordentlich zu machen“ (ST_08).

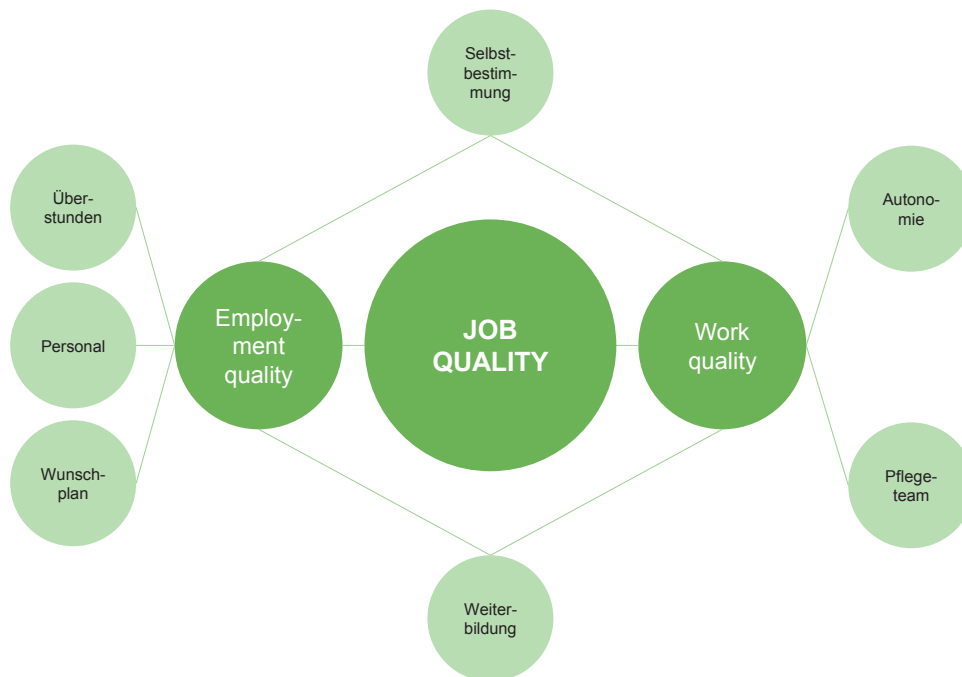


Abbildung 2: Ergebnisse im Kontext des General Model of Job Quality (Eigene Darstellung nach Muñoz de Bustillo et al., 2009, S. 122)

Diskussion und Ausblick

Die durchgeführten Interviews zeigen in der Kategorie professional identity (in Bezug auf Forschungsfrage 1), dass die Pflegenden auf den Intensivstationen sich mit einem hohen Maß an Weiterbildungsmotivation beschreiben und eine schlechte Einarbeitung in den Intensivbereich eine große Hürde darstellt. In der direkten pflegerischen Tätigkeit ist ihnen die Individualität von pflegerischen Interventionen am wichtigsten. Der Zeitdruck hierbei wird diesbezüglich als größte Hürde beschrieben. Die Antworten die der Kategorie perception of work environment zugeordnet werden konnten (Forschungsfrage 2) machen deutlich, dass die Pflegenden eine Notwendigkeit in der Veränderung von Rahmenbedingungen, wie beispielsweise der personellen Ausstattung oder der Unterstützung von Weiterbildungen, sehen. Die Zusammensetzung der Pfl-

geteams wird hierbei als häufig wechselnd beschrieben, was als frustrierend empfunden wird. Die Zusammenarbeit mit unerfahrenen Ärzten im Setting wird als eher negativ gesehen. Die Pflegenden können individuelle Wünsche in der Dienstplangestaltung einbringen, klagen jedoch auch über viele Überstunden. Als belastend nehmen die Pflegenden auch die Verantwortlichkeit für zu viele Patient_innen in einem Dienst wahr. Die Führung, abgesehen von der Ebene der Pflegegruppen, wird als desinteressiert an den Pflegenden wahrgenommen. Unabhängig davon, dass zwei Drittel der interviewten Pflegenden angeben, sich schon mal Gedanken über einen Ausstieg aus dem Beruf (Forschungsfrage 3) gemacht zu haben, beschreiben die Pflegenden ihren Beruf als Traumberuf und das Pflegeteam als relevanten Faktor für einen Berufsverbleib. Die Einordnung der Ergebnisse

in die Self-determination Theory (Forschungsfrage 4; Ryan & Decy, 2000) zeigt weiterführend, dass die Pflegenden über eine sehr hohe intrinsische Motivation verfügen. Hier scheint es den Pflegenden bei den positiv empfundenen Aspekten um eine hohe Selbstbestimmung zu gehen. Die beschriebenen Wünsche und Hürden scheinen zum Großteil durch ein hohes Maß an Fremdbestimmung charakterisiert zu sein, wodurch diese durch die Pflegenden nicht direkt beeinflussbar sind. Mit der Interpretation dieser Ergebnisse durch das General Model of Job Quality (Muñoz de Bustillo et al., 2009; Forschungsfrage 5) konnten einige Implikationen abgeleitet werden, die relevant für die Jobqualität der Pflegenden im Bereich der Intensivpflege zu sein scheinen.

Methodische Reflexion

Die vorliegende Studie soll nun anhand der Gütekriterien von qualitativer Forschung nach Mayring (2015) reflektiert werden. Mayring beschreibt hierbei die Aspekte Verfahrensdokumentation, Argumentative Interpretationssicherung, die Nähe zum Gegenstand, die Regelgeleitetheit, die kommunikative Validierung und die Triangulation (Mayring, 2015). Die Verfahrensdokumentation wurde im Rahmen dieser Arbeit durchgeführt und das Vorgehen bei der Datenerhebung und –auswertung dargelegt. Die interpretative Argumentationsabsicherung wurde anhand von Beispielzitate in den einzelnen Kategorien und Unterkategorien dargestellt. Die Nähe zum Gegenstand ergibt sich aus dem pflegerischen Hintergrund der Forschenden. Hier bleibt einschränkend festzuhalten, dass beide Forschenden über keinerlei praktische Erfahrung im Intensivpflegebereich verfügen. Dem Kriterium der Regelgeleitetheit wird einerseits durch die Verwendung eines standardisierten Interviewleitfadens hergestellt, zum anderen durch das vorgegebene Vorgehen in der Auswertung nach der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015). Zur Sicherstellung der kommunikativen Validierung wurden allen interviewten Pflegenden die Möglichkeit gegeben die Transkripte auf ihre inhaltliche Passung hin zu überprüfen. Keiner der Pflegenden nahm dieses Angebot an. Dem Kriterium der Triangulation wird durch die Verwendung der Self-Determination Theory und dem General Model of Job Quality entsprochen, um die genannten Kategorien hinsichtlich ihrer Ausrichtung bezüglich der Selbstbestimmung zu analysieren.

Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse dieser Studie zei-

gen unterschiedliche Aspekte auf, wie Pflegende im Intensivpflegebereich sich ihren Beruf und ihr Berufsumfeld wahrnehmen. Darüber hinaus werden Aspekte beschrieben, an denen angesetzt werden kann, um für Pflegende ein attraktives Arbeitsumfeld zu gestalten. Als Implikationen für die pflege(pädagogische) Praxis lassen sich sowohl theoretische als auch praktische Bedarfe ableiten. Den Wunsch der Pflegenden an Weiterbildungsangeboten teilzunehmen, gilt es durch die Entwicklung von bedarfsgerechten Angeboten zu fördern. Es gilt pädagogisch fundierte Einarbeitungskonzepte zu entwickeln, um einer großen genannten Hürde angemessen zu begegnen. Abschließend lässt sich festhalten, dass ein hohes Maß an Selbstbestimmung und der damit verbundenen Förderung der intrinsischen Motivation, ein hohes Maß an Ausbildungs-, Fort und Weiterbildungsqualität voraussetzt. Dies ist bezogen auf weiterführende Forschung zu evaluieren. Darüber hinaus sollten weitere Meinungen und Daten von Pflegenden aus dem Intensivpflegebereich erhoben werden, um den Pflegenden eine Stimme zu geben und Faktoren aufzudecken, welche die Attraktivität der Ausführung des Berufes steigern. Dies ist ebenfalls hinsichtlich weiterer pflegerischer Settings und Spezialisierungen zu denken. So kann die Qualität des Pflegeberufs weiterentwickelt und die Attraktivität gesteigert werden.

