



# Gesundheit, Pflege und 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.



Ab dem Jahr 2024 (WiSe + SoSe)

## Cross Cultural Nursing Practice (M.A.)

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

Ab dem Jahr 2024 (WiSe + SoSe)

## Berufspädagogik 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 Absolventen\*innen an Schulen, Ausbildungs- stätten oder in der Fort- und Weiterbildung im Gesund- heitswesen tätig werden.

Jährlich zum Wintersemester

## Innovative Gesundheitsversorgung (BSc.)

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 vermit- telt. Management-Know-how rundet diesen Studien- gang ab, um nachhaltige Veränderungsprozesse und erfolgreiche Konzeptgestaltungen zu ermöglichen.



**BETRIEBLICHE BILDUNG**

- 05**    **Ausbildungskonzept für den  
Pflichteinsatz Pädiatrie am Herz-  
und Diabeteszentrum NRW**  
Maria Kannenberg M.A.  
Katharina Wiegmann B.A.

**SPEZIELLE BERUFLICHE DIDAKTIK**

- 15**    **Reflexives Lernen mit Portfolios**  
Jann Niklas Vogel M.Sc.  
Dr.<sup>in</sup> Frauke Stenzel  
Stina-Katharina Treseler M.A.  
Melanie Schulze M.A.  
Dr.phil. André Heitmann-Möller  
Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> rer. medic. habil. Martina Hasseler  
Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> phil. Sandra Tschupke
- 25**    **Die Bedeutung der Resilienz in der  
Ausbildung zur Pflegefachperson aus der  
Perspektive von Berufsschulleitungen im  
Freistaat Sachsen**  
Heike Christine Lamprecht M.A.
- 37**    **Professionalisierung von Gesundheitsfach-  
berufen am Beispiel Rettungsdienst**  
Dr. Philipp Dahlmann  
Janine Nakotte B.A.

- 47**    **Professionalisierung von Gesundheitsfach-  
berufen am Beispiel Rettungsdienst**  
Henriette Tischer B.A. M.A.

**FORSCHUNG**

- 57**    **Metaphorische Konzepte von Pflegenden  
gegenüber älteren Patient:innen im  
Krankenhaus**  
Yvonne Reuß BScN M.A.  
Prof. Dr. phil. habil. Rudolf Schmitt
- 71**    **Pflege und Technik: Dimensionen der  
Innovationsbereitschaft zur  
Implementierung technologischer  
Innovationen im Bereich ambulanter Pflege**  
Prof. Dr. habil. Thomas Prescher  
Dr. Michael Schneider

- 03**    **Rezension**

**IMPRESSUM****Herausgeber**

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

**Herausgeber-Team:**

Prof. Dr. phil. Matthias Drossel, B.A., MSc.  
Prof. (FH) Markus Golla, BScN.MScN  
Prof. Dr. Marcus Mittenzwei  
Prof. Dr. Sebastian Koch, B.A., MSc.  
Prof. Dr. phil. Patrizia Raschper  
Heiko Käding, Dipl. Pflegepädagoge, M.A.  
Prof. Dr. Karl-Heinz Sahmel

**Lektorat**

Herausgeber-Team

**Grafik, Layout, Fotoredaktion & Produktion**

Markus Golla, BScN MScN

**Webseite & kostenfreies PDF Abo**

[www.pflege-professionell.at](http://www.pflege-professionell.at)

**Printausgabe**

bestellbar über [www.pflege-professionell.at](http://www.pflege-professionell.at)

**Druckerei der Printausgabe**

Facultas Verlags- und Buchhandels AG,  
Stolberggasse 26, A-1050 Wien

**Kontakt**

[office@pflege-professionell.at](mailto:office@pflege-professionell.at)  
0043/6764908676

Titelbild (C) Prof. (FH) Markus Golla, BScN MScN  
(C) 2022 Prof. (FH) Markus Golla, BScN MScN

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**

PDF Version: ISSN 2517-9780  
Printversion: ISSN 2518-0258

**Medieninhaber**

Prof. (FH) Markus Golla, BScN MScN  
Aspangweg 73  
3433 Königstetten  
[golla@pflege-professionell.at](mailto:golla@pflege-professionell.at)

**Redaktion**

Pflege Professionell  
Aspangweg 73  
3433 Königstetten

Katharina Genz, Anja Katharina Peters, Andrea Thiekötter (Hrsg.)

## Pflege und Politik im Spiegel der Zeit

hpsmedia



Katharina Genz,  
Anja Katharina Peters  
Andrea Thiekötter (Hrsg.)

hpsmedia, 2022  
ISBN 978-3-947665-05-1

## Pflege und Politik im Spiegel der Zeit

Nur wer seine historischen Wurzeln kennt, kann eine professionelle Identität entwickeln...

Unter diesem Fokus könnte man die vielfältigen Beiträge des Tagungsbandes der 5. Jahresarbeitstagung der Sektion Historische Pflegeforschung der DGP zusammenfassen. Insgesamt bietet die Publikation einen interessanten Einblick in unterschiedliche Forschungsarbeiten der historischen Pflegeforschung. Die Beiträge reflektieren kritisch die historischen Verbindungen der Pflegeprofession mit gesellschaftlichen bzw. politischen Gegebenheiten. Dabei wird durch den Beitrag „Krankenschwestern im System der Konzentrationslager“ ein beeindruckender Zugang zum Berufsethos und der Haltung von Pflegenden in der NS-Diktatur ermöglicht. Neben einer gewissen Betroffenheit, die sich durch die realitätsnahen Berichte von Pflegenden im System der Konzentrationslager fast automatisch einstellt, gibt der Beitrag unterschiedliche Impulse, um die Einstellungen der Pflegenden zum „Dienen“ oder „Herrschen“ nachzuvollziehen, aus denen Gehorsam oder Widerstand resultierten. Dieser Aspekt wird durch Einblicke in die Biografie von „Margarete Lungershausen – Krankenschwester, Hebamme, Nationalsozialistin, Funktionärin, Präsidentin“ vertieft, die einen kritischen Zugang zum Verbandswesen während und nach der NS-Diktatur ermöglicht. Der Beitrag „Krankenschwester ist ein Beruf und kein Priestertum“ eröffnet den historischen Fokus auf das Nachbarland Polen und die dortigen Entwicklungen der Pflegeprofession im Zeitraum 1920-1970. Hierbei werden unterschiedliche Einflussfaktoren auf die Professionsentwicklung (Gesellschaft, Politik, Medizin etc.) sehr anschaulich dargestellt. Ebenso wird unter der historischen und internationalen Perspektive nachgezeichnet, wie dem pflegerischen Fachkräftemangel begegnet wurde, was Rückschlüsse auf die gegenwärtige Diskussion um den Fachkräftemangel in der Pflege ermöglicht. Der Beitrag „Die professionelle Identität von Pflegefachpersonen – ein Vergleich zwischen Deutschland und Australien“, fokussiert die Entwicklung der pflegeprofessionellen Identität durch den Einfluss von Werten, die im historischen Verlauf unterschiedliche Einflüsse erlebt haben. Gleichzeitig erfolgt ein Einblick in die Entwicklung der Pflegeprofession in Australien, um Gemeinsamkeiten bzw. Unterschiede beider Länder – beispielsweise durch die eher einsetzende Akademisierung in Australien – nachzuzeichnen. Darauf basierend erfolgt ein Brückenschlag in die Gegenwart, indem eine vergleichende Analyse der beruflichen Sozialisation zwischen deutschen und australischen Pflegenden erfolgt. Die Rolle von Vorbildern und tradierten ggf. historisch gewachsenen Regelungen der Zusammenarbeit werden kritisch beleuchtet. Der Beitrag „Schwesternschaft versus Gewerkschaft – über die Persistenz eines Konflikts“ fokussiert beispielreich die Arbeits- und Lebensbedingungen von Pflegenden, auch unter dem Aspekt der Sittlichkeit. Gleichzeitig erfolgen wertvolle Einblicke in die berufspolitische Entwicklung bis hinein in die Akademisierung des Pflegeberufs.

Insgesamt weist der Tagungsband neben vielseitigen historischen Impulsen zur Entwicklung des Pflegeberufs bis in die Gegenwart, auch eine hohe Relevanz in die pflegeberufliche Bildungsarbeit auf. Diese wird immer wieder unter den Aspekten der Haltung und professionellen Identität von Pflegenden deutlich. Dabei wird pflegeberufliche Bildung als zentraler Faktor der Professionsentwicklung erkennbar, gleichzeitig aber auch als eine mögliche Ursache für unprofessionelles Handeln. Vor diesem Hintergrund erscheint eine intensive Auseinandersetzung mit den Erkenntnissen der vorliegenden Publikation in pflegeberuflichen Bildungsprozessen empfehlenswert.

Prof. Dr. Marcus Mittenzwei

**Sehr geehrte Leser:innen,**

auch im Mai 2023 können wir Ihnen eine Ausgabe mit spannenden Artikeln anbieten. Die Zeiten bleiben nicht weniger bewegt, auch im Gesundheitswesen. Diskussionen, wie sie derzeit in Österreich im Bereich Akademisierung geführt werden, sind teilweise schädlich. Bewegt sich wenigstens jetzt in Deutschland etwas in die richtige Richtung? Gemeint ist hier die Regelfinanzierung, z. B. der praktischen Ausbildung. Wir wissen, dass wir gut gebildetes Pflegepersonal, eben auch mit einem akademischen Weg, benötigen. Und wir wissen auch, dass nicht einmal das Potenzial in den eigenen Ländern ausreicht, um dem Fachkräftemangel zu begegnen und wir zusätzlich Pflegende aus dem Ausland rekrutieren müssen. Aber bitte doch auch menschenwürdig, längerfristig gedacht und ernsthaft integrierend in die Pflegeteams und nicht das kurzfristige Verwertungsinteresse im Vordergrund.

In Deutschland wird leider auch immer noch das Thema Selbstverwaltung der Pflegenden von vielen Personen in Frage gestellt. Die Wichtigkeit sollte uns allen bewusst sein! Vielen Dank an das Engagement nach Bayern, Rheinland-Pfalz und Nordrhein-Westfalen. An dieser Stelle auch noch einmal Danke an Christine Vogler, unserer Präsidentin des Deutschen Pflegerats. Dieser unermüdliche Einsatz ist unglaublich. Die Gesundheitsberufe sind in den Medien endlich auch mit noch mehr Sachverstand präsent.

Ich freue mich, dass unsere Artikel in dieser Ausgabe die Themen Selbstfürsorge, Lernprozessbegleitung, praktische Ausbildung und Professionalisierung aufgreifen. Stets mit dem Blick, dass die Perspektive einer guten Versorgung im Mittelpunkt stehen muss, auch im Fokus von Innovation und Digitalisierung. Wir, die Lernprozessbegleiter, sind zentral, um Pflegenden auf die Komplexität in der Versorgung, aber auch im Professionalisierungsdiskurs zu begleiten.

Viel Freude beim Lesen!

Prof. Dr. Matthias Drossel  
Leitender Herausgeber



**Prof. Dr. phil. Matthias Drossel**  
**Ltd. Herausgeber**

QR-Code / Link zu  
[www.pflege-professionell.at](http://www.pflege-professionell.at)



Eingereicht: 22.02.2023

Genehmigt: 30.03.2023

doi: 10.52205/llig/100

**Maria Kannenberg M.A.**  
Berufspädagogik Pflege  
und Gesundheit Stabsstelle  
Ausbildung & Praxis-  
anleitung, Herz- und Dia-  
beteszentrum NRW, Bad  
Oeynhausen



**Katharina Wiegmann B.A.**  
Berufliche Bildung Pflege  
Ehemalige Klinikspezifische  
Praxisanleiterin für das  
Zentrum für angeborene  
Herzfehler, Herz- und  
Diabeteszentrum NRW,  
Bad Oeynhausen



## Ausbildungskonzept für den Pflichteinsatz Pädiatrie am Herz- und Diabeteszentrum NRW

### Abstract

Die Einführung des neuen Pflegeberufgesetzes und der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung sowie der Rahmenausbildungspläne haben zur Folge, dass Träger der praktischen Ausbildung gefordert sind, innovative Ausbildungskonzepte zu entwickeln. Insbesondere die Organisation und Planung des pädiatrischen Pflichteinsatzes in den ersten beiden Jahren der Ausbildung stellt für Träger und Pflegeschulen eine große Herausforderung dar. In diesem Beitrag wird das Ausbildungskonzept für den pädiatrischen Pflichteinsatz am Herz- und Diabeteszentrum Nordrhein-Westfalen (HDZ NRW) vorgestellt und beschrieben.

With the new nursing profession law, the training and examination regulations, and the framework training plans for various deployments, providers of practical training are required to develop new training concepts. In particular, the planning and organization of the pediatric mandatory deployment in the first two years of training poses significant challenges for providers and nursing schools. This article presents the development and design of the training concept for the pediatric mandatory deployment at the Heart and Diabetes Center NRW.

### Einleitung

Aufgrund der limitierten Anzahl an Kinderkrankenhäusern und Kinderabteilungen in Deutschland, stellt der pädiatrische Pflichteinsatz ein Nadelöhr in der neuen Pflegeausbildung dar (Deutsche Krankenhausgesellschaft, 2018). Dies hat auch der Gesetzgeber erkannt und einige zusätzliche Beschlüsse für den pädiatrischen Pflichteinsatz erlassen. Die gesetzlichen Vorgaben zum pädiatrischen Pflichteinsatz beziehen sich zum einen auf den zu leistenden Stundenumfang, den Einsatzort, sowie auf die notwendige Qualifikation der anleitenden Personen als auch die zu bearbeitenden kompetenzorientierten Aufgaben.

In der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe [PflAPrV] wird ein zu leistender Stundenumfang von 60-120h beschrieben. Dieses variable Zeitkontingent ist bis zum 31. Dezember 2024 begrenzt. Je nachdem wie viele Stunden für den Einsatz geplant werden, werden die verbleibenden Stunden dem Orientierungseinsatz zugeschrieben (PflAPrV, 2018, Anlage 7). Jede Einrichtung kann, entsprechend ihrer zur Verfügung stehenden Ressourcen, entscheiden, mit wie vielen Stunden sie den pädiatrischen Pflichteinsatz innerhalb dieser Vorgabe plant.

Als Einsatzorte kommen neben pädiatrischen Stationen der stationären Akutpflege auch andere geeignete pädiatrische Einrichtungen in Frage, so lange sie sich zur Vermittlung der Ausbildungsinhalte eignen (PflBG, 2017, §7 Abs.2).

In der Verordnung zur Durchführung des Pflegeberufgesetzes in Nordrhein-Westfalen von 2019 werden, unter der Erfüllung der zuvor beschriebenen Maßgabe, Praxen der kinderärztlichen Versorgung, ambulante Kinderkrankenpflegedienste und integrative Kindergärten aufgeführt (DVO-PfIBG NRW, 2019, §1). Dadurch wird das mögliche Einsatzspektrum zur Absolvierung des pädiatrischen Pflichteinsatzes deutlich erhöht.

In Bezug auf die notwendige Qualifikation der anleitenden Personen erlaubt der Gesetzgeber an dieser Stelle, dass auch Personen die Praxisanleitung übernehmen, die nicht die in §4 Abs. 2 PflAPrV geforderte Qualifikation besitzen. Gefordert wird in diesen Bereichen eine Anleitung von entsprechend qualifizierten Fachkräften (PflAPrV, 2018, §4 Abs.2). Die inhaltliche Gestaltung des Pflichteinsatzes wird durch die Empfehlungen des Rahmenausbildungsplanes der Fachkommission konkretisiert. In dieser sind für den pädiatrischen Pflichteinsatz für die Kompetenzbereiche I und II kompetenzorientierte Aufgaben formuliert worden (Fachkommission nach §53 Pflegeberufgesetz, 2020, S.220ff.). Schwerpunkte des pädiatrischen Pflichteinsatzes sollen die Begegnung und die Beziehungsgestaltung mit Kindern und Jugendlichen und deren Eltern, sowie der Umgang mit alters- und gesundheitsbezogenen Selbstpflegeteuerfordernissen sein (ebd., S. 220).

Das Herz- und Diabeteszentrum (HDZ NRW) ist eine Spezialklinik für die Versorgung von Menschen mit Herz-, Kreislauf- und Diabeteserkrankungen. In den verschiedenen Kliniken werden jährlich 35.000 Patientinnen und Patien-

ten aller Altersgruppen behandelt. Eine der fünf Fachkliniken ist das Zentrum für angeborene Herzfehler (ZAH) mit den Bereichen Kinderkardiologie und Kinderherzchirurgie. Neben einer pädiatrischen Normalstation gehört auch eine Intensivstation und die Kinderambulanz zum ZAH.

Im Bereich der Pflege werden jährlich 100 Ausbildungsplätze zur Pflegefachfrau/zum Pflegefachmann angeboten, zehn davon mit dem Vertiefungseinsatz Pädiatrie. Die verschiedenen Ausbildungskurse starten jeweils zum 01.04., 01.08. und 01.10. jeden Jahres. Die theoretische Ausbildung wird mit zwei kooperierenden Pflegeschulen gestaltet. Damit gehört das HDZ NRW zu einem der größten Ausbildungsbetriebe im Pflegebereich in der Region Ostwestfalen-Lippe.

### Projektbeschreibung

Die Projektinitiative entstand im Rahmen der Planung und Gestaltung der generalistischen Pflegeausbildung am HDZ NRW und der Entwicklung des Praxiscurriculums auf Basis der gesetzlichen Vorgaben. Hinzu kam die Erhöhung der Ausbildungskapazitäten im Zuge der Generalistik.

Das Projekt „Praktische Pflegeausbildung im ZAH gestalten“ wurde von der Stabsstelle Ausbildung & Praxisanleitung in Abstimmung mit der Pflegedirektion und den Pflegedienstleitungen ins Leben gerufen. Das Ziel des Projektes war es, aufgrund der oben beschriebenen Veränderungen neue Ausbildungskonzepte und -strukturen im ZAH zu entwickeln und damit eine qualitativ hochwertige Ausbildung für den pädiatrischen Pflichteinsatz sicherzustellen.

Die Projektgruppe bestand aus jeweils einer Praxisanleitenden der beiden pädiatrischen Stationen, einer Vertreterin der Kinderambulanz, der klinikspezifischen Praxisanleiterin für das ZAH (Praxisanleiterin mit berufspädagogischem Bachelorstudium), sowie den beiden Stabsstellen für die Ausbildung & Praxisanleitung im HDZ NRW. Grundlegend für die erfolgreiche Implementierung weitreichender Veränderungen in die Praxis, ist die Einbindung von Beschäftigten der jeweiligen Bereiche in die Entwicklungsphase (Stahl, 2011). Zudem sind die Praxisanleitenden der beiden Stationen, sowie die klinikspezifische Praxisanleiterin Experten für die Gestaltung von Bildungsprozessen in der täglichen Pflegepraxis im ZAH und steuern damit unverzichtbare Erfahrungen bei der Neugestaltung bei.

Das Projekt wurde im August 2020 gestartet und schließt mit Beendigung der Evaluation im Sommer 2024 ab (siehe Abbildung 1).

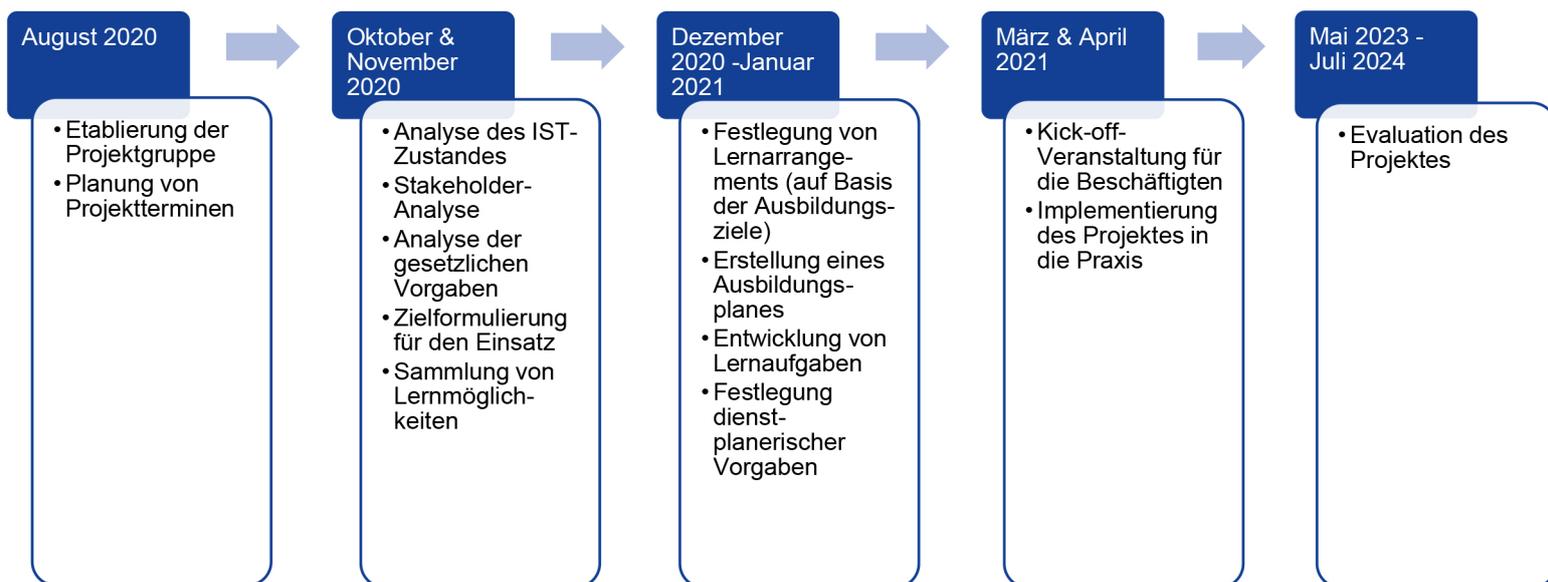


Abbildung 1: Projektplanung

Zu Beginn des Projektes wurden umfangreiche Analysen in Bezug auf die gesetzlichen Vorgaben, die derzeitigen Ausbildungsstrukturen im ZAH, sowie Risiko- und Stakeholder-Analysen durchgeführt. Dabei stellte sich heraus, dass neben Auszubildenden auf beiden Stationen derzeit noch andere Beschäftigte mit Anleitungsbefähigung berücksichtigt werden müssen (u.a. neue Beschäftigte, Fachweiterbildungsteilnehmende,

philippinische Pflegenden, etc.) und Praxisanleitungsressourcen daher vielfältig benötigt werden. Darüber hinaus wurde deutlich, dass die Intensivstation im Vergleich zur Normalstation bisher über nur wenig Erfahrung im Bereich der grundständigen Pflegeausbildung verfügt, sich dafür allerdings zukünftig gern stärker in der Pflegeausbildung einbringen möchte. Neben dem pädiatrischen Pflichteinsatz wird von der

pädiatrischen Normalstation auch der Orientierungseinsatz und der Vertiefungseinsatz der Auszubildenden mit Vertiefungsbereich Pädiatrie sichergestellt, sodass eine klare Abgrenzung des Projektes zu anderen Einsatzarten notwendig erscheint. Ferner wurde identifiziert, dass bis 2022 sowohl Auszubildende der „alten“ Pflegeausbildung, sowie Auszubildende der generalistischen Pflegeausbildung im ZAH eingesetzt sein wer-

### Ausbildungsziele

- Erhebung und Interpretation verschiedener Vitalzeichen in unterschiedlichen Entwicklungsphasen
- Pflegebedarf bei Säuglingen, Kindern und Jugendlichen ermitteln und gemeinsam mit einer Pflegefachkraft Maßnahmen planen, durchführen und evaluieren
- Soziale und gesundheitsbedingte Lebenskrisen der Familie (durch ein (chron.) krankes Kind) wahrnehmen und gemeinsam mit einer Pflegefachkraft reflektieren
- Wahrnehmen, beobachten und reflektieren der Eltern-Kind-/ Eltern-Kind-Pflegekraft-Interaktion (mit Kindern in verschiedenen Altersstufen)
- Auseinandersetzung mit den verschiedenen kindlichen Entwicklungsphasen und Ableitung von Konsequenzen für die tägliche pflegerische Arbeit (z.B. Kommunikation)
- Mit Kindern und Jugendlichen in Kontakt treten und eine professionelle Beziehung aufbauen
- Kinder und Jugendliche, sowie deren Eltern zu geplanten Pflegemaßnahmen adressatengerecht informieren

Abbildung 2: Ausbildungsziele für den pädiatrischen Pflichteinsatz

den, sodass es auch hier notwendig ist, klare Regelungen für die verschiedenen Auszubildenden festzulegen und zu kommunizieren.

In einem zweiten Schritt wurden von den Projektteilnehmerinnen Ausbildungsziele, auf Basis der gesetzlichen Vorgaben aus dem Rahmenausbildungsplan und unternehmenseigenen Zielen in einer Konsensentscheidung festgelegt (Abbildung 2). Im Anschluss daran wurden in den drei Bereichen Intensivstation, Normalstation und Kinderambulanz Lernmöglichkeiten gesammelt, geclustert und darauf aufbauend verschiedene Lernarrangements entwickelt. Ein weiterer Baustein bildete die Erstellung eines Ausbildungsplanes für den Einsatz und die Entwicklung dienstplanerischer Vorgaben.

Im März & April 2021 wurden drei Kick-off-Veranstaltungen zur Vorstellung des Ausbildungskonzeptes für die Beschäftigten der drei Bereiche veranstaltet. Für alle Projektteilnehmerinnen war es

wichtig, dass sie sich an der Präsentation der Ergebnisse aktiv beteiligen und ihren Kolleginnen und Kollegen das erarbeitete Konzept vorstellen. Hierdurch wurde eine hohe Akzeptanz der veränderten Ausbildungsstrukturen erreicht und die Beschäftigten konnten sich schnell mit den Projektergebnissen identifizieren. Zudem fungierten die Projektteilnehmerinnen bei der Implementierung als wichtige Säulen und Multiplikatoren in den Teams. Seit April 2021 wird das Projekt in der Praxis umgesetzt.

Um eine aussagekräftige Evaluation sicherzustellen wurde der Zeitpunkt der Evaluation auf Mai 2023 gelegt. Es wird davon ausgegangen, dass sich bis dahin alle Projektbausteine fest in die Praxis etabliert haben.

### Genauere Darstellung des Ausbildungskonzeptes

Für den pädiatrischen Pflichteinsatz im ZAH wird das Stundenkontingent von 120 Stunden vollständig ausgeschöpft. Da die

vergleichsweise kleine pädiatrische Abteilung nur begrenzte Kapazitäten zur Verfügung hat und die Pädiatrie insgesamt als Nadelöhr gilt, hat man sich entschieden, auch die Intensivstation als Einsatzort, sowie die Kinderambulanz und das Kinder-Herzkatheterlabor als Hospitationsorte mit aufzunehmen.

Der Großteil der Auszubildenden wird auf der kinder-kardiologischen Normalstation eingesetzt; der kleinere Teil auf der Intensivstation. An zwei Tagen des dreiwöchigen Einsatzes hospitieren die Auszubildenden in der kinder-kardiologischen Ambulanz. Dabei wird Ihnen eine Kinderkrankenpflegerin bzw. ein Kinderkrankenpfleger an die Seite gestellt, die sie begleiten und anleiten. Neben der Kinderambulanz haben die Auszubildenden auch die Chance, im Kinder-Herzkatheterlabor zu hospitieren. Die Hospitation ist dabei an die Begleitung eines zu pflegenden Kindes oder Jugendlichen gebunden, welches zuvor oder danach auf einer der beiden Stati-

## Infokasten

### Workshop „Sensibilisierung für den praktischen Einsatz auf der pädiatrischen Intensivstation“

#### Wer nimmt Teil?

Auszubildende des Herz- und Diabeteszentrums, welche einen praktischen Einsatz auf der pädiatrischen Intensivstation absolvieren.

#### Worum geht es?

Bei diesem Workshop geht es darum, den Auszubildenden die reflexive Auseinandersetzung mit den emotionalen Herausforderungen eines Einsatzes auf einer pädiatrischen Intensivstation zu ermöglichen und sie dabei zu unterstützen, die Persönlichkeit im Hinblick auf emotionale Erlebnisse zu stärken.

#### Was wird gemacht?

Der Workshop ist eine ganztägige Veranstaltung, bei der die reflexive Auseinandersetzung durch Falldiskussionen und Fallbesprechungen angebahnt wird. Zudem beinhaltet der Workshop Impulsvorträge und eine Stationsbegehung.