Literatur

Anselmann, V., & Bohn, B. (2022). Nurses' Professional Identity and Information Needs in the time of Covid-19: A Latent Cluster Analysis. *Journal of Nursing Education and Practice*, 12(12), 1–8.

Begerow, A., Michaelis, U., & Gai-

dys, U. (2020). Wahrnehmungen von Pflegenden im Bereich der Intensivpflege während der COVID-19-Pandemie. Ein qualitativer Survey. *Pflege*, 33(4), 229-236.

Chan, Z. C., Tam, W. S., Lung, M. K., Wong, W. Y., & Chau, C. W. (2013). A systematic literature review of nurse shortage and the intention to leave. *Journal of nursing management*, 21(4), 605–613. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2012.01437.x>

Deci, E. L., & Ryan, R.M. (1993). Die Selbstbestimmungstheorie der Motivation und ihre Bedeutung für die Pädagogik. *Zeitschrift für Pädagogik*, 39(2), 223-238.

Gräske, J., Forbrig, Th. A., Koppe, L., Urban, S., Neumann, F., & Boguth, K. (2021). Gratifikationskrisen, Arbeitsfähigkeit und Wunsch nach beruflichen Veränderungen – eine Querschnittsstudie bei 6 Pflegepersonen. *Das Gesundheitswesen*. Online veröffentlicht am 23.12.2021.

Hennink, M. M., Kaiser, B. N., & Marconi, V. C. (2017). Code saturation versus meaning saturation: how many interviews are enough? *Qualitative health research*, 27(4), 591-608.

Hinno, S., Partanen, P., & Vehviläinen-Julkunen, K. (2011). Hospital nurses' work environment, quality of care provided and career plans. *International nursing review*, 58(2), 255-262.

Holland, J. L., Johnston, J. A., & Asama, N. F. (1993). The Vocational Identity Scale: A diagnostic and treatment tool. *Journal of career assessment*, 1(1), 1-12.

Isfort, M. (2017). Evaluation der Pflegebedingungen auf Inten-

sivstationen. *Medizinische Klinik – Intensivmedizin und Notfallmedizin*, 112, 543–549.

Kluge, S., Janssens, U., Welte, T., Weber-Carstens, S., Marx, G. & Karagiannidis, C. (2020). Empfehlungen zur intensivmedizinischen Therapie von Patienten mit COVID-19. *Medizinische Klinik – Intensivmedizin und Notfallmedizin*, 115(3), 175 – 177.

Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. 12., aktualisierte und überarbeitete Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Muñoz de Bustillo, R., Fernández-Macías, E., Antón, J. I., & Esteve, F. (2009). Indicators of job quality in the European union. Brüssel, Europäisches Parlament. Abgerufen von <https://www.europarl.europa.eu/document/activities/cont/201107/20110718ATT24284/20110718ATT24284EN.pdf> [03.11.2023].

Piotrowski, A., Sygit-Kowalkowska, E., Boe, O., & Rawat, S. (2022). Resilience, Occupational Stress, Job Satisfaction, and Intention to Leave the Organization among Nurses and Midwives during the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(11), 6826.

Rasmussen, P., Henderson, A., Andrew, N., & Conroy, T. (2018). Factors influencing registered nurses' perceptions of their professional identity: An integrative literature review. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 49(5), 225-232.

Raso, R., Fitzpatrick, J.J., & Masik, K. (2021). Nurses' intent to leave their position and the profession

during the COVID-19 pandemic. *The Journal of Nursing Administration*, 51(10), 488-494.

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000): Intrinsic and Extrinsic Motivations: Classic Definitions and New Directions. *Contemporary Educational Psychology*, 25, 54-67.

Shengxiao, N., Chao, S., Lei, W., & Xia, W. (2021). The professional identity of nursing students and their intention to leave the nursing profession during the coronavirus disease (COVID-19) pandemic. *Journal of Nursing Research*, 29(2), e139.

Simon, M., Tackenberg, P., Haselhorn, H.-M., Kümmerling, A., Büscher, A., & Müller, B.H. (2005). Auswertung der ersten Befragung der NEXT-Studie in Deutschland. Universität Wuppertal.

Suliman, M., & Aljezawi, M. (2018). Nurses' work environment: indicators of satisfaction. *Journal of nursing management*, 26(5), 525–530.

Varasteh, S., Esmaeili, M., & Mazaheri, M. (2022). Factors affecting Iranian nurses' intention to leave or stay in the profession during the Covid-19 pandemic. *International Nursing Review*, 69(2), 139-149.

Wissenschaftliche Weiterbildung - Innovative Zertifikate für Berufstätige im Bildungs- und Gesundheitssektor



Andreas Jon Grote © Ressort Hochschulkommunikation, 2019

Speziell für Berufstätige im Bildungs- und Gesundheitssektor konzipiert, bieten wir Ihnen die Möglichkeit, an Kursen teilzunehmen, die auf die aktuellen Anforderungen und Dynamiken in Ihren Berufsfeldern eingehen.

Unsere Motivation: Wissenschaftliche Anpassung an berufliche Anforderungen

Das Berufsleben unterliegt einem ständigen Wandel, wobei neue Erkenntnisse und evidenzbasierte Ansätze unverzichtbar sind. Unsere Programme bieten nicht nur die Möglichkeit, diesen Herausforderungen zu

begegnen, sondern auch aktiv dazu beizutragen. Durch die Integration neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse in Ihr berufliches Handeln tragen Sie maßgeblich zur Fachkräftesicherung in Ihrem Bereich bei.

Unser Ansatz: Synergie zwischen Wissenschaft und Praxis

Unsere Fortbildungen sind darauf ausgerichtet, Ihre praxisrelevanten Fähigkeiten zu stärken. Wir unterstützen Sie dabei, aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse direkt mit Ihren beruflichen Erfahrungen zu verknüpfen. Unser Fokus liegt auf der Förderung Ihrer Innovationsfähigkeit, Reflexionskompetenz und Problemlösungsfähigkeit.



Andreas Jon Grote © Ressort Hochschulkommunikation, 2019

Unsere aktuellen Zertifikate:

- Schulmanagement und Schulentwicklung
- Handlungsfelder beruflichen Bildungspersonals im Gesundheitswesen
- Digitalisierung im Gesundheitsbereich – Entwicklungen und Herausforderungen
- Virtuelle Realität in der gesundheitsberuflichen Bildung

Weitere Informationen und Kontaktdaten zu den jeweiligen Zertifikatsangeboten finden Sie unter: ↗ <https://www.hsbi.de/gesundheit/wissenschaftliche-weiterbildung>



Eingereicht: 22.10.2023
Genehmigt: 08.11.2023

doi: 10.61034/LLiG-15

Simone Windorf,
M.A., B.A.
Pflegepädagogin.
Examierte Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin
Bildungszentrum
Gesundheit
Rhein-Neckar GmbH



Prof. Dr. Joachim
von der Heide, M.A.
Dipl.-Pflegepädagoge (FH). Examinierter
Krankenpfleger,
Professor für Pflege-
wissenschaft
Hochschule für Wirtschaft und Gesellschaft
Ludwigshafen



Fühlen sich generalistisch ausgebildete Pflegefachpersonen für die pädiatrische Pflege ausreichend qualifiziert? Eine qualitative Studie über das Erleben der pädiatrischen Anteile in der Ausbildung

Abstract Deutsch

Hintergrund: Durch die im Jahr 2020 eingeführte generalistische Ausbildung werden die langjährig etablierten Ausbildungen in der Gesundheits- und Kranken-, Gesundheits- und Kinderkranken- und Altenpflege in einen Ausbildungsgang zusammengeführt. Es besteht die Gefahr, dass durch die generalistische Ausbildung an Pflegefachschulen, die die rein generalistische Ausbildung ohne Differenzierung im letzten Ausbildungsdrittel anbieten, den Ausbildungsschwerpunkt Pädiatrie nicht in voller Güte vermitteln.