Abbildung 3: Workshop zur Vorbereitung des Intensiveinsatzes

**INFO  
EVENT**

**Master Lounge**  
27. April 2023

# Die Zukunft im Gesundheitswesen mitgestalten

## Master-Studiengang Advanced Nursing Practice

„Primary Nursing: Unser berufsbegleitender Master-Studiengang Advanced Nursing Practice (ANP) bereitet Sie in 2 Jahren auf verantwortungsvolle Aufgaben im Gesundheitssektor vor. Wir bilden die zukünftigen Expert\*innen der Pflege aus. Machen Sie sich bereit für die sich stetig verändernden Chancen und Herausforderungen in der Pflege und beteiligen Sie sich an der Entwicklung von neuen Pflege- und Versorgungskonzepten.“

*Prof. (FH) Mag.<sup>a</sup> Adelheid Schönthaler, Studiengangsleiterin*

- 2 Jahre (120 ECTS)
- Berufsbegleitend
- Studienbeitrag: 363 Euro/Semester (EU Staatsbürger\*innen)
- Abschluss: Master of Science in Health Studies
- Studienstart: Oktober 2023

Nähere Informationen  
zum FH-Studiengang



onen weiterbetreut werden muss. Hierdurch soll ein umfassendes und komplexes Fallverständnis angebahnt werden. Dabei ist die enge Betreuung der Auszubildenden durch eine Pflegefachperson von besonderer Bedeutung.

Die Auszubildenden, mit einem Einsatz auf der Intensivstation, erhalten einen vorbereitenden Workshop, um Ängste und Unsicherheiten bezüglich eines kardiologischen Intensiveinsatzes abzubauen (Abbildung 3). Da auf dieser Station eine vitale Lebensbedrohung den pflegerischen Alltag begleitet, ist die konsequente, emotionale Begleitung der Auszubildenden besonders wichtig. Der Workshop wurde von zwei Studierenden der Fachhochschule Bielefeld im Rahmen eines Moduls zum Projektmanagement entwickelt und wird seitdem mehrmals im Jahr durchgeführt.

Kernelement des Ausbildungskonzeptes sind die, entsprechend der Ausbildungsziele, geplanten Lernarrangements. Für den Pflichteinsatz Pädiatrie wurden zwei Praxisanleitungstage und drei Lernaufgaben entwickelt.

## Praxisanleitungen

Bei beiden Anleitungstagen handelt es sich um Gruppenanleitungen, die bereits im Vorfeld des Einsatzes im Dienstplan vermerkt werden. Gruppenanleitungen gewinnen in Zeiten des erhöhten Auszubildendenaufkommens zunehmend an Bedeutung. Innerhalb eines begrenzten Zeitfensters lässt sich viel praktisches Wissen an mehrere Auszubildende gleichzeitig vermitteln. So können, vor allem in Ausbildungsbereichen mit einer hohen Dichte an Auszubildenden, die gesetzlich vorgeschriebenen 10% Praxisanleitung sichergestellt werden (Neukamm,

2012, S. 260).

Bei der Planung und Umsetzung von Gruppenanleitungen gibt es jedoch einiges zu beachten. Grundsätzlich können sie gemeinsam mit Auszubildenden aus unterschiedlichen Ausbildungsjahrgängen gestaltet werden. Zu berücksichtigen sind allerdings die individuellen Lern- und Kompetenzstände der einzelnen Auszubildenden (Dauer & Jürgensen, 2021, S. 60). Diese sollten in den Aufgabenstellungen aufgegriffen werden. Auch die Gruppengröße sollte fünf Personen nicht überschreiten, da die Praxisanleitenden die Auszubildenden individuell begleiten und Lernhürden aufspüren bzw. konstruktives Feedback geben sollten (Neukamm, 2012, S. 261).

Eine der beiden Gruppenanleitungen wird von Praxisanleitenden der jeweiligen Einsatzstation gestaltet, an der ausschließlich Auszubildende teilnehmen, die zu diesem Zeitpunkt auf der jeweiligen Station eingesetzt sind. Die andere Gruppenanleitung wird von der klinikspezifischen Praxisanleiterin mit allen, zeitgleich im ZAH eingesetzten, Auszubildenden geführt. Diese Anleitung findet im klinikeigenen Skills Lab sowie im nahegelegenen Ronald McDonald Haus statt.

## Inhalt der Gruppenanleitung auf der Station: Pflegebedarf bei Säuglingen, Kleinkindern oder Kindern erheben, Maßnahmen planen, umsetzen und evaluieren.

In der Gruppenanleitung auf der jeweiligen Station steht der Pflegeprozess im Zentrum des Anleitungsprozesses. Die Auszubildenden erheben gemeinsam mit der praxisanleitenden Person einen Ausschnitt des Pflegebedarfes eines zu pflegenden Säuglings,

Kleinkindes oder Kindes. Hierfür können exemplarisch 1-3 Aktivitäten des täglichen Lebens ausgewählt werden. Nach der Erhebung des Pflegebedarfes werden gemeinsam mögliche Ziele und Maßnahmen besprochen und ausgewählt. Im Anschluss daran werden ggf. einzelne pflegerische Maßnahmen unter Anleitung geübt oder schon selbstständig umgesetzt (z.B. Intimpflege bei einem Säugling, Verabreichung einer Flaschennahrung, etc.).

## Inhalt der Gruppenanleitung im Skills Lab: Das System Familie

In der Gruppenanleitung, die von der klinikspezifischen Praxisanleiterin geleitet wird, wird das familiäre System eines chronisch kranken Kindes in den Blick genommen. In dieser Veranstaltung werden emotionale Belastungen aus verschiedenen Perspektiven innerhalb eines Familiengefüges näher beleuchtet. Fragen, die innerhalb der Anleitung gestellt werden, sind u.a. Welchen Einfluss nehmen (chronische) Erkrankungen auf das Geschwisterkind? Welche Gedanken, Gefühle und Sorgen haben Eltern eines (chronisch) kranken Kindes? Reflektiert und diskutiert werden diese Fragen immer vor dem Hintergrund des Patientenkontextes, dass die Auszubildenden schon in ihrem Einsatz auf einer der Kinderstationen kennengelernt haben.

Neben der theoretischen Erarbeitung der emotionalen Belastungen für die Familie, besuchen die Auszubildenden an diesem Tag das Ronald McDonald Elternhaus, in dem die Familien herzkranker Kinder während des Aufenthaltes ihres Kindes im HDZ NRW untergebracht sind. Die Auszubildenden bekommen durch diesen Besuch einen Einblick in den Alltag der Eltern herzkranker Kinder. Es

werden Rückzugsorte, ebenso wie Angebote der Freizeitgestaltung vorgestellt, die Eltern nach einem Besuch bei ihrem herzkranken Kind, als Teil des Verarbeitungsprozesses, angeboten werden.

Am Ende der Gruppenanleitung wird gemeinsam reflektiert, wie Pflegefachpersonen zur emotionalen Entlastung der Eltern und Geschwisterkinder beitragen können, bzw. welche Einflüsse in der Pflege berücksichtigt werden müssen.

### Lernaufgaben

Lernaufgaben unterstützen den Theorie-Praxis-Transfer durch den praktischen Kompetenzerwerb auf Grundlage bereits theoretisch erworbenen Wissens. Durch ihren Transfercharakter sind sie ein beliebtes didaktisches Mittel, auch

weil sie die Eigenverantwortlichkeit und Problemlösefähigkeit der Lernenden fördern (Müller, 2005, S. 685). Für den Pflichteinsatz Pädiatrie wurden zur Erreichung der Ausbildungsziele drei Lernaufgaben nach der Struktur von Klaus Müller konzipiert:

1. **Kommentar & Zielsetzung** – Aktivierung des Vorwissens, Darstellung der Relevanz, Ziele der Lernaufgabe
2. **Annäherung** – Bewusstmachen & Anknüpfen an subjektive Theorien
3. **Durchführung** – Durchführung der Handlung anhand eines konkreten Arbeitsauftrages
4. **Reflexion** – Gedanklicher Diskurs über die Durchführung der Handlung (Müller, 2013, S. 280ff.; Geldhäuser, 2011, S.3ff).

Bei den konzipierten Lernaufgaben handelt es sich um zwei Handlungsaufträge und einen Beobachtungsauftrag. Die Bearbeitung der Lernaufgaben kann auf Station oder innerhalb der Hospitationen erfolgen. Bei der Konzeption wurde darauf geachtet, dass die Begleitung der Lernaufgaben von allen Pflegefachpersonen übernommen werden kann. Die Themen der drei Lernaufgaben sind:

- Handlungsauftrag: „Entwicklungsphasen nach Piaget, Freud und Erikson“
- Handlungsauftrag: „Vitalzeichen im Rahmen der Pflegediagnostik in der Pädiatrie erheben“
- Beobachtungsauftrag „Kommunikation in der pädiatrischen Pflege“ (Abbildung 4)

Erstmals in Österreich:

Pflegeausbildungen und

Standorte auf einen Blick

[pflege-ausbildung.co.at](http://pflege-ausbildung.co.at)

Der einmalige Suchfilter für Ausbildungsstätten macht mit wenigen Klicks die richtige Pflegeschule oder Universität in Österreich ausfindig.

eine Initiative von **facultas**



# Lernaufgabe: „Kommunikation in der pädiatrischen Pflege“

Beobachtung einer professionellen Kommunikation und Interaktion in der Dreiecksbeziehung Eltern-Kind-Pflegefachperson.

Name: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Kurs: \_\_\_\_\_

Einsatz-Nr: \_\_\_\_\_

Einsatzzugehörigkeit: Pflichteinsatz Pädiatrie

Bearbeitungszeit: ca. 3h

## Kommentar & Zielsetzung

In der Pflege ist die Kommunikation und Interaktion mit dem zu pflegenden Menschen und seinen Bezugspersonen ein wichtiger Bestandteil der täglichen Arbeit. Die Besonderheit in der Pädiatrie ist die Dreiecksbeziehung von Kindern, deren Eltern und den Pflegefachpersonen. Die entwicklungsgerechte Kommunikation und Interaktion mit dem Kind, sowie der Einbezug der Eltern als Hauptsprechpartner, sind eine wichtige Aufgabe von Pflegefachpersonen in der Pädiatrie.

Ziel dieser Lernaufgabe ist es

- eine Pflegefachperson in der Kommunikation mit einem Kleinkind, Kind oder Jugendlichen und deren Eltern zu beobachten
- Zu erkennen, wie sich die Kommunikation zwischen dem Kind/Jugendlichem und den Eltern unterscheidet
- Individuelle, patientenbezogene und situationsspezifische Themen der Kommunikation zu identifizieren
- Reaktionen der Kinder/Jugendlichen auf die Kommunikation der Pflegefachperson wahrzunehmen
- Einflussfaktoren auf die Kommunikation wahrzunehmen

## Schwerpunkt in den Kompetenzbereichen (nach Anlage 1 PflAPrV)

I	II	III	IV	V
I.6 d,e	II.1.a,b,c,d,e			

## Annäherung

Stellen Sie sich vor, Sie wären wieder etwa 15 oder 16 Jahre alt. Sie sind mit Ihren Eltern unterwegs und treffen Freunde der Familie. Die Erwachsenen sprechen die gesamte Zeit über, aber nicht mit Ihnen. Welche Gedanken würden Ihnen durch den Kopf gehen? Wie würden Sie sich fühlen?

## Aufgabenstellung

1. Wählen Sie gemeinsam mit einer Pflegefachperson zwei zu pflegende Menschen und deren Eltern aus, bei denen Sie die Interaktion der Pflegefachperson beobachten (am besten Kinder/Jugendliche unterschiedlicher Entwicklungsphasen) können. Die Pflegefachperson sollte dem zu pflegenden Menschen und deren Eltern im Vorfeld erklären, dass Sie als Auszubildende/r die Situation lediglich beobachten.
2. Beobachten Sie die verbale und nonverbale Kommunikation der Pflegefachperson mit dem zu pflegenden Menschen und dessen Eltern. Zu beobachtende Aspekte:
  - Begrüßung & Verabschiedung
  - Gesprächsthemen und Gesprächsführung
  - Verbale Kommunikation: Lautstärke, Geschwindigkeit, Wortwahl, Berücksichtigung von Kommunikationsbarrieren, ...
  - Nonverbale Kommunikation: Berührung, Gestik, Mimik, Körpersprache, Haltung, ...
  - Gesprächstechniken: Nachfragen, Paraphrasieren, ...
  - Einflussfaktoren auf die Kommunikation und Interaktion
  - Kommunikation mit anwesenden Eltern
  - Reaktion des zu pflegenden Menschen und dessen Eltern
3. Notieren Sie Ihre Beobachtungen.

## Reflexion & Auswertung

Besprechen Sie Ihre Beobachtungen mit der Pflegefachperson. Reflektieren Sie, wie Sie die Situation erlebt haben und wie der zu pflegende Mensch und dessen Eltern die Interaktion erlebt haben könnte. Stellen Sie Ihre Beobachtungen der Pflegefachperson vor und fragen Sie nach, wenn Sie bestimmte Aspekte des Vorgehens der Pflegefachperson nicht verstanden haben.

Besprechen Sie gemeinsam mit der Pflegefachperson zentrale Grundregeln der Kommunikation und Interaktion in der Dreiecksbeziehung Kind-Eltern-Pflegefachperson. Identifizieren Sie auch Besonderheiten und Einflussfaktoren dieser Gesprächssituation (bspw. Schwerhörigkeit des zu pflegenden Menschen, Sprachbarrieren, Entwicklungsstand).

Lassen Sie die Pflegefachperson berichten, welche Kommunikationsstrategien (verbal und nonverbal) sie nutzt, um mit zu pflegenden Menschen und dessen Eltern in Kontakt zu treten und welche Werte ihr in der Kommunikation dieser Dreiecksbeziehung wichtig sind.

## Benötigte Dokumente

keine

## Fazit

Die Entwicklung eines Ausbildungsplanes für die praktische Pflegeausbildung wird mit dem Pflegeberufegesetz von allen Einrichtungen gefordert. Neben der organisatorischen und zeitlichen Strukturierung steht dabei auch die inhaltliche Ausgestaltung im Zentrum. Die Erstellung von Lernangeboten und einem strukturierten Einsatzverlauf bietet zudem mehrere Vorteile. Zum einen werden die geforderten 10% Praxisanleitung durch die gezielte Gestaltung des Pflichteinsatzes und die fest eingeplanten Praxisanleitungen sichergestellt. Zum anderen bahnen konkrete Lernangebote, die in der PflAPrV verankerten Kompetenzen und die im Rahmenausbildungsplan festgelegten kompetenzorientierten Aufgaben an.

Von dem strukturierten Ausbildungskonzept für den pädiatrischen Pflichteinsatz profitieren sowohl Auszubildende als auch Beschäftigte des ZAH. Die anzubahnenen Kompetenzen werden sichtbar gemacht und durch die Lernarrangements ins Zentrum der täglichen Ausbildungspraxis gestellt. Durch die Lernaufgaben wird dabei ein erheblicher Beitrag zum Theorie-Praxis-Transfer geleistet. Eine qualitativ hochwertige Ausbildung bildet damit die Grundlage für eine Sicherung des zukünftigen Fachkräftebedarfes, vor allem auch in dem Spezialbereich Pädiatrie. Erste Rückmeldungen von Auszubildenden und Beschäftigten zeigen, dass durch die klare Strukturierung, der pädiatrische Einsatz an Qualität gewonnen hat und die Einsatzzeit effektiv zum Lernen genutzt wird. Darüber hinaus ist allen Beschäftigten auf den Stationen präsent, welche Lern- und Ausbildungsziele erreicht werden müssen und welche Lernaufgaben und Anleitungsthemen

hierfür genutzt werden können. Durch die Integration des gesamten Stationspersonals werden die Praxisanleitenden entlastet. Differenzierte Rückmeldungen wird die für dieses Frühjahr geplante Evaluation liefern, in der alle an der Ausbildung beteiligten Akteure einbezogen werden sollen.

## Literatur:

Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (Pflegeausbildungs- und Prüfungsverordnung – PflAPrV) vom 02.10.2018. Bundesgesetzblatt Jahrgang 2018 Teil I Nr. 34, ausgegeben in Bonn am 10.10.2018.

Dauer, B. & Jürgensen, A. (2021). Handreichung für die Pflegeausbildung am Lernort Praxis. Pflegeausbildung gestalten. Bundesinstitut für Berufsbildung.

Deutsche Krankenhausgesellschaft (2018). Stellungnahme der Deutschen Krankenhausgesellschaft zum Referentenentwurf der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (PflAPrV). [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Gesetze\\_und\\_Verordnungen/Stellungnahmen\\_WP19/PflAPrV/DKG\\_Stellungnahme\\_2018\\_04\\_19.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/Stellungnahmen_WP19/PflAPrV/DKG_Stellungnahme_2018_04_19.pdf)

Fachkommission nach § 53 Pflegeberufegesetz. (2020). Rahmenpläne der Fachkommission nach § 53 PflBG.

Geldhäuser, D. (2011): Das Instrument Lernaufgabe. Bildungszentrum Barmherzige Brüder, Regensburg. Online verfügbar unter: <http://www.lernmedium.com/wp-content/uploads/2011/06/Instrument-Lernaufgabe3.pdf>

Gesetz zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz

PflBRefG) vom 17.07.2017. Bundesgesetzblatt Jahrgang 2017 Teil I Nr. 49, ausgegeben zu Bonn am 24.07.2017.

Müller, K. (2005): Lernaufgaben – Wissenstransfer & Reflexion in realen Berufssituationen. In: PrIn-terNet Zeitschrift für Pflege- und Gesundheitswissenschaft 12/05. S. 685-691.

Müller, K. (2013). Lernaufgaben. In R. Ertl-Schmuck & U. Greb (Hrsg.) Pflegedidaktische Handlungsfelder. Beltz Juventa.

Neukamm, B. (2012): Speziell für alle. In: OP 2012; 2(06): 260-262. Online verfügbar unter: [https://www.klilu.de/e21877/e22228/e22233/e29491/121102\\_Publikation\\_Neukamm\\_ger.pdf](https://www.klilu.de/e21877/e22228/e22233/e29491/121102_Publikation_Neukamm_ger.pdf)

Stahl, J. (2011). Bottom-up-Wandel. Initiierung und Implementierung mitarbeiterinduzierter Veränderungsprozesse. Ilmenauer Schriften zur Betriebswirtschaftslehre. Verlag proWiWi e.V.

Verordnung zur Durchführung des Pflegeberufegesetzes in Nordrhein-Westfalen (Durchführungsverordnung Pflegeberufegesetz - DVO-PflBG NRW) vom 19.09.2019.

Eingereicht: 19.12.2022  
Genehmigt: 15.03.2023

doi: 10.52205/llig/101

**Jann Niklas Vogel M.Sc.**

Wissenschaftlicher Mitarbeiter  
im Fachbereich Soziale Arbeit,  
Bildung und Erziehung an der  
Hochschule Neubrandenburg.



**Dr.in Frauke Stenzel**

Hochschuldidaktikerin am Zen-  
trum für erfolgreiches Lehren  
und Lernen an der Ostfalia  
Hochschule für angewandte  
Wissenschaften.



**Stina-Katharina Treseler  
M.A.**

Wissenschaftliche Mitarbeiterin  
an der Fakultät Gesundheitswe-  
sen der Ostfalia Hochschule für  
angewandte Wissenschaften.



**Melanie Schulze M.A.**

Pflegedienstleitung, SOS-Müt-  
terzentrum Salzgitter.



**Dr.phil. André Heitmann-  
Möller**

Wissenschaftlicher Mitarbeiter  
an der Fakultät Gesundheitswe-  
sen der Ostfalia Hochschule für  
angewandte Wissenschaften.



## Reflexives Lernen mit Portfolios

### Abstract

Heutzutage sind gesundheitsberufliche Akteure und Akteurinnen angewiesen aktuelles Fachwissen in einer ständig vergrößernden Wissensbasis zu recherchieren, handzuhaben und auf das jeweilige Setting übertragen zu können. Zugleich hat der Einbezug digitaler Technologien vielfältige Veränderungen der Arbeits- und Lebenswelt zur Folge (SVR, 2021). In Anbetracht dieser Veränderungen muss die gesundheitsberufliche Bildung gezielt Kompetenzen vermitteln, damit Akteure und Akteurinnen die aktuellen und zukünftigen Anforderungen bewältigen und den digitalen Wandel aktiv mitgestalten können. Die Portfoliomethode bietet hierfür ein passendes Lehr-/Lernformat, mit welchem reflexive Fähigkeiten des Analysierens und Urteilens verbessert werden können. Der vorliegende Beitrag beschreibt Erfahrungen aus dem Projekt „T-Nugd – Telenursing - Nursing goes digital“. Innerhalb des Weiterbildungsangebotes wurde die Portfolioarbeit gezielt im Modul Clinical Assessment/Clinical Reasoning verwendet, um Fertigkeiten in diesen Bereichen zu vermitteln und zu reflektieren.

### Abstract English

Nowadays, health professionals need to be able to research, manage and transfer up-to-date knowledge in a constantly growing knowledge base to the respective setting. At the same time, the integration of digital technologies has led to manifold changes in the working and living environment (SVR, 2021). In view of these changes, health professional education must impart competences in a targeted manner so that actors can cope with current and future requirements and actively shape the digital transformation. The portfolio method offers a suitable teaching/learning format for this, with which reflective skills of analysis and judgement can be improved. This article describes experiences from the project „T-Nugd - Telenursing - Nursing goes digital“. The Portfolio was specifically used in the module Clinical Assessment/ Clinical Reasoning of the continuing education programme to teach and reflect on skills in these areas.



**Prof.in Dr.in rer. medic.  
habil. Martina Hasseler**

Professorin für Klinische Pflege  
(Schwerpunkte Pflege- und  
Gesundheitswissenschaft,  
Rehabilitation) an der Fakultät  
Gesundheitswesen der Ostfalia  
Hochschule für angewandte  
Wissenschaften.



**Prof.in Dr.in phil. Sandra  
Tschupke**

Professorin für Berufspä-  
dagogik mit Schwerpunkt  
Professionalisierung und  
lebenslanges Lernen in den  
Gesundheitsberufen, an der  
Fakultät Gesundheitswesen  
der Ostfalia Hochschule für  
angewandte Wissenschaften.

## Hintergrund

Im Gesundheitswesen finden digitale Technologien immer mehr Anwendung. So werden telemedizinische Produkte, assistive Technologie, E-Health-Werkzeuge und Robotik zunehmend in die gesundheitliche Versorgung integriert (SVR, 2021). Besonders der Digitalisierung der pflegeberuflichen Arbeit wird ein Mehrwert zugesprochen (Lutze et al., 2021). Allerdings werden für den Umgang mit digitalen Tools zusätzliche Kompetenzen benötigt. Hierfür fehlen entsprechende Aus-, Fort- und Weiterbildungsangebote für Pflegefachpersonen. Im Projekt T-Nugd wurde ein wissenschaftliches Weiterbildungsangebot für Pflegefachpersonen im Bereich der Telemedizin/Telepflege entwickelt, erprobt und evaluiert. T-Nugd wurde vom Europäischen Sozialfonds im Kontext der Programmlinie ‚Offene Hochschulen‘ und aus Landesmitteln des Landes Niedersachsen finanziert. Das Weiterbildungsangebot war als Mentorenprogramm, auf Basis eines ‚Tandem-Learning Ansatzes‘, gemeinsam mit Studierenden des berufsgleitenden Studiengangs ‚Berufspädagogik und Management in der Pflege‘ der Fakultät Gesundheitswesen der Ostfalia gestaltet. Zielgruppe des Weiterbildungsangebotes bildeten pflegerische Berufsgruppen, die häufig zur Gruppe der nicht-traditionell Studierenden gehören. Die Teilnehmenden waren zwischen 27 und 56 Jahren alt und wiesen eine unterschiedliche berufliche als auch technische Erfahrung auf. Folgendes Zitat zeigt exemplarisch das Vorwissen der Weiterbildungsteilnehmenden:

„Durch meine langjährige Tätigkeit [...] habe ich ein umfangreiches und breitgefächertes Wissen erlangt, das ich gern an Kolleg\*innen

weitergebe. Der Bereich der Digitalisierung ist für mich aber „Neuland“. Die Herausforderung für mich ist dabei, dass dieses Thema [...] eher nicht meinen Neigungen und Interessen entspricht.“ (Portfolio\_B3, p. 3)

In der Weiterbildungsveranstaltung wurde den Teilnehmenden eine hohe zeitliche Flexibilität und ein ortsunabhängiges Lernen neben dem Beruf ermöglicht. Die Veranstaltungen fanden im Blended Learning-Format statt, dementsprechend wechselten sich Online- und Präsenztermine ab. Laut Koch et al. (2019) ist der Blended Learning-Ansatz eine effektive Methode, um E-Learning an Hochschulen zu etablieren. Auf diese Weise können die Vorteile beider Methoden genutzt werden. Ziel war es, mittels einer wissenschaftlichen und gleichzeitig praxisnahen Weiterbildung die Steigerung digitaler Kompetenzen zu ermöglichen.

## Weiterbildungsmodul zum Clinical Assessment und Clinical Reasoning

Das erste Modul von T-Nugd fand von September 2021 bis Januar 2022 statt. Hierin wurden die Methoden des Clinical Assessment (CA) und Clinical Reasoning (CR) vermittelt, welche wichtige Grundlagen bilden, um den gesundheitsberuflichen Versorgungsprozess effektiv zu gestalten. Das CA umfasst die Sammlung relevanter Daten und Informationen in Bezug auf den/die Patient/-in, die Familie bzw. Angehörige oder die Gemeinschaft (Kuiper et al., 2017). Vor allem der Wandel zu einem erweiterten professionellen Berufsverständnis in Gesundheitsfachberufen führt dazu, dass Assessmentverfahren verstärkt Beachtung finden (Lindpainter, 2007). Im CA können verschie-

dene Assessment-Instrumente je nach Setting und Schwerpunkt ausgewählt und verwendet werden. Die ermittelten Daten werden im Anschluss organisiert und ausgewertet. Auf Grundlage dessen kann das CR erfolgen. Innerhalb des CR-Prozesses werden berufsspezifische Diagnosen erstellt und darauf aufbauend ein umfassender Behandlungs- und Behandlungsplan konzipiert. Dabei bildet CR eine Perspektive auf den gesamten Behandlungs- bzw. Versorgungsprozess; mit dem Ziel diesen Prozess stetig an die aktuellen Anforderungen zu adaptieren und somit weiterzuentwickeln (Klemme & Siegmann, 2006). Mithilfe des CR können Ressourcen optimal in den Versorgungsprozess einbezogen werden. Zugleich werden kostenintensive und/oder gesundheitsgefährdende Handlungen vermieden, welche aus unpassenden Schlussfolgerungen und Entscheidungen resultieren können (Ritter & Witte, 2019). Neben den genannten Aspekten sind Kenntnisse über den CA- und CR-Prozess auch für die Forschung relevant; beispielsweise um klinische Entscheidungen und Patient/-innen-Outcomes zu evaluieren (Ritter & Witte, 2019). Die daraus resultierenden Erkenntnisse können zu einer Weiterentwicklung der Berufspraxis von Gesundheitsfachberufen, sowie zur Steigerung beruflicher Kompetenz und Professionalisierungsbestrebungen beitragen. Trotz der Relevanz der Thematik wurden die Begriffe des CA und CR vorrangig in gesundheitstherapeutischen Berufen wie Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie verwendet. Im Kontext der beruflichen Pflege sind die Begriffe insbesondere im US-amerikanischen Raum etabliert. Allmählich finden die Begrifflichkeiten auch zunehmend in Deutschland Einzug. Dabei wer-

den die Begriffe häufig in der Originalsprache belassen (siehe u.a.: Leschnik, 2020), da Übersetzungen meist nicht eindeutig und präzise sind. Neben der Übernahme des englischen Wordings besteht die Schwierigkeit, dass die Begrifflichkeiten teilweise nicht genau abgegrenzt, oder auch für identische Inhalte verwendet werden. Diese Variationsbreite führt dazu, dass in der Berufspraxis unterschiedliche Anwendungsmodelle existieren. Trotz alledem sind die Methoden des CA und CR für Berufspraktiker/-innen und insbesondere für Berufsanfänger/-innen relevant, um komplexes berufliches Handeln effektiv zu erlernen. Die Grundlagen werden hierfür bereits in der beruflichen Ausbildung geschaffen (Fournier et al., 2008). Neben beruflichen Anfänger/-innen sind die Methodenkenntnisse auch für fortgeschrittene berufliche Akteure und Akteurinnen interessant, gerade weil die Versorgung von Patient/-innen immer komplexer und anspruchsvoller wird (Ritter & Witte, 2019). So haben neben dem demografischen Wandel auch die reduzierte Kran-

kenhausverweildauer, der Anstieg von chronischen Erkrankungen sowie von Co- und Multimorbidität zu einer wachsenden Komplexität der gesundheitsberuflichen Arbeit geführt (Gurtner et al., 2018). Aus diesen Gründen besteht heutzutage mehr denn je, die Notwendigkeit gesundheitsberufliche Entscheidungen angemessen zu begründen. CA und CR bieten hierfür passgenaue Methoden.