Ziel: Das Ziel der qualitativen Studie ist, aus Sicht der Lernenden zu erfahren, wie diese ihre Ausbildung und den Wissenserwerb in der generalistischen Ausbildung erleben und inwieweit sie sich kurz vor dem Examen speziell auf den Bereich der pädiatrischen Versorgung vorbereitet fühlen.

Methoden: Zur Ermittlung des aktuellen Standes wurden zwölf leitfaden-gestützte Interviews mit Lernenden geführt. Die Daten wurden anhand der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet.

Ergebnisse: Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass sich Lernende nicht ausreichend auf den speziellen Aufgabenbereich der pädiatrischen Versorgung vorbereitet fühlen. Es besteht Bedarf an Weiterbildungs- und Qualifizierungsmaßnahmen im Anschluss an die generalistische Ausbildung.

In welcher Art sich die Weiterqualifizierung darstellt, ist noch offen.

Schlussfolgerung: Es besteht in Deutschland die Notwendigkeit, die Einarbeitungsphasen sowie Fort- und Weiterbildungen neuer Mitarbeiter:innen zu überarbeiten und zu verlängern, da sie an den Wissenstand der generalistisch Lernenden angepasst werden müssen. Pflegepädagog:innen müssen sich vermehrt mit dem exemplarischen Lernen auseinandersetzen. Es besteht weiterer Forschungsbedarf, der Aufschluss darüber geben kann, inwieweit die Generalist:innen in der Praxis ankommen und ob die generalistische Ausbildung Auswirkungen auf die qualitative Versorgung der Patient:innen im pädiatrischen Bereich aufweist.

Schlüsselwörter: Generalistik, Pflegeausbildung, Kinderkrankenpflege, pädiatrische Versorgung, qualitative Inhaltsanalyse, Mayring, Pflegeberufegesetz

Abstract English

Background: The generalist training introduced in 2020 brings together the long-established training courses in nursing, , pediatric nursing and geriatric care into one training course. There is a risk that the generalist training at nursing schools, which offer purely generalist training without differentiation in the last third of training, will not convey the training focus on pediatrics to its full potential.

Aim: The aim of the qualitative stu-

dy is to find out from the learners' perspective how they experience their training and the acquisition of knowledge in generalist training and to what extent they feel specifically prepared for the area of pediatric care shortly before the exam.

Methods: To determine the current status, twelve guideline-based interviews were conducted with learners. The data were analyzed using Mayring's summary content analysis.

Results: The results of the study show that learners do not feel adequately prepared for the specific area of pediatric care. There is a need for further training and qualification measures following generalist training. It is still unclear what type of further qualification will take place.

Conclusion: In Germany there is a need to revise and extend the induction phases as well as further training for new employees, as they must be adapted to the level of knowledge of generalist learners. Nursing educator: must increasingly deal with exemplary learning. There is a need for further research that can provide information about the extent to which generalists arrive in practice and whether generalist training has an impact on the quality of care provided to patients in the pediatric area.

Keywords: Generalistics, nursing training, pediatric nursing, pediatric care, qualitative content analysis, Mayring, Nursing Professions Act

Einleitung

Am 1. Januar 2020 begann eine neue Ära für die zukünftigen Pflegefachpersonen in Deutschland. Anstatt der bisher bekannten Ausbildungswege für Altenpflege, Gesundheits- und Kranken- bzw.

Gesundheits- und Kinderkrankenpflege wird nun an vielen deutschen Pflegefachschulen eine einheitliche generalistische Pflegeausbildung angeboten. Es gibt weiterhin die Möglichkeit, vor allem an Pflegefachschulen, die an Universitätskliniken angebunden sind, sich im letzten Ausbildungsdrittel für eine Fachrichtung wie der Altenpflege oder der Pädiatrie zu spezialisieren. Diese wegweisende Veränderung bringt eine umfassende Umgestaltung des Bildungssektors mit sich. Es ermöglicht den Lernenden, über einen Zeitraum von drei Jahren hinweg Kompetenzen zu entwickeln, um Menschen aller Altersgruppen und in unterschiedlichen Pflegesettings gemäß des Pflegeprozesses umfassend zu betreuen (Igl, 2019). Die Pflegefachschulen mussten neue, ganzheitliche Curricula auf Grundlage des Bundesrahmenlehrplans und der jeweiligen Landesrahmenlehrpläne entwickeln, die die Pflege von Menschen aller Altersgruppen, den Umgang mit deren Angehörigen sowie die individuellen Lebensbereiche der zu Pflegenden abdecken (PflBG, 2017, §5, Abs. 1).

Als zusätzliche Herausforderung brachte die im März 2020 aufkommende Corona-Pandemie noch eine unvorhersehbare Dynamik mit sich. Niemand konnte zu Beginn erahnen, welche Ausmaße diese Krise annehmen würde. Der erste Jahrgang der generalistischen Ausbildung musste teilweise auf digitalen Unterricht umgestellt werden, was die Umsetzung der neuentwickelten Curricula deutlich erschwerte.

Zu Beginn der Forschung standen die ersten Absolvent:innen der generalistischen Ausbildung kurz vor ihrem Staatsexamen und sind im Frühjahr 2023 als Vorrei-

ter:innen in die Arbeitswelt der Pflege eingetreten. Im Folgenden werden die Chancen und Problematiken, die mit dieser Umstellung einhergehen, genauer beleuchtet. Dabei wird der Fokus besonders auf den Bereich der pädiatrischen Versorgung gelegt.

Problemdarstellung

Die generalistische Pflegeausbildung ermöglicht den zukünftigen Pflegefachpersonen, in allen Arbeitsfeldern der Pflege zu arbeiten. Um dies umzusetzen, wird die Struktur der praktischen Ausbildung an die Gegebenheiten der Generalistik angepasst und der theoretische Unterricht wird auf alle Altersgruppen ausgerichtet. Für die Lehrenden der Pflegefachschulen wurden die Herausforderungen größer, so standen sie vor der Aufgabe, die Lernenden mit Kompetenzen auszustatten, über die sie selbst teilweise nicht verfügen. Lerninhalte sind nun, wie in der Abbildung 1 abgebildet, spiralförmig aufgebaut, was eine durchgehende Kommunikation im Team erfordert, um einen lückenlosen Informationsverlauf zu gewährleisten (Saul & Jürgensen, 2021, S. 44).

Vom Gesetzgeber wird gefordert, dass nun jede:r Pflegepädagog:in die eigenen Lerninhalte auf alle Altersgruppen anpassen und unterrichten kann. So kommt es, dass die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, die zuvor aus einer eigenständigen dreijährigen Ausbildung bestand, nun mit in den allgemeinen Unterricht fließt. Lehrinhalte können nur noch exemplarisch vermittelt werden und Lernende benötigen die Kompetenz, diese auf die unterschiedlichen Settings zu übertragen. Alle Pflegepädagog:innen stellen ihren Unterricht auf generalistische Vorgaben um, unabhängig



Abbildung 1: Spiralförmiger Aufbau des Curriculums (Saul & Jürgensen, 2021, S. 44)

davon, ob sie Berührungspunkte in der eigenen beruflichen Praxis hatten, welche häufig aufgrund der Struktur des Pflegepädagogikstudiums die Grundlage für die fachlichen Kenntnisse darstellt.

Auch die pädiatrischen Einsätze, die oftmals auf Wochenbettstationen, in Inklusionsschulen oder Kinderarztpraxen stattfinden und einen Umfang von lediglich 120 Stunden haben (PfiAPrV, 2018, Anlage 7), erschweren die vertiefte Auseinandersetzung mit dem Fachgebiet der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege (Igl, 2019).

Im Fokus der Diskussion steht zunächst, welche Chancen sich durch die Veränderungen für die Lernenden ergeben und wie sie die Qualität der pädiatrischen Inhalte

in der Ausbildung erleben. Dass ein enormer Bedarf an qualifizierten Pflegefachpersonen im Setting der pädiatrischen Versorgung besteht, zeigt die aktuelle Situation in den Kinderkliniken (DGKJ, 2023).

Die generalistische Ausbildung stellt für Deutschland eine neue Entwicklung in der Pflegeausbildung dar. Sie ist verknüpft mit Chancen, aber auch mit Risiken. Durch das Aufbrechen der Trennung der drei etablierten Pflegeausbildungen lässt sich vermuten, dass sich die Fachkompetenzen der Pflegefachpersonen nach der Absolvierung der generalistischen Ausbildung verändern und dass im Rahmen der Ausbildung nicht mehr alle Facetten aller drei Berufsgruppen in vollem Umfang berücksichtigt werden können.

Wie schätzen aber nun die Lernenden in der generalistischen Ausbildung das Erleben im Setting der pädiatrischen Pflege ein? Zur Beantwortung dieser Überlegung konnte in einer ausführlichen Literaturrecherche keine Literatur eruiert werden. Von daher wurde sich im Rahmen einer Masterarbeit der Problematik genähert.

Zielsetzung und Forschungsfrage

Die empirische Untersuchung wurde durchgeführt mit dem Ziel, von Lernenden zum Ende des zweiten bzw. im dritten Ausbildungsdrittel zu erfahren, in wie weit sie sich auf eine Tätigkeit in der pädiatrischen Versorgung vorbereitet fühlen. Die Ergebnisse können dazu beitragen, einen Rückblick auf den Ausbildungsverlauf auf-

zuzeigen und gegebenenfalls Änderungen und Anpassungen im curricularen Aufbau aufzuzeigen.

Die Forschungsfragen lauten:

- Wie erleben Lernende die Wissensvermittlung der pädiatrischen Pflege in der generalistischen Pflegeausbildung?
- Wie fühlen sich Lernende nach drei Jahren generalistischer Pflegeausbildung für den Bereich der Pädiatrie vorbereitet?

Bedeutung der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege

Bis 2019 war gefordert, dass in der Pädiatrie beschäftigte Pflegendende eine Ausbildung zur/zum Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger:in absolvieren müssen. Diese dreijährige Ausbildung bereitet Lernende auf die spezifischen Tätigkeiten mit Frühgeborenen, Neugeborenen, Kindern und Jugendlichen vor und stellt die Besonderheiten dieses Settings in den Mittelpunkt der Ausbildung. Im generalistischen Ansatz ohne Differenzierung werden ursprüngliche Schwerpunkte der pädiatrischen Ausbildung soweit reduziert dargestellt, dass sie nur

noch exemplarisch in Fallsituationen oder in Skills Trainings angeboten werden (Marx, 2020).

Aktueller Stand der pflegewissenschaftlichen Literatur

Die Literaturrecherche zur Bedeutung und dem Erleben der pädiatrischen Anteile der generalistischen Ausbildung bei Lernenden wurde, mit folgenden Suchbegriffen in den Datenbanken Cinahl und Pubmed (s. Tabelle 1), sowie in gängigen Fachzeitschriften durchgeführt, das Schneeballverfahren fand Anwendung.

Studien aus Deutschland befassen sich schwerpunktmäßig mit dem Kompetenzerwerb der praktischen Anteile der generalistischen Ausbildung (z.B. Droschel, Feick & Springs (2021), Elsbernd & Bader (2019)).

Kannenberg und Wiegmann (2023) beschreiben ein Ausbildungskonzept für den pädiatrischen Bereich am Herz- und Diabeteszentrum NRW. Sie implizieren aufgrund der limitierten Anzahl an Kinderkliniken in Deutschland ein Nadelöhr für die pädiatrischen Pflichteinsätze. In

diesem Ausbildungskonzept findet das Skills Lab eine besondere Bedeutung, da hier ein spezielles Fertigkeitentraining im pädiatrischen Bereich durchgeführt wird.

Das Scoping Review von Freitag et al. (2021) führt auf, dass in den bisherigen Publikationen vor allem die Lehrenden im Fokus stehen. Sie geben erste Hinweise über die Relevanz und die Ausgestaltung einzelner Anforderungen an die Lehrenden. Sie sehen den im PfIBG (2017) beschriebenen Masterabschluss von Lehrenden als elementar an. Ebenso zeigen sie auf, dass diesen häufig die generalistische Sichtweise fehlt.

Jansen & Sahmel (2019) befassen sich mit den Ergebnissen aus Interviews mit Lehrenden in Bezug auf deren personelle und soziale Kompetenzen. Die Autoren zeigen auf, dass den Pflegepädagog:innen eine zentrale Rolle für die Entwicklung bzw. Förderung der personalen und sozialen Kompetenz der Lernenden zugesprochen wird. Zugleich wird vorausgesetzt, dass sie selbst über diese Kompetenzen verfügen. Halbmayr-Kubicsek & Sahmel (2021) gehen in ih-

Suchbegriffe Englisch	Suchbegriffe Deutsch
• Generalism	• Generalistik
• nursing education	• Pflegeausbildung
• pediatric nursing	• Kinderkrankenpflege
• pediatrics	• Gesundheits- und Kinderkrankenpflege
• pediatric care	• Pädiatrie
• Nursing Professions Act	• pädiatrische Versorgung
	• Pflegeberufegesetz

Tabelle 1: Suchbegriffe zur Literaturrecherche (eigene Darstellung)

rer Studie der Frage nach, wie sich Studierende der Gesundheits- und Krankenpflege in Österreich auf die praktische Tätigkeit nach dem Examen vorbereitet fühlen. Sie zeigen auf, dass die Absolvent:innen sich nicht ausreichend vorbereitet fühlen, in allen Settings anfallende pflegerische Aufgaben eigenständig absolvieren zu können.

Eine Explizierung des pädiatrischen Bereichs im Rahmen der generalistischen Ausbildung konnte im Rahmen der Literaturrecherche nicht geschehen.

Forschungsdesign und Methodik

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurde ein qualitatives Design mit leitfadengestützten Interviews gewählt, da es entscheidend auf die Erfahrungen und Wahrnehmungen, welche die subjektive Interpretation der Situation bestimmen, ankam. Die qualitative Forschung ermöglicht eine tiefgehende Untersuchung komplexer Phänomene, sie erlaubt es, vielschichtige Zusammenhänge und Prozesse zu verstehen (Kruse, 2015). Im Vordergrund steht, die Eindrücke und das Erleben der befragten Lernenden aufnehmen zu können.

Es wurden zwölf leitfadengestützte Interviews mit Lernenden durchgeführt, transkribiert und mit Hilfe der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) mit der Analysesoftware MAXQDA® analysiert. Unter den Teilnehmenden befanden sich elf Frauen und ein Mann. Bei zehn der interviewten Personen handelte sich um Lernende im letzten Ausbildungsdrittel. Aufgrund der geringen Anzahl der freiwilligen Beteiligten wurde das Thema der Forschung auf einen Kurs im zweiten Ausbildungsdrittel aus-

geweitet. Zwei der interviewten Personen befanden sich zum Zeitpunkt der Befragung am Ende des zweiten Ausbildungsdrittels.

Ausgewählten Textabschnitten wurde induktiv ein Code zugewiesen. Wie in dem Kategorienbaum der als Tabelle 2 dargestellt, zu entnehmen ist, wurden fünf Hauptkategorien (K) und 17 Subkategorien (SK) entwickelt (s. Tabelle 2).