Innerhalb des Weiterbildungsmoduls zum CA und CR wurden gleichnamige Methoden und Techniken vermittelt und in kleinen Lerngruppen eingeübt. Die Übungen in Lernenden-Gruppen sollten neben der Vertiefung der Lerninhalte auch zu einer besseren Übertragbarkeit der theoretischen Inhalte in die Berufspraxis beitragen. Da ein nutzbringender Einsatz von CA und CR angemessener Reflexion bedarf, wurden in die Lehr-/Lerninhalte gezielt Reflexionsmethoden integriert. Dabei kam der Portfoliomethode ein besonderer Stellenwert zu, um reflexive Fähigkeiten des Analysierens und Urteilens anzuregen und

zu fördern.

### Die Portfoliomethode

Ursprünglich stammt die Bezeichnung ‚Portfolio‘ vom italienischen Begriff ‚portafoglio‘, welcher sich aus dem Verb portare ‚tragen‘ und dem Nomen foglio ‚Blatt‘ zusammensetzt (Häcker, 2017b). Portfolios wurden bereits in der Renaissance von Architekten und Künstlern verwendet, um anhand von Dokumenten wie Skizzen oder Zeichnungen die Qualität ihrer Arbeit aufzuzeigen (Häcker, 2017b). Wann genau das Portfolio auf das Bildungswesen übertragen wurde, lässt sich nicht genau bestimmen (Häcker, 2011). Im Bildungswesen entspricht das Portfolio einer Zusammenstellung von Dokumenten und ‚Lernbeweisen‘, welche die individuelle Lernentwicklung und den aktuellen Leistungsstand widerspiegeln (Raker & Stascheit, 2007). Mittlerweile existieren verschiedene Definitionen zur Portfoliomethode. In einer ersten Präzisierung definiert Häcker (2017a, p. 36) das (papierbasierte) Portfolio als „eine zielgerichtete Sammlung von Arbeiten, welche die individu-

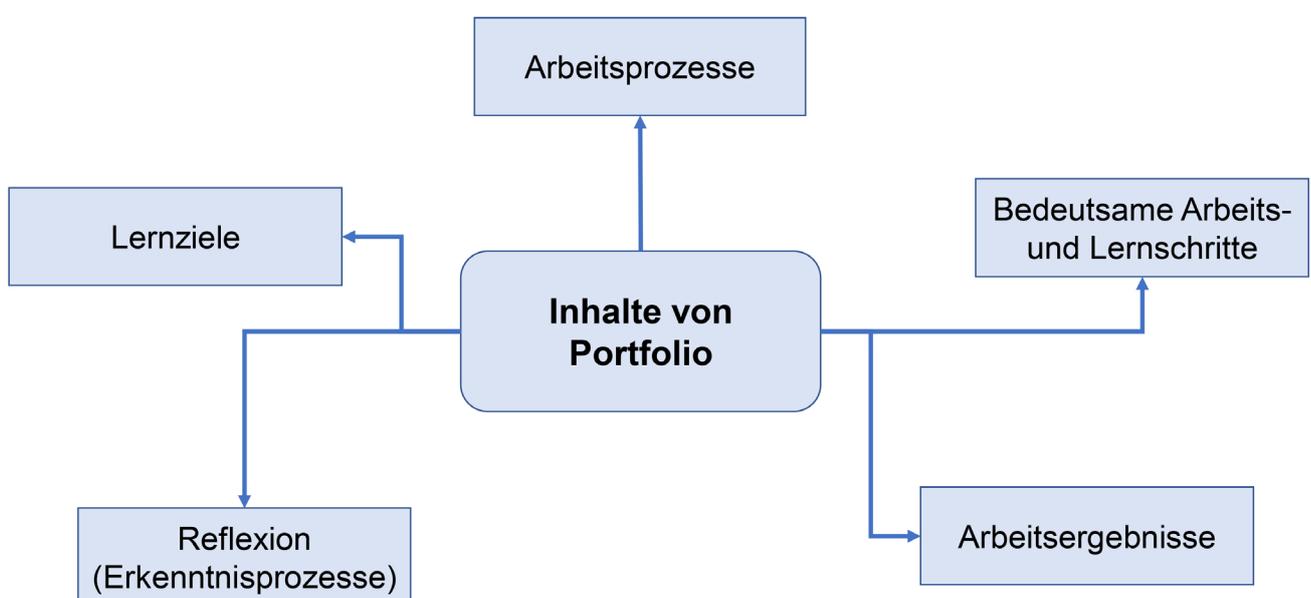


Abbildung 1: Inhalte von Portfolios

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Raker & Stascheit (2007)

ellen Bemühungen, Fortschritte und Leistungen der/des Lernenden auf einem oder mehreren Gebieten zeigt. Die Sammlung muss die Beteiligung der/des Lernenden an der Auswahl der Inhalte, der Kriterien für die Auswahl, der Festlegung der Beurteilungskriterien sowie Hinweise auf die Selbstreflexion der/des Lernenden einschließen.“ Abbildung 1 zeigt Inhalte, die mittels eines Portfolios systematisch und sorgfältig dokumentiert werden können.

Das Portfolio ermöglicht, individuelle Lernprozesse sichtbar zu machen. Es „spiegelt sich [...] die individuelle Praxis im Allgemeinen und die Entwicklung fachspezifischer Kompetenzen im Besonderen“ (Bräuer, 2016, p. 73). Lernenden wird auf diese Weise ermöglicht, eigene Stärken und Wissenslücken zu identifizieren und zu bearbeiten. Zudem planen Lernende eigenständige Lernziele, wodurch sie Verantwortung für den eigenen Lernweg übernehmen (Hillyer & Ley, 1996). Rückblickend kann der Lernverlauf und damit die individuelle Weiterentwicklung aufgezeigt, sowie Arbeitsergebnisse visualisiert werden (Bräuer, 2016). Auf diese Weise fördert die Portfoliomethode die persönliche und intellektuelle Entwicklung. Folgende Fragen können Inhalt des Portfolios sein:

- Wie habe ich die Lehre / das Lernen empfunden?
- Was hat mir Spaß gemacht? Was nicht? Warum?
- Was habe ich gelernt?
- Welche Probleme traten auf? Was hat mir geholfen?

### Formen der Portfolioarbeit

Zur Differenzierung der Portfolioformen konstruierte Häcker (2004) mit den Kategorien Zweck, Inhalte und Entscheidung einen dreidi-

mensionalen Raum, in dem sich unterschiedliche ‚Spielarten‘ von Portfolios finden lassen. In diesem Raum lassen sich Portfolios auf einem Spektrum zwischen Entwicklungsinstrument und Leistungsbeurteilungsinstrument unterteilen (Häcker, 2004). Dabei prägen die drei Dimensionen das konkrete Aussehen des Portfolios, die Auswahl der (Lern-)Dokumente sowie die Interaktion zwischen Lernenden und Lehrenden (Löwenstein, 2016), weshalb sie in Vereinbarungen über die Portfolioarbeit berücksichtigt werden sollten. Neben der analogen (papierbasierten) Portfolios existieren mittlerweile vielfältige Gestaltungskonzepte (Bräuer, 2016; Häcker, 2017a). Seit den 1990er Jahren werden auch digitale Portfolios, sogenannte ‚E-Portfolios‘ erstellt (Basu, 2019). Für diese Gestaltungsform existieren mehrere Begriffe, wie ‚digital Portfolio‘, oder ‚digital development (output) file‘, jedoch findet der Begriff ‚E-portfolio‘ die häufigste Anwendung (Baris & Tosun, 2011). International wird der Begriff ‚E-Portfolio‘ je nach Kontext und Zielsetzung unterschiedlich definiert, wobei Gemeinsamkeiten zwischen den Definitionen bestehen (Bhattacharya & Hartnett, 2007; Dunbar-Hall et al., 2015; Hallam & Creagh, 2010). In der Studie von van Wyk (2017) werden in der Arbeit mit E-Portfolios verschiedene Tools der Informationstechnologie wie Podcasts, Blogs, PowerPoint-Präsentationen und E-Diskussionsforen eingesetzt. Durch die flexiblen Gestaltungsformate kann sich das E-Portfolio unterschiedlichen und sich wandelnden Bedürfnissen anpassen (Bräuer, 2016). In der Studie von Akçıl & Arap (2009) konnte gezeigt werden, dass die Arbeit mit E-Portfolios eine Steigerung der Lernmotivation zur Folge hat, weil der Lernperson eine stär-

kere Verantwortung für den Lernprozess übertragen wird. Darüber hinaus ermöglicht das E-Portfolio dem Lernenden, neben den grundlegenden Fertigkeiten der Portfolioarbeit, auch digitale Kompetenzen zu stärken und die Ergebnisse mit anderen Personen digital austauschen zu können. Allerdings ist die Arbeit mit E-Portfolios auch mit Hürden verbunden. So wurden in der Studie von Makokotela (2020) verschiedene Herausforderungen identifiziert, welche bei der Arbeit mit E-Portfolios entstehen können. Hierzu gehören:

- mangelnde Computerkenntnisse,
- mangelnde Konnektivität,
- mangelnde Unterstützung bei der Erstellung des E-Portfolios,
- und unzureichende Aktivitäten zur Förderung der digitalen Pädagogik von Lehrkräften (Makokotela, 2020).

Trotz alledem überwiegen die positiven Eigenschaften der E-Portfolioarbeit. An Hochschulen und Universitäten werden inzwischen vermehrt E-Portfolios als Lehr-/Lernmethode etabliert (Bräuer, 2016). Dennoch gibt es laut Raker & Stascheit (2007) keine Portfoliomethode, welche zu präferieren ist. Dies liegt daran, dass die Portfoliomethode einen verändernden und weiterentwickelnden Prozess (den individuellen Lernprozess) thematisiert. Das Portfolio spiegelt die Vielfalt und Individualität von Lernprozessen wider; diesem Anspruch kann nur durch eine möglichst ‚freie‘ Aufgabenstellung entsprochen werden. Zu starke Reglementierungen von Portfolios hemmen die individuelle Reflexion und damit den Lernprozess.



Angelika Feichtner

## Palliativpflege

für Pflege- und andere  
Gesundheitsberufe

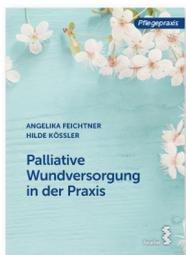
facultas 2022  
6., überarbeitete und erweiterte Auflage  
352 Seiten, broschiert  
EUR 36,90 (A) / 35,90 (D) / sFr 45,30 UVP  
ISBN 978-3-7089-2167-9  
e-ISBN 978-3-99111-481-9

### Den letzten Lebensweg würdevoll beschreiten

In der Pflege von schwer kranken und sterbenden Menschen sind spezielles Wissen, fachliches Können und eine respektvolle, achtsame Haltung, aber auch eine gelingende Zusammenarbeit der beteiligten Berufsgruppen entscheidend. Das vorrangige Ziel palliativer Betreuung ist das größtmögliche Wohlbefinden der Patient:innen.

Dieses Buch liefert die Grundlagen für die Pflege und Betreuung von Patient:innen in palliativen Situationen und bietet Anleitung und Unterstützung für Gesundheitsberufe.

Die 6. Auflage ist vollständig überarbeitet, berücksichtigt neue Entwicklungen beim assistierten Suizid sowie Tötung auf Verlangen in Europa und vertieft die Kapitel zum deliranten Syndrom, zu Schmerz und Demenz.



Angelika Feichtner, Hilde Kössler  
**Palliative Wundversorgung  
in der Praxis**

facultas 2020  
296 Seiten, 2-farbig, broschiert  
EUR 29,90 (A)  
EUR 28,90 (D) / sFr 36,60 UVP  
ISBN 978-3-7089-1996-6  
e-ISBN 978-3-99030-998-8



Angelika Feichtner  
**Palliativpflege in der Praxis**  
Wissen und Anwendungen

facultas 2021  
3., überarb. und erweiterte Auflage  
248 Seiten, 2-farbig, broschiert  
EUR 23,90 (A)  
23,10 (D) / sFr 29,10 UVP  
ISBN 978-3-7089-2135-8  
e-ISBN 978-3-99111-342-3

### Portfolioarbeit als organisierte reflexive Praxis

Portfolioarbeit entspricht einem Prozess, welcher in verschiedenen Schritten erfolgt (Brunner & Schmidinger, 2000; Häcker, 2004). Dabei bildet die Reflexion das Kernelement der Portfolioarbeit, welches die gesamte Portfolioerstellung begleitet (Löwenstein, 2016). Dementsprechend bietet die Portfoliomethode das Potential, Methodiken der analytischen Argumentation zu verbessern. Im gesundheitsberuflichen Kontext entsprechen diese Prozesse des ‚Erkennens‘ und ‚Korrigierens‘ von klinischen Mustern dem Critical Thinking (CT) beziehungsweise dem Prinzip der Metakognition. CT ist eine kritische Haltung, bei der Informationen auf ihre Validität geprüft werden (Alfaro-LeFevre, 2020). In Anlehnung an die Definition von Alfaro-LeFevre (2020) entspricht CT einem sinnvollen, informierten, ergebnisorientierten Denken, dass sich an Standards, Richtlinien, Ethikkodizes und Gesetzen orientiert und von den Bedürfnissen der Patient/-innen, der

Angehörigen, dem Gemeinwesen sowie von Gesundheitspersonal bestimmt wird. Das CT samt metakognitiver Prozesse bildet eine wichtige Grundlage für das Erlernen und das Anwenden von CR-Fähigkeiten. Metakognition ist ein reflexiver Ansatz zur Problemlösung. Der Begriff ‚Metakognition‘ kann als Denken über das Denken zusammengefasst werden (Klemme & Siegmann, 2006). Dabei werden, von der ursprünglichen Problemstellung ausgehend, die abgeleiteten Denkprozesse untersucht und reflektiert (Croskerry, 2003). Die Portfoliomethode in dem Weiterbildungsmodul ‚Clinical Assessment/Clinical Reasoning‘ sollte in Anlehnung an Bräuer (2016) eine reflexive Praxis fördern; also ein vertiefendes Handlungsverständnis zwischen erlebtem und antizipierten Handeln, wodurch eine Optimierung zukünftiger Handlungen erfolgen kann und der persönliche Kompetenzerwerb effektiver wird (Schön, 1988). Eine Möglichkeit diesen Prozess zu unterstützen, ist die Formulierung von komplexen Auf-

gaben. Abbildung 2 zeigt die Merkmale einer komplexen Aufgabe in Anlehnung an Hallet (2018) auf.

Neben diesen Merkmalen sollte die Aufgabenstellung einen konkreten Mehrwert für die Lernperson aufweisen. Die Portfolioarbeit im Weiterbildungsmodul orientierte sich an zwei leitenden Fragestellungen:

- Clinical Assessment und Clinical Reasoning in der eigenen Berufspraxis - Hat sich Ihre Wahrnehmung auf die Berufspraxis verändert? Wenn ja, in welchen Bereichen?
- Welche Inhalte des Lehrbriefes möchten Sie konkret in Ihrer Berufspraxis umsetzen?