Bei der in die Datenerhebung eingeschlossenen Personengruppe handelt es sich um keine vulnerable Gruppe im Sinne des forschungsethischen Verständnisses. Nach wie vor ist es schwierig in Deutschland, für Masterarbeiten ein ethisches Clearing zu erhalten. So wurde im Rahmen der Erstellung festgelegt, dass die Arbeit ohne ethische Beurteilung durchgeführt werden kann. Die Forscherin orientierte sich im Rahmen des Forschungsprozesses an den Gütekriterien nach Mayring (2015). Allen Interviewpartner:innen wurden Informations- und Aufklärungsschreiben über den Verlauf der Studie zur Verfügung gestellt. Zu Beginn der Interviews wurden Einwilligungserklärungen zur Teilnahme an der Studie gemeinsam besprochen und unterschrieben. Die Daten wurden zunächst pseudonymisiert und nach Vernichtung der Pseudonymisierungsliste in anonymisierter Form verwendet. Somit kann sichergestellt werden, dass keinerlei Rückschlüsse auf die Teilnehmenden der Studie gezogen werden können.

Ergebnisse

Die Inhalte der Interviews wurden in fünf zentrale Kategorien mit insgesamt 17 Subkategorien abstrahiert.

Die Kategorie 1 beschreibt die „Theoretische Pflegeausbildung“. Hier werden in den Subkategorien

die *aktuelle Situation an den Pflegefachschulen* sowie der *Fokus der theoretischen Pflegeausbildung* befragt. Des Weiteren werden in den Subkategorien der *Umgang mit dem Curriculum* und die *Erwartungen an die Pflegepädagog:innen* beleuchtet. Insgesamt lässt sich feststellen, dass die Lernenden die Ausbildungszeit als zu kurz erleben, um alle Settings gleichberechtigt in den Unterricht einfließen zu lassen. „Es ist halt vom Wissen her, also, die drei Jahre sind zu kurz, um das alles zu lernen. Also man verspürt einen massiven Druck und auch Panik vor der Prüfung, weil alles dran kommen kann über alles Mögliche und auch ziemlich vertieft drankommen kann. Was man halt nur einmal im Unterricht kurz gehört hat und was nicht im Gehirn drin ist, und da halt alles auswendig zu lernen oder halt zu können, zu wissen. (...) Das ist ein Ding der Unmöglichkeit eigentlich, und das löst halt schon Überforderung aus.“ (LJ, Z. 197-203). Es kann zu Überforderung und zu einem erhöhten Druck auf die Lernenden kommen und sie verspüren das Gefühl, ihren Ansprüchen nicht zu genügen. Als weitere Schwierigkeit, sich während der Ausbildung zu strukturieren, nennen die Lernenden das spiralförmige Curriculum, da es Inhalte immer wieder mit unterschiedlicher Ausrichtung oder verändertem Tiefgang aufkommen lässt. Lernende können so Lerneinheiten nicht für sich abschließen. Ein:e Interviewpartner:in empfindet es z.B. schwieriger, die Lernmaterialien zum strukturierten Lernen zu sortieren, da im Laufe der Ausbildung immer wieder Inhalte in unterschiedlichen Modulen aufgegriffen werden (LJ, Z.104-117). Die Digitalisierung wird als zusätzliche Hürde in der Umsetzung der generalistischen Inhalte benannt. Durch die Coro-

Hauptkategorien	Subkategorien
K1 Theoretische Pflegeausbildung	SK 1 Situation an den Pflegefachschulen
	SK 2 Fokus der theoretischen Pflegeausbildung
	SK 3 Umgang mit dem Curriculum
	SK 4 Erwartungen an die Pädagoginnen und Pädagogen
K2 Praktische Pflegeausbildung	SK 5 Situation in der Praxis
	SK 6 Kollegialer Umgang
	SK 7 Praxisanleitung
	SK 8 Praxisbegleitung
K3 Chancen und Risiken der generalistischen Pflegeausbildung	SK 9 Einführung der generalistischen Pflegeausbildung
	SK 10 Herausforderungen im Pflegealltag
	SK 11 Vor- und Nachteile der generalistischen Pflegeausbildung
K4 Stellenwert der Pädiatrie im Rahmen der generalistischen Pflegeausbildung	SK 12 Erfahrungen in der Pädiatrie
	SK 13 Berufsziel Gesundheits- und Kinderkrankenpflege
	SK 14 Anteil der Pädiatrie in der generalistischen Pflegeausbildung
K5 Wünsche der Lernenden	SK 15 Wünsche an die Trägerkliniken und Pflegefachschulen
	SK 16 Wünsche an die Pflegepädagoginnen und Pflegepädagogen
	SK 17 Wunsch nach Fremddozentinnen und Fremddozenten als Expertinnen und Experten

Tabelle 2: Kategorienbaum (eigene Darstellung)

na-Pandemie musste bei der ersten Kohorte der generalistischen Ausbildung ohne Vorbereitungszeit auf Online-Lehre umgestellt werden. Dies war für Lehrende und Lernende eine Herausforderung und hat die Umsetzung des neuen Curriculums zusätzlich erschwert.

In der zweiten Kategorie „Praktische Pflegeausbildung“, berichten die Interviewpartner:innen von der *Situation in der Praxis* und dem *kollegialen Umgang*. Die Lernenden werden immer wieder in verschiedene Abteilungen eingeteilt, um den gesetzlichen Vorgaben zu genügen (PflAPrV, 2018, Anlage 7). Vor allem die Einsätze in der Pädiatrie werden als zu kurz und aufgrund der unterschiedli-

chen Einsatzbereiche als unzureichend betrachtet (LE, Z. 48-57).

Durch die Interviews konnte ebenfalls aufgezeigt werden, dass sich viele Pflegende nicht ausreichend mit der generalistischen Pflegeausbildung befassen. „Viele wussten zwar, dass es das gibt, jetzt die neue Ausbildung, aber wussten eigentlich nicht, was das beinhaltet, wie diese ganzen Regeln jetzt sind. Was man da machen muss, auch das mit den Prozentregeln, mit Anleitung und allem, was es da so gibt, wissen einfach viele nicht. Ja, also denen, den man es erzählt hat, die waren auch so zwiegespalten, dass man irgendwie diese drei eigenständigen Berufsrufe, sag ich mal, jetzt irgendwie

trotzdem nur in drei Jahre packt. Da waren die nicht so begeistert von, gerade so die etwas Älteren, die schon länger in dem Beruf arbeiten“ (LI, Z. 135-142). Trotz der Unkenntnis über die Inhalte der generalistischen Ausbildung wird diese jedoch in Frage gestellt. Die Lernenden wünschen sich mehr Verständnis von den examinier-ten Kolleg:innen für die aktuelle Situation und für ein kollegiales Miteinander, was auch die Auseinandersetzung mit den neuen Ausbildungsstrukturen beinhaltet. Hierzu berichtet ein:e Interviewpartner:in, dass vor allem die neue Berufsbezeichnung häufig abschätzig kommentiert wurde (LC, Z. 137-144). Fehlende Kenntnisse und fehlende Akzeptanz für

die generalistische Ausbildung wird bei den Lernenden eher als Bürde als eine neue gemeinsame Ausrichtung der Pflege erlebt.

Das Thema der *Praxisanleitungen* wurde in den Interviews auch aufgegriffen und viele der interviewten Lernenden waren positiv gestimmt. Es wird beschrieben, dass strukturierte Praxisanleitung und die Reflexion Sicherheit im Handeln vermittelt. Ebenso wird sie zur Erlangung von Sicherheit im beruflichen Handeln als notwendig erachtet (z. B. LK, Z. 179-187). Im Rahmen der Praxisanleitungen erleben die Lernenden, wie sie das theoretische Wissen praktisch in allen Settings anwenden können und erfahren so auch Kenntnisse in Bezug auf die pädiatrische Versorgung.

Die dritte Kategorie handelt von den „Chancen und Risiken der generalistischen Pflegeausbildung“. Hierbei wird aus der Sicht der Lernenden erläutert, wie es ihnen mit der *Einführung der generalistischen Pflegeausbildung* erging, welche *Herausforderungen im Pflegealltag* aufgetreten sind, welche *Stärken* der Generalistik zugeschrieben werden und welches *Veränderungspotential* erkannt wird. Die Möglichkeit, durch den Abschluss der generalistischen Pflegeausbildung im Ausland zu arbeiten wird als eindeutiger Vorteil erkannt (z.B. LJ, Z. 189-191). Darüber hinaus wird die Möglichkeit, in allen unterschiedlichen Fachbereichen zu arbeiten und so die Wahlmöglichkeit über die früheren Grenzen hinaus zu haben, als Vorteil erkannt. „Vorteile sind auf jeden Fall, dass, selbst wenn ich mich jetzt entscheide, ich gehe jetzt in die Psychiatrie und entscheide mich dann doch vielleicht lieber mit Kindern zu arbeiten, kann ich das ohne Probleme ma-

chen, weil ich es ja gelernt habe. Ich weiß jetzt nicht, wie früher die Chance oder nicht die Chance, aber die Möglichkeiten waren, was man da machen musste. Aber es ist halt jetzt so, dass ich mich einfach frei entscheiden kann, auch während der Ausbildung schon, dass ich sage, oh, das gefällt mir doch besser, gehe ich dahin, und natürlich lernt man auch einfach insgesamt mehr“ (LI, Z. 183-189). Als Nachteil bzw. Risiko geben die Lernenden an, dass viel mehr Wissen in drei Jahren erlernt werden muss und dadurch viele Themen nur kurz angerissen werden (z.B. LG, Z. 230-233). Dies führt dazu, dass sie sich auf keinen Bereich vollständig vorbereitet fühlen. „Ich habe mich beworben bei einem Kinderkrankenhaus so für nach der Ausbildung und die haben halt gesagt, dass sie meistens nur dann auch welche mit Weiterbildung mitnehmen (LE, Z. 53-54)“. Insgesamt wird die Generalistik auch kritisch gesehen, da auf der einen Seite fortwährend die Angst besteht, aufgrund der Stoffmenge nicht ausreichend auf die Prüfungen vorbereitet zu sein, teilweise aber auch Ablehnung durch Arbeitgeber:innen erfahren wurde, da die Schwerpunktsetzung der Ausbildung nicht der der Arbeitgeber:innen entsprach.

Kategorie 4 beschreibt den „Stellenwert der Pädiatrie im Rahmen der generalistischen Pflegeausbildung“ und zeigt auf, *welche Erfahrungen im pädiatrischen Bereich* gemacht wurden, wie sich der vermittelte *Pädiatrieanteil in der Theorie* sich auf das spätere *Berufsziel* auswirkt. Oftmals findet der 120-stündige Einsatz in der Pädiatrie nicht direkt in der Pädiatrie, sondern in artverwandten Bereichen statt. „Ähm, also, dass wir einen Einsatz auf der Wochenbettstation haben, das bringt halt

einfach gar nichts. Man hat da einfach nicht viel mit Kindern zu tun. Klar, man wiegt die oder sowas, wickelt mal, aber mit Krankheiten und so hat man nichts zu tun. Man hat nicht dieses Erlebnis mit den Kindern, wenn die zum Beispiel krank sind oder Knochenbrüche, irgendwas so. Ähm, die Kommunikation kommt ja auch. Also ich weiß, ein Baby, ist das ja auch nicht wirklich eine Kommunikation, die man da führt“ (LG, Z. 108-113). Trotzdem fühlen sie sich häufig in ihren Einsätzen wohl. Viele wünschen sich einen längeren Einsatz in einer Kinderklinik, um ausreichend Zeit zu haben sich mit Kindern und ihren Erkrankungen auseinanderzusetzen. „Ja, auf jeden Fall, das war schon immer mein Traum, und ich hab mich auch schon beworben und hab halt ein Vorstellungsgespräch und hoffe einfach so sehr, dass es klappt. Meine Angst ist ein bisschen, dass man da Probleme hat reinzukommen in die Kinderkrankenpflege, weil die eben wahrscheinlich qualifiziertes Personal wollen.“ (LL, Z. 37-41). Sie erachten sich teilweise als nicht ausreichend qualifiziert, was jedoch dem Gedanken der Generalistik widerspricht.

In Kategorie 5 wurde auf die „Wünsche der Lernenden“ eingegangen. Hier wurde Platz für die *Wünsche* von den Lernenden untergebracht, die an die *Lehrenden* aber auch an die Arbeitgeber gerichtet sind. „Dadurch, dass es drei Jahre sind, ist es leider so. Wir können nicht mehr alles lernen, was man damals gelernt hat in den alten Ausbildungsberufen. Aber der Fokus ist ja auch ein anderer und das verstehen die Kollegen nicht. Vor allem die GuK-[Gesundheits- und Krankenpflege] Kollegen [sic] haben ja auch ein völlig anderes Pflegeverständnis. So genau das ist eigentlich so die

Rückmeldung leider aus der Praxis“ (LK, Z. 170-174). Die Akzeptanz der generalistischen Ausbildung ist in der Praxis noch nicht ersichtlich und Lernende wünschen sich, Respekt für ihre Ausbildung zu erfahren. Der Wunsch nach mehr Fachwissen im pädiatrischen Bereich wurde regelmäßig thematisiert. „Das vielleicht auch mal ein:e Fremddozent:in kommt, vielleicht auch von der Kinderintensiv, dass man vielleicht das schmackhaft gemacht bekommt“ (LA Z. 186-187). Die Lernenden wünschen sich, dass zum einen mehr auf die differenzierten Bereiche und speziellen Settings eingegangen wird und dass sie die Möglichkeit erhalten, diese in voller Qualität kennenzulernen. Auf der anderen Seite wünschen sie sich von Arbeitgeber:innen, dass sie sich mit dem Thema der Generalistik auseinandersetzen und Möglichkeiten eröffnen, nach der Ausbildung auch in allen Bereichen beschäftigt werden zu können.

Diskussion

Die Ergebnisse der Forschungsarbeit zeigen, dass die Explizierung der einzelnen Fachbereiche in der generalistischen Pflegeausbildung nur rudimentär aufgegriffen werden kann. Dies liegt unter anderem daran, dass Lehrende an Pflegefachschulen das Fachwissen über ihre durchgeführte Ausbildung erhalten haben, das pädagogische Wissen im Studium der Berufs- oder Pflegepädagogik. Sie werden dann jedoch als Generalist:innen in der Lehre eingesetzt und sind verantwortlich dafür, dass Lernende Kenntnisse darüber haben, wie in der Ausbildung erworbenes exemplarisches Wissen auf alle notwendigen Fachbereiche übertragen werden kann.

Der Deutsche Bildungsrat für Pflegeberufe fordert im Anschluss an

die generalistische Ausbildung Weiterbildungen und Spezialisierungen, um die Anschlussfähigkeit zu erhalten (Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe, 2020). Dies betrifft die klassischen Weiterbildungskurse wie z. B. die onkologische Pflege, Anästhesie und Intensivpflege und die psychiatrische Pflege, aber auch spezielle Bedarfe und Anforderungen der pädiatrischen Versorgung sowie der Altenpflege sind zu integrieren (ebd., 2020).

Bereits im Jahr 2021 wurde prophezeit, dass es in der Praxis aufgrund der Ressourcenknappheit und der vorherrschenden Alltagsroutinen durch die Generalistik zu Konflikten kommen kann. Wecht (2021) ist der Auffassung, dass es zu einer Akzeptanz der neuen Gesetzeslage beim berufserfahrenen Pflegepersonal nur durch Informationsvermittlung und Beteiligung am Veränderungsprozess kommen kann. Pflegende tun sich nach wie vor schwer, Veränderungsprozesse als Chance anzuerkennen und halten eher an traditionellen Arbeitsweisen fest (von der Heide & Sahmel, 2021). Eine frühzeitige Einbindung aller, an den neuen Ausbildungsstrukturen Beteiligten, würde einen leichteren Einstieg für die Lernenden nach dem Examen bedeuten.