Ein Zitat aus einem der erstellten Portfolios unterstreicht sehr gut das intendierte Ziel: „Das Ziel dieses Portfolios ist es: Meine Erwartungen, Entwicklungen und Erkenntnisse zu evaluieren, zu teilen und mein Denken noch einmal zu überdenken.“ (Portfolio\_B5, p. 3)

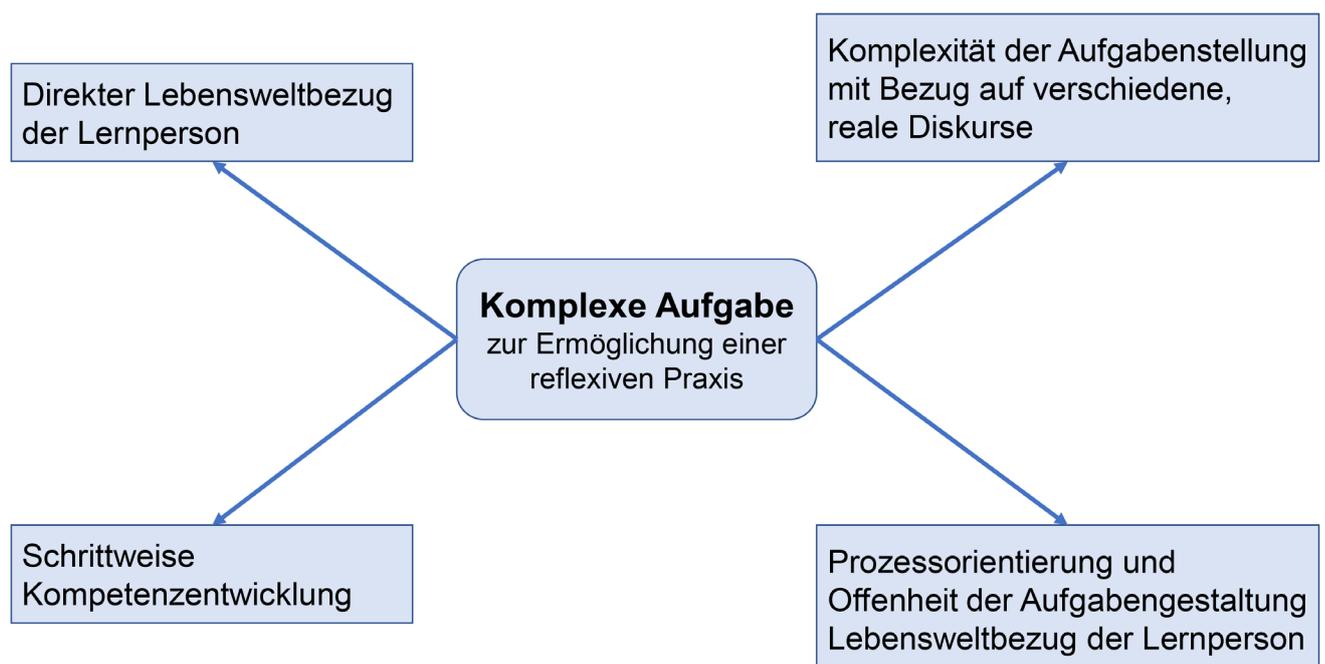


Abbildung 2: Merkmale einer komplexen Aufgabe zur Anleitung reflexiver Praxis  
Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Hallet (2018)

### Prinzipien der Portfolioarbeit im Rahmen des Weiterbildungsmoduls Clinical Assessment/ Clinical Reasoning

Gemäß Häcker (2017a) gründet Portfolioarbeit auf drei Prinzipien: Kommunikation, Transparenz und Partizipation. In Abbildung 3 wird die Umsetzung der drei Prinzipien der Portfolioarbeit innerhalb des Weiterbildungsmoduls dargestellt:

Unter dem Prinzip Transparenz wurden folgende Elemente durchlaufen.

#### Erläuterung der Methodik

Den Teilnehmenden wurde die Methodik angemessen erläutert. Hierzu wurde der Umfang des Portfolios (ca. 10 Seiten) ebenso, wie die Formalien (anhand einer Formatvorlage) und die Gliederung der Inhalte vorgegeben. Die Vorgaben ermöglichten eine bessere Vergleichbarkeit der Portfolios und gaben den Lernenden zugleich eine Orientierung. Zu diesem Zweck wurde zu Beginn des Moduls ein Online-Workshop

veranstaltet. Als Gestaltungsform konnte zwischen dem papierbasierten Portfolio und dem digitalen Portfolio gewählt werden, wobei alle Teilnehmenden das digitale Portfolio wählten. Für die Erstellung des digitalen Portfolios wurden bekannte Office Programme verwendet. Dies hatte den Vorteil, dass die Teilnehmenden neben den eigentlichen Lehrinhalten ihre digitalen Fähigkeiten bei Nutzung von gängigen Softwareprogrammen indirekt gesteigert haben.

#### Festlegung einer Fragestellung

Im Weiterbildungsmodul erfolgte die Portfolio-Erstellung anhand von zwei leitenden Fragestellungen. Die Fragestellungen legten fest, dass die Verbindungen zwischen der beruflichen Tätigkeit und den Inhalten der Weiterbildung sowie des Studienmaterials reflektiert werden sollten. Daneben konnten die Lernenden die Thematik ihres Portfolios weitestgehend frei wählen, wodurch individuelle, auf die eigene berufliche Situation und/oder auf eigene Inte-

ressen basierende Schwerpunktsetzungen gelegt werden konnten.

Das Prinzip der Kommunikation steht eng mit dem Prinzip der Partizipation in Verbindung. Folgende Elemente charakterisierten die beiden Prinzipien im Weiterbildungsmodul:

#### Sichtung des Lehrbriefes und Reflexion der eigenen Berufspraxis

Im Rahmen der Weiterbildungsveranstaltung stand den Teilnehmenden ein Lehrbrief mit den zu lernenden Inhalten zur Verfügung. Dieser diente der Vor- und Nachbereitung von Präsenz- und Onlineveranstaltungen. Durch die Kombination des theoretischen Teils des Lehrbriefes und praxisorientierter Aufgaben am Ende eines jeden Kapitels, wurde ein individuell-angepasster Theorie-Praxis-Transfer ermöglicht. Beispielsweise lautete eine Praxisaufgabe im Lehrbrief: „Welche Methode(n) verwenden Sie in Ihrer Berufspraxis, um Daten zu organisieren und

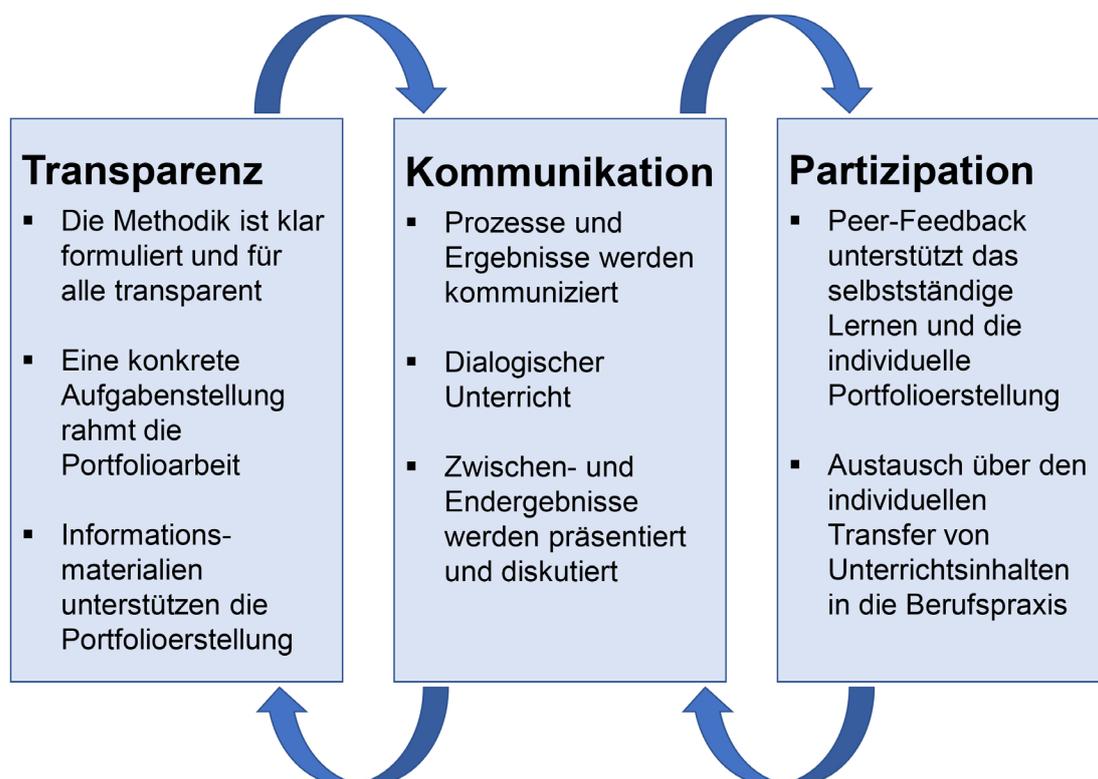


Abbildung 3: Die drei Prinzipien der Portfolioarbeit im Rahmen des Weiterbildungsmoduls  
Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Häcker (2017)

zu kategorisieren?“

Die zusätzlich eingesetzte Portfoliomethode konkretisierte die im Lehrbrief angestrebte Reflexion des individuellen Berufsfeldes. Durch das dialogische Unterrichtsformat wurden Reflexionen unterschiedlicher beruflicher Settings in der Lerngruppe diskutiert und reflektiert.

### Regelmäßiges Peer-Feedback

Die Lehrveranstaltungen beinhalteten regelmäßige Reflexionstermine. Auf diese Weise konnten persönliche Erkenntnisse und Fragen zum Portfolio geteilt und diskutiert werden. Da alle Weiterbildungsteilnehmenden aus der beruflichen Pflege stammten, fand ein Erfahrungsaustausch zwischen Personen statt, die denselben ‚Lebensweltbezug‘ aufwiesen. Einen großen Vorteil bot dabei die digitale Portfolio-Erstellung, da die Arbeitsergebnisse auch per E-Mail oder in den Online-Terminen ausgetauscht werden konnten. So erfolgte neben den Veranstaltungsterminen auch ein informeller Austausch zwischen den Teilnehmenden.

### Präsentation und Reflexion der Portfolios

Am letzten Veranstaltungstermin hatten die Teilnehmenden die Aufgabe ihre Portfolio-Ergebnisse zu präsentieren. Als Präsentationsmedium wurden PowerPoint-Präsentationen und geteilte PDF-Dokumente der Portfolios verwendet. Nach der Präsentation erfolgte ein Feedback durch die anderen Teilnehmenden sowie der Lehrperson. Um die Objektivität im Bewertungsprozess zu wahren, wurden die Weiterbildungsteilnehmenden bereits im Online-Workshop an die Kriterien einer Leistungsbewertung herangeführt. In Anlehnung an Raker & Stascheit (2007) fand

eine Beurteilung der Portfolios anhand folgender Kriterien statt:

- Vollständigkeit,
- Übersichtlichkeit,
- Ausführlichkeit & Nachvollziehbarkeit,
- Bezug zu leitenden Fragestellungen.

### Transfer von Theorie und Praxis

Der individuelle Theorie-Praxis-Transfer zeigte sich deutlich in der Themenwahl der Portfolioarbeiten. Folgende Themen wurden von den Teilnehmenden ausgewählt und behandelt:

- Übertragbarkeit des CA und CR auf die Langzeitpflege (im Kontext des Strukturmodells nach Beikirch)
- Verwendung von Apps in der Pflegearbeit
- Transparenz und Handhabung von CA und CR in der Berufspraxis (Möglichkeiten der Digitalisierung)
- Probleme und Hürden von Digitalisierungsmaßnahmen im Krankenhaus
- Effektiver Umgang mit komplexen beruflichen Anforderungen

In den Portfolioarbeiten haben die Teilnehmenden ihre Schwerpunktthemen anhand der Erkenntnisse aus dem Modul reflektiert. Daraus ergaben sich neue Perspektiven auf die theoretische Begründbarkeit der beruflichen Praxis. Prägnante Aussagen der Interviews, welche von den Projektmitarbeitenden von T-Nugd durchgeführt wurden, zeigten, dass die Teilnehmenden ein vertiefendes Handlungsverständnis zwischen erlebtem und antizipierten Handeln erlangt haben und Theorie und Praxis gut miteinander verknüpfen konnten. So sagte eine Teilnehmende: „Auf jeden Fall, also inhaltlich macht

es wirklich Sinn, es hat gefruchtet sozusagen, dass man da wirklich Themen behandelt, denen man täglich auch begegnet, die man jetzt auch besser beschreiben kann“ (Transkript\_B4, Pos. 99).

### Fazit

Die Portfoliomethode kann sowohl bei Anfänger/-innen als auch bei beruflichen Expert/-innen angewendet werden und ermöglicht eine gezielte Reflexion von Lerninhalten. Die Reflexion ist immer dann besonders effektiv, wenn den Lernenden ein ausreichender Zeitrahmen, sowie Gelegenheit zur Reflexion gegeben wird, damit Erkenntnisprozesse ausgetauscht werden können (Bräuer, 2016). Durch die Portfoliomethode kann ein individuell-angepasster Transfer zwischen Theorie und Praxis erfolgen. Die Erfahrungen aus dem T-Nugd-Projekt zeigen, dass die Portfoliomethode sehr gut geeignet ist, um eine Reflexion von Wissensstrukturen zu ermöglichen. Die erstellten Portfolios weisen eine hohe Themenvielfalt und zugleich einen individuellen Bezug der Weiterbildungsthemen auf Phänomene der Berufspraxis auf, wie folgende Zitate nahelegen:

„Durch die wissenschaftliche Weiterbildung Telenursing-Nursing goes digital, habe ich meine eigene Angst vor der Digitalisierung stark reduziert.“ (Portfolio\_B5, p. 11)

„Das Modul half mir, eine neue Sichtweise auf mein Berufsalltag zu ermöglichen und effizienter zu arbeiten.“ (Portfolio\_B4, p. 8)

Für die Etablierung der Portfoliomethode lässt sich rückblickend feststellen, dass auf didaktischer Ebene ein kompetenzorientiertes Aufgabendesign geschaffen werden muss, welches die reflexive

Praxis der Lernpersonen aufgreift. Zudem sollte die Methodik wirksam angeleitet und in die Lehrveranstaltung integriert werden (in Anlehnung an: Bräuer, 2016), sodass eine ausreichende Reflexion der (vorläufigen) Arbeitsergebnisse erfolgen kann. Laut Bräuer (2002) lässt sich erfolgreiche Portfolioarbeit nur durch eine förderliche Lernkultur verwirklichen, was in dem vorgestellten Fall gegeben war. In diesem Zusammenhang zeigte der Peer-Ansatz deutliche Vorteile, da die Lernenden über ihre Portfolioarbeit und (Praxis-) Reflexion berichteten und mit anderen Lernenden in regelmäßigem Austausch treten konnten. Hierdurch konnten Lernprozesse bewusst und transparent gestaltet werden, wodurch ein reflexiver Lernstil etabliert wurde. Insgesamt bietet die Portfolioarbeit vielfältige Umsetzungsmöglichkeiten der Reflexion und ist deshalb für Lehrveranstaltungen mit reflexiven Inhalten, wie dem CR, von besonderem Wert.

### Literatur

- Akçıl, U., & Arap, İ. (2009). The opinions of education faculty students on learning processes involving e-portfolios. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 1(1), 395–400. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2009.01.071>
- Alfaro-LeFevre, R. (2020). *Critical thinking, clinical reasoning, and clinical judgment: A practical approach* (7th edition ed.). Elsevier.
- Baris, M. F., & Tosun, N. (2011). E-portfolio in Lifelong Learning Applications. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 28, 522–525. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.11.100>
- Basu, R. (2019). E-Portfolios: An Integrative Learning Tool. 46–49.
- Bhattacharya, M., & Hartnett, M. (2007). E-portfolio assessment in higher education. In 37th annual frontiers in education conference - global engineering: knowledge without borders, opportunities without passports (pp. T1G-19-T11G-24). IEEE. <https://doi.org/10.1109/fie.2007.4418182>
- Bräuer, G. (2002). Reformen durch Portfolios? Retrieved 03.02.2023 from <https://www.ph-freiburg.de/fileadmin/shares/Einrichtungen/Schreibzentrum/Dateien/PDF-Dateien/SZ/Archiv/portfolio.pdf>
- Bräuer, G. (2016). *Das Portfolio als Reflexionsmedium für Lehrende und Studierende* (2., erweiterte Auflage ed.). Verlag Barbara Budrich. <http://www.blickinsbuch.de/item/69df1747fbbe43762d736edc62e98f2e>
- Brunner, I., & Schmidinger, E. (2000). *Gerecht beurteilen: Portfolio: die Alternative für die Grundschulpraxis*. Cornelsen Veritas.
- Croskerry, P. (2003). The importance of cognitive errors in diagnosis and strategies to minimize them. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*, 78(8), 775–780. <https://doi.org/10.1097/00001888-200308000-00003>
- Dunbar-Hall, P., Rowley, J., Brooks, W., Cotton, H., & Lill, A. (2015). E-Portfolios in Music and other Performing Arts Education: History through a Critique of Literature. *Journal of Historical Research in Music Education*, 36(2), 139–154. <https://doi.org/10.1177/153660061503600205>
- Fournier, J. P., Demeester, A., & Charlin, B. (2008). Script concordance tests: guidelines for construction. *BMC medical informatics and decision making*, 8, 18. <https://doi.org/10.1186/1472-6947-8-18>
- Gurtner, C., Spirig, R., Staudacher, D., & Huber, E. (2018). Patientenbezogene Komplexität in der Pflege – Kollektive Case Studies im Akutspital [Patient-related complexity in nursing care - Collective case studies in the acute care hospital]. *Pflege*, 31(5), 237–244. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000626>
- Häcker, T. H. (2004). Portfolio - ein Medium zur Weiterentwicklung von Unterricht?! *Haushalt und Bildung*(3), 31–40. [https://www.uni-greifswald.de/storages/uni-greifswald/2\\_Studium/2.1\\_Studienangebot/2.1.4\\_Qualitaet\\_in\\_Studium\\_und\\_Lehre/Hochschuldidaktik/Dokumentationen/Portfolio-Fachartikel.pdf](https://www.uni-greifswald.de/storages/uni-greifswald/2_Studium/2.1_Studienangebot/2.1.4_Qualitaet_in_Studium_und_Lehre/Hochschuldidaktik/Dokumentationen/Portfolio-Fachartikel.pdf)
- Häcker, T. H. (2011). *Portfolio: ein Entwicklungsinstrument für selbstbestimmtes Lernen: Eine explorative Studie zur Arbeit mit Portfolios in der Sekundarstufe I* (3., unveränderte Auflage ed.). Schneider Verlag Hohengehren GmbH.
- Häcker, T. H. (2017a). Vielfalt der Portfolioarbeit: Annäherungen an ein schwer fassbares Konzept. In I. Brunner, T. H. Häcker, & F. Winter (Eds.), *Das Handbuch Portfolioarbeit* (5. Auflage ed.). Kallmeyer in Verbindung mit Klett.
- Häcker, T. H. (2017b). Wurzeln der Portfolioarbeit: Woraus das Konzept erwachsen ist. In I. Brunner, T. H. Häcker, & F. Winter (Eds.), *Das Handbuch Portfolioarbeit* (5. Auflage ed.). Kallmeyer in Verbindung mit Klett.

- Hallam, G., & Creagh, T. (2010). ePortfolio use by university students in Australia: a review of the Australian ePortfolio Project. *Higher Education Research & Development*, 29(2), 179–193. <https://doi.org/10.1080/07294360903510582>
- Hallet, W. (Ed.). (2018). *Kompetenzaufgaben im Englischunterricht: Grundlagen und Unterrichtsbeispiele* (3. Auflage ed.). Kallmeyer.
- Hillyer, J., & Ley, T. C. (1996). Portfolios and Second Graders' Self-Assessments of Their Development as Writers. *Reading Improvement*, 33, 148–159. <http://www.personal.psu.edu/sam7/EDUC586/Hillyer-LeyArticle.pdf>
- Klemme, B., & Siegmann, G. (2006). *Clinical Reasoning: Therapeutische Denkprozesse lernen ; 56 Tabellen ; [Problemdefinition, Hypothesenbildung, Entscheidungsfindung, Evaluation. Thieme.*
- Koch, L. F., Faßhauer, U., & Reiber, K. (2019). E-Learning in der hochschulischen Pflegeausbildung in Deutschland und die Rolle von Hochschullehrenden – eine Delphi-Erhebung [E-Learning in bachelor-level nursing education in Germany and the role of the nurse educator - a Delphi survey]. *Pflege*, 32(1), 31–46. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000653>
- Kuiper, R., Pesut, D. J., O'Donnell, S. M., & Turrise, S. L. (2017). The essentials of clinical reasoning for nurses: Using the Outcome-Present State Test model for reflective practice. *Sigma Theta Tau International*. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&AN=1525699>
- Leschnik, A. (2020). Clinical Reasoning. In A. Leschnik (Ed.), *Therapeutische Diagnosen in Pädiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie* (pp. 43–52). Springer Fachmedien Wiesbaden. [https://doi.org/10.1007/978-3-658-31122-3\\_11](https://doi.org/10.1007/978-3-658-31122-3_11)
- Lindpainter, L. S. (2007). Der Beitrag der Körperuntersuchung zum klinischen Assessment: Wirksames Instrument der professionellen Pflege [The role of the physical examination in clinical assessment: a useful skill for professional nursing]. *Pflege*, 20(4), 185–190. <https://doi.org/10.1024/1012-5302.20.4.185>
- Löwenstein, M. (2016). *Förderung der Lernkompetenz in der Pflegeausbildung: Lehr-Lern-Kultur durch Lernportfolios verändern*. Springer. <https://ebookcentral.proquest.com/lib/kxp/detail.action?docID=4182833>
- Lutze, M., Trauzettel, F., Busch-Heizmann, A., & Bovenshulte, M. (2021). *Potenziale einer Pflege 4.0*. B. Stiftung.
- Makokotlela, M. V. (2020). An E-Portfolio as an Assessment Strategy in an Open Distance Learning Context. *International Journal of Information and Communication Technology Education*, 16(4), 122–134. <https://doi.org/10.4018/ijicte.2020100109>
- Raker, K., & Stascheit, W. (2007). *Was ist Portfolioarbeit?* Verl. an der Ruhr. [http://deposit.d-nb.de/cgi-bin/dokserv?id=2981783&prov=M&dok\\_var=1&dok\\_ext=htm](http://deposit.d-nb.de/cgi-bin/dokserv?id=2981783&prov=M&dok_var=1&dok_ext=htm)
- Ritter, B. J., & Witte, M. J. (2019). Clinical Reasoning in Nursing. In J. Higgs (Ed.), *Clinical reasoning in the health professions* (Fourth Edition ed., pp. 235–245). Elsevier.
- Schön, D. A. (1988). *Educating the reflective practitioner* (3. print ed.). Jossey-Bass.
- SVR. (2021). *Gutachten 2021: Digitalisierung für Gesundheit*. <https://www.svr-gesundheit.de/gutachten/gutachten-2021/>
- van Wyk, M. M. (2017). An e-portfolio as empowering tool to enhance students' self-directed learning in a teacher education course: A case of a South African university. *South African Journal of Higher Education*, 31(3). <https://doi.org/10.20853/31-3-834>

Eingereicht: 31.01.2023  
Genehmigt: 11.03.2023

doi: 10.52205/llig/102

**Heike Christine  
Lamprecht M.A.**

Berufspädagogin Pflege, Dipl.  
Pflegerin (FH), Krankenschwester,  
Lehrerin für ausländische  
Pflegefachpersonen  
Asklepios Onboardingcenter  
Darmstadt, Hamburger Fern-  
hochschule.



## Die Bedeutung der Resilienz in der Ausbildung zur Pflegefachperson aus der Perspektive von Berufsschulleitungen im Freistaat Sachsen

### Abstract

Resilienz ist eine essentielle Fähigkeit von Individuen, sich mit komplexen Lebenslagen ohne nachhaltige psychische und physische Schädigungen auseinanderzusetzen. Die Relevanz von Resilienz im Kontext der generalistischen Pflegeausbildung aus Perspektive von Schulleitungen zu betrachten, war Intention der vorliegenden Untersuchung. Gleichzeitig wurde die Implementierung der Thematik Resilienz in den schulinternen Curricula sowie die methodisch-didaktische Umsetzung untersucht.

Die Datenerhebung wurde mittels fünf problemzentrierter Experteninterviews realisiert. Die Auswertung der ermittelten Daten erfolgte anhand der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring, 2015).

Im Ergebnis zeigt sich, dass der Resilienz eine grundsätzlich hohe Bedeutung beigemessen wird. Mit einer großen Vielfalt wird die methodisch-didaktische Umsetzung realisiert. Im Kontext der praktischen Ausbildung bedarf es Optimierungen. Eine adäquate Resilienzbildung setzt zudem vielseitige Strukturen für eine gelingende Lehre voraus.

### Abstract

Resilience is an essential ability of individuals to deal with complex life situations without lasting psychological and physical damage. The intention of this study was to examine the relevance of resilience in the context of generalist nursing education from the perspective of school administrators. At the same time, the implementation of the topic of resilience in the school's internal curricula and the methodological-didactic implementation were examined.

The data collection was realised by means of five problem-centred expert interviews.

The obtained data were valuated by using the summarizing qualitative content analysis (Mayring, 2015).

The result shows that resilience is generally considered to be of great importance. The methodological-didactic implementation shows a great variety. In the context of practical training, improvements are needed. Adequate resilience education also requires structures for successful teaching.

### Resilienz und deren Relevanz im Kontext der generalistischen Pflegeausbildung

Der Pflegeberuf ist mit vielen Herausforderungen, welche mit hohen physischen und psychischen Belastungen einhergehen, verbunden (Wemme et al., 2020, S. 5). Auf diese sollten die potentiellen Pflegefachpersonen bereits im Kontext ihrer Ausbildung vorbereitet werden und sich mit möglichen Bewältigungsstrategien auseinandersetzen. Die Berufsqualifikation in Theorie und Praxis umfasst hierfür den Erkenntniserwerb von gesundheitsförderlichen Handlungskompetenzen und die Befähigung zur Selbstreflexion (PflAPrV, 2018, Anlage 1). Die Auszubildenden sollen für ihren zukünftigen Beruf qualifiziert und zudem ihre Allgemeinbildung protegert werden. Das impliziert die Entwicklung der Persönlichkeit der Lernenden inklusive ihrer Reifung im Kontext der Berufsausübung (SächsSchulG, 2018, § 1, § 9). Den beruflichen Belastungen standzuhalten, erfordert neben Fachkenntnissen weiterreichende Kompetenzen. Diese als Ressourcen zu entwickeln, welche „gesundheitsfördernde, präventive, kurative, rehabilitative, palliative und sozialpflegerische Dimensionen pflegerischen Handelns [...]“ (SMK, 2020, S. 5) einbeziehen, steht zum einen im engen Kontext mit den zu pflegenden Personen. Zum anderen sind die individuellen Prämissen der professionell Pflegenden zu berücksichtigen, um persistente Resilienz für komplexe Situationen im Rahmen der Berufsausübung herauszubilden. Resilienz ist demnach ein integraler Bestandteil der beruflichen Handlungskompetenz sowie des beruflichen Selbstverständnisses.

Nicht zuletzt beinhaltet die berufliche Handlungskompetenz das

Vermögen zur „Selbstreflexion und Selbstfürsorge“ (PflBG § 5; SMK, 2020, S. 6). Bewältigungsstrategien sind somit Handlungskompetenzen, welche gezielt eingesetzt werden können, um in schwierigen Berufs- und Lebenssituationen gesundheitsförderliches Handeln zu initiieren. Unterschiedliche Anforderungen an professionell Pflegenden bilden die Prämissen für das Berufsverständnis. Dabei beziehen sich die in den Berufsordnungen (Deutscher Pflegeerrat, 2004; PflBO, 2012) festgelegten beruflichen Pflichten lediglich auf die zu pflegenden Personen. Unberücksichtigt bleibt die Selbstfürsorge im Sinne der eigenen Gesunderhaltung der Pflegefachpersonen als eine Komponente der nachhaltigen beruflichen Handlungsfähigkeit.

Die Befähigung, sich psychisch und physisch belastenden (Stress-)Situationen entgegenzustellen sowie die Probleme so aufzuarbeiten und zu bewältigen, dass die Belastungen keine gesundheitlichen Schäden verursachen, kennzeichnet Widerstandskraft bzw. Resilienz (Mc Allister & Lowe, 2019, S. 25 ff.).