Müller-Helm (2020) untersucht, ob generalistisch ausgebildete Pflegefachpersonen wirklich universell einsetzbar sind. Den von den Interviewpartner:innen geäußerten Unsicherheiten im Bereich der Pädiatrie kann durch geeignete Schulungs- und Einarbeitungsmaßnahmen begegnet werden. Wichtig erscheint, dass Pflegende in der Pädiatrie die ihnen übertragenen Aufgaben für sich und den Betrieb zufriedenstellend ausführen können (Müller-Helm,

2020). Um die Chancen der generalistischen Pflegeausbildung optimal zu nutzen und die Risiken zu minimieren, sind verschiedene Maßnahmen erforderlich. Eine kontinuierliche Überprüfung und Aktualisierung der Curricula ist notwendig, um sicherzustellen, dass sie den aktuellen Bedürfnissen des Gesundheitswesens entsprechen und die erforderlichen Fachkenntnisse in allen pflegerischen Settings vermitteln. Es bedarf Unterstützungssysteme für die Pflegefachpersonen in der Pädiatrie, um sie bei der Bewältigung von Stress und Überlastung zu unterstützen, um Ängste und Sorgen zu minimieren. Dies könnte beispielsweise die Bereitstellung von Supervision, Mentoring-Programmen und Fortbildungsmöglichkeiten umfassen, um den Pflegefachpersonen eine kontinuierliche berufliche Entwicklung zu ermöglichen.

Die Interviewpartner:innen zeigen großes Interesse an der Ausbildung und an einer qualifizierten Mitarbeit nach dem Examen. Allerdings bringen sie das Gefühl mit, dass sie sich nicht ausreichend gut auf die mittlerweile hochspezialisierten Bereiche in der Pädiatrie vorbereitet fühlen. Diese Problematik muss in der Ausbildung thematisiert und Ängste müssen abgebaut werden. Die Praxis muss Konzepte zur Angstreduktion und veritable Onboarding-Prozesse schaffen.

Die Aussage einiger Interviewpartner:innen, mit einem generalistischen Abschluss nicht in der Pädiatrie arbeiten zu können, muss kritisch betrachtet werden. Dies impliziert, dass Arbeitgeber:innen die generalistischen Abschlüsse in voller Güte anerkennen und Angebote schaffen, die Pflegenden für spezielle Bereiche weiter zu qualifizieren. Es

ist wichtig sicherzustellen, dass die Bedürfnisse spezialisierter Bereiche wie z. B. die der pädiatrischen Versorgung, angemessen berücksichtigt werden und ausreichend Pflegefachpersonen für alle Bereiche zur Verfügung stehen, um eine qualitativ hochwertige Versorgung sicherzustellen.

Die Praxiscurricula müssen sich differenziert mit allen Settings der Pflege befassen. Die praktischen Einsätze finden aktuell in Bereichen statt, in denen zwar Kinder betreut, aber nicht im Heilungsprozess unterstützt werden. Dies stellt sich für Ausbildungsträger herausfordernd dar, da die Kapazitäten in den Kinderkliniken nicht ausreichend sind (Marx, 2020). Der geringe Praxisanteil in der Pädiatrie müsste analog zur APrV geplant werden, den Schwerpunkt auf der Betreuung von Kindern aller Altersstufen liegen und der Fokus sollte auf die Ziele des PfIBG gelegt werden.

Insgesamt bietet die generalistische Pflegeausbildung eine Vielzahl von Chancen für die Pflegepraxis und die berufliche Entwicklung der Pflegefachpersonen. Sie ermöglicht eine ganzheitliche Betreuung, fördert die interdisziplinäre Zusammenarbeit und eröffnet Karrieremöglichkeiten in verschiedenen Bereichen. Es ist jedoch wichtig, die potenziellen Risiken zu berücksichtigen und Maßnahmen zu ergreifen, um diese zu minimieren. Eine kontinuierliche Überprüfung und Anpassung des Lehrplans hinsichtlich der Exemplarität der Inhalte bereitet Lernende im Speziellen auf den Bereich der Pädiatrie gezielt vor. Angemessene Unterstützungssysteme, gezielte Onboarding-Konzepte und die Förderung von Spezialisierungsmöglichkeiten nach der generalistischen Pflege-

ausbildung sichern auch zukünftig eine hochprofessionelle pädiatrische Gesundheitsversorgung.

Limitation

Ziel war es, von den Lernenden ihre Wahrnehmung und ihr Befinden in Bezug auf die generalistische Pflegeausbildung zu erfahren. Dabei lag der Fokus auf dem Verstehen der subjektiven Einschätzungen. Da die Interviews während der Examenszeit auf freiwilliger Basis und in der Freizeit der Lernenden stattfanden, war es nicht möglich, einen Pretest durchzuführen (Mayer, 2022). Allerdings zeigte sich in der ersten Datenerhebung, dass der Interviewleitfaden in seiner ursprünglichen Version verwendet werden konnte. Die Interpretation der Daten ist immer von der Biografie und dem Vorwissen der Forschenden beeinflusst. Daher wurden sowohl Vorwissen als auch beruflicher Hintergrund und Motivation zu dieser Studie dargelegt.

Aus diversen Gründen hat sich ergeben, dass nicht alle Interviewpartner:innen aus dem dritten Ausbildungsdrittel gewonnen werden konnten, es wurde auf zwei Personen zurückgegriffen, die sich am Ende des zweiten Ausbildungsdrittels befanden.

Schlussfolgerung und Fazit

Zusammenfassend stellt die generalistische Pflegeausbildung zweifellos einen wichtigen Schritt in der Entwicklung des Pflegeberufs dar, um den aktuellen und zukünftigen Anforderungen einer sich wandelnden Gesundheitslandschaft gerecht zu werden. Durch die epochale Reformierung der Pflegeausbildung in Deutschland muss nun auch ein Paradigmenwechsel in den Arbeitsfeldern der Aus- und Weiterbildungen und der Praxis stattfinden. Eine Herausforderung

dabei ist, dass bereits die ersten Generalisten auf dem Arbeitsmarkt sind und daher eine Neugestaltung der Onboarding-Kultur umgehend umgesetzt werden muss.

Die Generalistik bietet eine Vielzahl von Chancen, aber auch einige Herausforderungen, die sorgfältig abgewogen werden müssen. Auf der einen Seite ermöglicht sie den Pflegefachpersonen einen ganzheitlichen Ansatz und eine breite Palette von Kompetenzen, um eine umfassende Betreuung der Patient:innen sicherzustellen. Andererseits konnte in dieser Studie aufgezeigt werden, dass gerade im Bereich der Pädiatrie der Umfang der theoretischen und praktischen Ausbildungsphasen zu gering ist, um Sicherheit im Umgang mit Kindern zu vermitteln und die Einarbeitungsphase neuer Mitarbeiter:innen in spezifischen Bereichen überdacht werden muss.

Es besteht das Risiko eines oberflächlichen Fachwissens, da die Ausbildung ein breites Spektrum abdeckt und die Tiefgründigkeit in spezifischen Bereichen beeinträchtigen kann, wenn Lernende nicht in die Methodik des exemplarischen Lernens eingeführt werden. Die Belastbarkeit und Flexibilität der Lernenden werden stark gefordert, was zu Überforderung und erhöhtem Stress führen kann. Lehrende brauchen neben fachlichem Wissen auch Kompetenzen, die das exemplarische Lernen fördern.

Die Auseinandersetzung mit den aktuellen Problemen der Lernenden in Bezug auf die neue Ausbildungsstruktur muss in die praktische Ausbildung einfließen und von den Kolleg:innen auf den Stationen berücksichtigt werden. Ansonsten besteht die Gefahr der Fluktuation in bettenferne Bereiche.

Um die Vorteile der generalistischen Pflegeausbildung optimal zu nutzen und die potenziellen Risiken zu minimieren, sollten Maßnahmen ergriffen werden, die der aktuellen Situation gerecht werden. Es ist wichtig, eine strukturierte Ausbildung zu gewährleisten, die sowohl breite Kenntnisse als auch ausreichende Vertiefung in spezifischen Bereichen, wie dem der pädiatrischen Versorgung, vermittelt. Die Ausbildung soll Sicherheit durch Exemplarität gewährleisten, indem immer wieder Situationen im pädiatrischen Bereich gezielt eingesetzt und geübt werden. Zudem sollten bereits in der Pflegeausbildung Unterstützungsmaßnahmen für Lernende bereitgestellt werden, um Stress und Überforderung entgegenzuwirken. Sie benötigen Skills, die sie an die Hand bekommen und Gesprächsmöglichkeiten, um sich gegen den Widerstand zu wappnen, der hoffentlich in naher Zukunft in Unterstützung wechselt.

Aus den geführten Interviews lässt sich zusammenfassend sagen, dass die befragten Lernenden sich zwar mit pädiatrischen Themen befasst haben und auch in der Praxis Erfahrungen sammeln konnten, jedoch empfinden die Lernenden es als zu wenig. Viele Lernende, die mit dem Wunsch, im pädiatrischen Bereich zu arbeiten starten, wünschen sich theoretisches Wissen und Praxiserfahrung. Da der Pflegeprozess und die darin enthaltenen Vorbehaltsaufgaben nach § 4 des PflBG in Bezug auf die Pädiatrie nur in geringem Umfang gelehrt werden und die Umsetzung bzw. Anwendung in der Praxis mit erkrankten Kindern nicht immer Teil der Ausbildung ist, muss über anschließende Qualifizierungsmöglichkeiten nachgedacht werden.

Es bedarf weiterer Forschung und Evaluation, um die Auswirkungen der generalistischen Pflegeausbildung auf die Qualität der Pflegeversorgung im pädiatrischen Bereich und die Zufriedenheit sowohl der Patient:innen als auch der Lernenden zu untersuchen. Die Ergebnisse solcher Studien können dazu beitragen, die Ausbildung kontinuierlich zu verbessern und den Pflegeberuf weiterzuentwickeln. Hier wäre es ratsam, auf die Erfahrung des Nachbarlandes Österreich zurückzugreifen, denn dort haben die Absolvent:innen die Verpflichtung, sich innerhalb von fünf Jahren zu spezialisieren (facultas.at, 2023).

Literaturverzeichnis

Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (2018). Gesetze-im-Internet.de. Letzter Zugriff am 03.10.2023.

Bundesministerium für Gesundheit und des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2023). Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der hochschulischen Pflegeausbildung, zu Erleichterungen bei der Anerkennung ausländischer Abschlüsse in der Pflege und zur Änderung weiterer Vorschriften <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/gesetze/pflegestudiumstaerkungsgesetz-pflstudstg--223650>. Letzter Zugriff am 16.09.2023.

Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe (2020). Empfehlungen zur Musterweiterbildungsordnung für Pflegeberufe. http://bildungsratpflege.de/wp-content/uploads/2014/10/mwbo_pflb_27-01-2020.pdf. Letzter Zugriff am 03.10.2023.

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V

(DGKJ) (2023). <https://www.dgkj.de/aktuelles/news/detail/post/situation-der-kinderkliniken-heute-und-morgen>. Letzter Zugriff am 25.09.2023.

Drossel, M., Feick, F., Springs, M. (2021). Das erste Skill- und Grade-Mix Center® in Deutschland an den Bamberger Akademien für Gesundheits- und Pflegeberufe – ein Best Practice Beispiel. *Lehren und Lernen im Gesundheitswesen (LLiG)*, 07/2022, S. 47-54.

Facultas (2023). Übersicht Pflegeausbildungen in Österreich. <https://www.facultas.at/pflegeausbildung/ausbildung>. Letzter Zugriff am 31.08.2023.

Freitag, K., Buschmann, H., Röttger, A. L., Porsch, N. B., Bürkücü, D. R., Holle, D. & Peters, T. (2021). Die unbeachteten Lehrenden. Ein Scoping-Review über Anforderungen in der generalistischen Pflegeausbildung. *PADUA*, 16(3), 167– 172.

Halbmayer-Kubicsek, U., Sahmel, K.-H. (2021). Für die Praxis gerüstet!? Practice Readiness am Ende des Fachhochschulstudiums Gesundheits- und Krankenpflege in Österreich. Wiesbaden: Springer.

Heide, J. von der, Sahmel, K.-H. (2021). „Es eckt halt einfach noch...“ Das Habituskonzept und die Akademisierung im Feld der Pflege. *LLiG* 06/2021. S. 87-99.

Igl, G. (2019). Gesetz über die Pflegeberufe (Pflegeberufegesetz - PflBG), Pflegeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung (PflAPrV), Pflegeberufe-Ausbildungsfinanzierungsverordnung (PflAFinV). *Praxiskommentar. 2., neu bearbeitete und erweiterte Auflage*. Heidelberg: medhochzwei.

- Jansen, W., Sahmel, K.-H. (2019). Personale und soziale Kompetenzen von Lehrenden in Pflegeberufen Ergebnisse aus Interviews mit Lehrenden. *Lehren und Lernen im Gesundheitswesen (LLiG)* 03/2019, 71-80.
- Kannenber, M., Wiegmann, K. (2023). Ausbildungskonzept für den Pflichteinsatz Pädiatrie am Herz und Diabeteszentrum NRW. *Lehren und Lernen im Gesundheitswesen (LLiG)* 09/2023, 5-14.
- Knecht, C. & Sorber, M. (2023). Den Berufseinstieg von neu examinierten Pflegenden unterstützen. *PADUA*,18(3), 131–134.
- Kruse, J. (2015). *Qualitative Interviewforschung. Ein integrativer Ansatz. 2., überarbeitete und ergänzte Auflage.* Weinheim, Basel, München: Beltz Juventa; Cian-do (Grundlagentexte Methoden).
- Marx, C. (2020). Neue Vorgaben für die pädiatrische Pflegeausbildung. *PFLEGE Zeitschrift* 5.2020 / 73, 35-37.
- Mayer, H. (2022): *Pflegeforschung anwenden. Elemente und Basiswissen für Studium und Weiterbildung. 6., überarbeitete Auflage.* Wien: facultas.
- Mayring, P. (2022). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 13. Neuausgabe.* Weinheim: Julius Beltz GmbH & Co. KG.
- Müller-Helm, A. (2020). Sind generalistisch ausgebildete Pflegefachpersonen wirklich universell einsetzbar? *Kinderkrankenschwester. Fachzeitschrift der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege*, 05/2020, 155-156.
- Pflegeberufegesetz (2017). *PfIBG - nichtamtliches Inhaltsverzeichnis (gesetze-im-internet.de)*. Letzter Zugriff 03.10.2023.
- Rohde, K. S. (2023). Berufseimündung(en) als gemeinsamer Gestaltungsprozess verstehen. *PADUA* ,18(3), 125.
- Rohde, K. S.& Bohrer, A. (2022). *Pflege von Kindern und Jugendlichen neu denen.* *JuKiP* 11, 72–85.
- Saul, S. & Jürgensen, A.: *Handreichung für die Pflegeausbildung am Lernort Pflegeschule.* Bonn 2021. <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/187142/3cd33e0f04aba6eb61a75e6fe31dad4e/handreichung-fuer-die-pflegeausbildung-am-lernort-pflegeschule-data.pdf>. Letzter Zugriff am 01.10.2023.
- Wecht, D. (2021). *Pflegeberufereform – Erwartungen und Herausforderungen Beruf im Wandel.* *Der Urologe*, 8/2021, 1054-1059



Lehren & Lernen im Gesundheitswesen

Lehren & Lernen im Gesundheitswesen erscheint halbjährlich als PDF und Printversion im Jacobs-Verlag.
Die Printausgabe ist bestellbar über den Verlag oder über Amazon.

ISBN 9798321079638 (Einzelausgabe)

ISSN 2943-2766 (Online)

ISSN 2943-2774 (Print)