Individuelle Resilienzfähigkeiten zu entwickeln, ist ein lebenslanger Lernprozess, welcher „[d]ie Pflege und Weiterentwicklung des eigenen seelischen Immunsystems“ beinhaltet (Zwack & Mundle, 2013, S. 16). Dieser Ansatz, welcher stressbedingte Folgeerkrankungen präventiv vermeiden und darüber hinaus Arbeitszufriedenheit und berufliche Belastbarkeit bewirken soll, basiert auf schrittweisen Veränderungen der Denk- und Verhaltensmuster zur Stärkung der Resilienz (Zwack & Mundle, 2013, S. 26 ff.). Das schließt Beziehungsarbeit mit Patientinnen und Patienten, Mitarbeitenden

und Familien, Kommunikation, den Umgang mit eigenen Fehlern und persönliche Grenzsetzungen ein (Zwack & Mundle, 2013, S. 32 ff.). Personen mit einer gut ausgebildeten Resilienz vermögen, zuversichtlich zu reagieren. Ihr Handeln ist von konstruktiven, lösungsorientierten Gedanken geprägt und richtet sich optimistisch aus (Mourlane, 2020, S. 90 ff.).

Im Kontext der Pflegeausbildung sind Konfrontationen mit prekären Berufssituationen unvermeidbar. Herausfordernd sind hauptsächlich zu Beginn der Ausbildung die Anforderungen im berufspraktischen Alltag, wie problematische ethische Situationen, empfundene Hilflosigkeit der Lernenden, eigenständige Lebensführung und Verantwortungsübernahme, hoher Arbeits- und Zeitdruck sowie schulische Lernanforderungen. „[...] [A]ngemessene Bewältigungsstrategien mit den Auszubildenden herauszuarbeiten“ (Müller, 2020, S. 38), ist eine pädagogische Aufgabe, um das Auseinandersetzen mit dem Erleben und Erfahren belastender Situationen zu ermöglichen. Dabei ist die Obliegenheit der Lehrpersonen, Problemsituationen und Emotionen der Lernenden wahrzunehmen und einen Raum für konstruktive Aufarbeitung zu geben. Vor allem sollen „[...] Frustration, Erschöpfung, Sucht oder unbewältigte Aggression [...]“ (Müller, 2020, S. 38) präventiv vermieden werden. Zudem sollen die Lernenden befähigt werden, vorgegebene Strukturen als Bedingungen anzuerkennen und nicht als individuelles Scheitern zu empfinden (Müller, 2020, S. 38 ff.).

Angebote für und das Lehren von gesundheitsförderlichen Bewältigungsstrategien bilden die Basis für psychische Gesundheit. Problematische Arbeitsgegebenheiten,

welche mit negativem Stressempfinden einhergehen, beanspruchen notwendige Aufmerksamkeit, da insbesondere Jugendliche und junge Erwachsene den Belastungen im Ausbildungs-, Berufs- und Privatleben nicht immer gewachsen sind. Auszubildenden fehlt teilweise die erforderliche situative Resilienz (Albrecht et al., 2021, S. 43). Um diese aufzubauen, sollte insbesondere am Ausbildungsbeginn die Verständigung über Belastungssituationen in den Lehr-Lernprozessen aufgegriffen und als Ressource für die Reflexion und Selbstfürsorge entwickelt werden (Müller, 2020, S. 46 ff). Dabei erhält der Aspekt der Reflexion eine besondere Relevanz für Lehrpersonen. Einerseits sollen Lehrpersonen selbst ihre Tätigkeit inklusive ihre Beziehungsgestaltung zu den Lernenden kritisch reflektieren und andererseits empathisch und unterstützend die Persönlichkeitsentwicklung der Lernenden reflexiv begleiten (Poel & Heinrich, 2018, S. 234 f.). Dies ermöglicht, dass Lehrende und Lernende befähigt werden, sich widrigen Situationen durch Offenheit sowie reflektiertes Vorgehen angstfrei entgegenzustellen. „Einer Lehrkraft, die selbst resilient ist, fällt es leichter, die Entwicklung von Resilienz bei ihren Schülerinnen und Schülern zu fördern“ (vbw, 2022, S. 9).

Vor dem dargestellten Hintergrund erhalten die Erfahrungen, Haltungen und Betrachtungsweisen von Schulleitungen gegenüber der Thematik der Resilienz besondere Bedeutung, da diese großen Einfluss auf die Relevanz der Resilienz in den pflegeberuflichen Bildungseinrichtungen haben, beispielsweise in der Verankerung dieser Thematik in den schulinternen Curricula. Darauf basierend, lenkten folgende zentrale Frage-

Regionen im Freistaat Sachsen	Lebensraum /	Trägerschaft der
	Schulregion	Bildungseinrichtung
Elbland / Sächsische Schweiz	Großstadt	freie Trägerschaft
Leipzig / Westsachsen	Kreisstadt	freie Trägerschaft
Mittleres Erzgebirge / Chemnitz	Großstadt	freie Trägerschaft
Oberlausitz	Kreisstadt	freie Trägerschaft
Vogtland / Westerzgebirge	Kreisstadt	freie Trägerschaft

Tabelle 1: Verortung der Befragungsteilnehmenden (eigene Darstellung)

stellungen den Fokus der vorliegenden Analyse:

- Welche Bedeutung attribuieren Schulleitungen von Berufsschulen der Thematik Resilienz in der Pflegeausbildung?
- Wie erfolgt konkret die Umsetzung der Resilienz-Thematik im schulinternen Curriculum sowie methodisch-didaktisch?

### Methodik

Vor dem Hintergrund des dargestellten Erkenntnisinteresses begründet sich die qualitative Forschungsmethodik, indem subjektive Interpretationen von Schulleitungen zur Thematik Resilienz analysiert werden sollten. Diese angestrebte Analyse der Deutungen, Auslegungen und dem dahinterstehenden Sinn kann quantitativ nur begrenzt erfolgen, da die intensive Nachvollziehbarkeit dieser Aspekte Interaktion benötigt (Helfferich, 2011, S. 21 ff.). Um sicherzustellen, dass die Befragten einerseits mit der neuen generalistischen Pflegeausbildung und den damit verbundenen Kenntnissen über den Rahmenlehrplan sowie mit dem schulinternen Curriculum vertraut sind und zudem Berufserfahrung aufweisen, wurden Schulleitungen von Pflege-Berufsfachschulen im Freistaat Sachsen befragt. Die Eingrenzung auf eine „Regionalstudie“ (Flick, 2016, S. 157) fundiert auf der föderalen Struktur in Deutschland und der damit verbundenen Hoheit der Bundesländer für die Bereiche der Bildung und Kultur (BMBF, n. d.).

Eine möglichst breite Heterogenität der Erkenntnisse „[...] von Sicht- und Erfahrungsweisen [...]“ (Flick, 2016, S. 167) wurde erreicht, indem fünf Schulleitungen von unterschiedlicher Schulgröße und verschiedenen freien Trägern befragt wurden (Tabelle 1).

Es erfolgten leitfadengestützte Experteninterviews, bei denen die Fragestellungen auf der Grundlage theoretischer Erkenntnisse und des aktuellen Forschungsstandes generiert wurden.

Den Intervieweinstieg bildete eine Erzählaufforderung zum persönlichen beruflichen Werdegang der befragten Person mit dem Schwerpunkt auf der Darstellung der individuellen Kompetenz und Expertise (Flick, 2016, S. 214). Der erste Fragenkomplex umfasste eigene Resilienz Erfahrungen, die Bedeutung von Resilienz im Rahmen der Pflegeausbildung und für den Pflegeberuf sowie wahrgenommen Relevanzverschiebung dieser Thematik im Vergleich zu den bisherigen Pflegeausbildungen. Der folgende Themenbereich konzentrierte sich auf die Inklusion der Thematik Resilienz im schulinternen Curriculum sowie deren methodisch-didaktische Umsetzung. Ein weiterer Fragenkomplex fokussierte die Kompetenz der Lehrpersonen sowie das lebenslange Lernen (Poel & Heinrich, 2018). Hierbei sollten die Expertinnen und Experten die Vertrautheit der Lehrenden mit der Thematik und dazu realisierte Fortbildungen

darstellen. Dabei wurden auch schulinterne Gegebenheiten angesprochen, beispielsweise speziell ausgebildete Lehrkräfte oder spezifische Aufgaben von Lehrenden im Kontext der Resilienz. Der Interviewfokus lag weiterhin auf der Zusammenarbeit zwischen Berufsschule und Praxiseinrichtungen im Kontext der Resilienz.

Zur Überprüfung der Qualität des Erhebungsinstrumentes erfolgte ein Pretest und darauf basierende Modifikationen hinsichtlich der Verständlichkeit der Fragestellungen. Für die vorliegende Untersuchung wurden forschungsethische Standards berücksichtigt. Die Interviewteilnehmenden waren ausnahmslos imstande, selbstbestimmt zu entscheiden. Sie wurden umfänglich über den Forschungsgegenstand, die Befragung, das Ziel der Datenerhebung, den Umgang mit den Daten und die Freiwilligkeit der Teilnahme informiert. Die Daten wurde anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (Mayring, 2015) analysiert. Um eine höchstmöglich unverfälschte Darstellung der Erkenntnisse, subjektiven Erfahrungen und Berichte der befragten Expertinnen und Experten zu erhalten, wurden die Kategorien induktiv aus dem Datenmaterial abgeleitet. Dies vollzog sich, indem inhaltlich bedeutungsrelevante Aussagen paraphrasiert, dann generalisiert und anschließend reduziert sowie zusammengefasst wurden. Die gebildeten Kategorien wurden anhand des Materials und der Fragestellungen sowie mittels der bestehenden theoretischen Erkenntnisse überprüft (Mayring, 2015, S. 68 ff.).

### Ergebnisse

Die Datenauswertung zeigte, dass heterogene Erkenntnisse, Erfahrungen und Bewertungen im Kon-



Abbildung 1: Generierte Hauptkategorien im Kontext der Resilienz (eigene Darstellung)

text der Resilienz in der Pflegeausbildung vorliegen. Insgesamt konnten sieben Schwerpunkte (Abbildung 1) aus dem Material abgeleitet werden.

### Resilienzkompetenz

Resilienz wird im Kontext der generalistischen Pflegeausbildung, der pflegerischen Berufsausübung sowie hinsichtlich des Verantwortungsbewusstseins gegenüber der eigenen Person übereinstimmend als essentiell bedeutsam bewertet. Die Relevanz der Resilienz wurde beschrieben als: „Sehr hoch. Also das muss ich wirklich sagen, das ist sehr hoch, völlig unterschätzt [...] Ja, also das ist sehr wichtig“ (E 3, Absatz 20: #00:04:22-3#). Konstatiert wird, dass in Bezug auf die Ausbildung und die Lernenden sowie auf die stetig steigenden Anforderungen im Pflegeberuf noch Entwicklungspotential besteht. Eine Schulleitung meinte,

„[...] und ich glaube wir sind auch, wir tun da noch nicht zu viel für die Auszubildenden [...]“ (E 2, Absatz 20: #00:13:28-1#).

Dabei wird Resilienz als ein bedeutsames Charakteristikum von Menschen bewertet. Die dynamischen generationsspezifischen Merkmale begründen zudem, dass die Thematik bei der Arbeit mit jungen Erwachsenen sehr wichtig ist, aber auch lebenslang Relevanz hat. Die Sichtweisen über Resilienz weisen vielfältige Facetten auf. Tatsächlich werden der verantwortungsvolle Umgang mit Stressoren und das Entwickeln von Copingstrategien als zentrale Aspekte beschrieben. Gleichmaßen sind das Kennen der subjektiven Belastungsgrenzen sowie die Fähigkeit sich situativ zu distanzieren wesentlich.

Essentiell ist das frühzeitige Er-

# Neues aus der Pflege



Iren Bischofberger  
**work & care –  
Der Weg zur  
Vereinbarkeits-  
kompetenz**

Erwerbstätigkeit und Angehörigen-  
pflege kompetent vereinbaren

Wie können erwerbstätige Angehörige die Pflege von Angehörigen und ihre Berufstätigkeit miteinander vereinbaren? – Die Autorin klärt dazu Begriffe und Konzepte, bündelt die Forschungsliteratur und beziffert die Zahlen erwerbstätiger Angehöriger.

2023. 312 S., 3 Abb., 8 Tab., Kt  
€ 39,95 (DE) / € 41,10 (AT) / CHF 52.90  
ISBN 978-3-456-86262-0  
Auch als eBook erhältlich

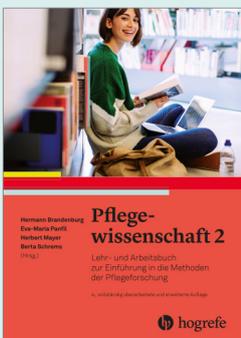


Judy E. Boychuk Duchscher  
**Überlebensbuch Pflege**

Erfolgreicher Berufseinstieg für  
Pflegefachfrauen und -männer

Die Pflegeexpertin erläutert begünstigende und behindernde Faktoren für einen gelingenden Berufseinstieg, Rollenwechsel und eine gute Teamintegration. Sie bietet Einsteigern, Praktikern, Leitenden und Lehrenden praxisbezogene Methoden und Orientierungen.

Deutsche Ausgabe herausgegeben von Barbara Müller.  
Übersetzt von Dietrich Börger.  
2023. 192 S., 12 Abb., 2 Tab., Kt  
€ 36,95 (DE) / 38,00 (AT) / CHF 48.90  
ISBN 978-3-456-86163-0  
Auch als eBook erhältlich

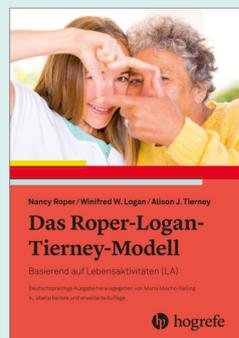


Hermann Brandenburg et al. (Hrsg.)  
**Pflegewissenschaft 2**

Lehr- und Arbeitsbuch zur  
Einführung in die Methoden  
der Pflegeforschung

Die lehr- und forschungserfahrenen Herausgebenden des orientierenden Lehrbuchs zur Pflegeforschung, führen verständlich in die Grundlagen der Pflegeforschung, ihre Methoden, Designs und den Forschungsprozess ein.

4., vollst. überarb. u. erw. Aufl. 2023.  
488 S., 63 Abb., 69 Tab., Kt  
€ 49,95 (DE) / € 51,40 (AT) / CHF 65.00  
ISBN 978-3-456-86225-5  
Auch als eBook erhältlich



Nancy Roper / Winifred W. Logan /  
Alison J. Tierney

**Das Roper-Logan-  
Tierney-Modell**

Basierend auf Lebensaktivitäten  
(LA)

Roper, Logan und Tierney legen hier ihr letztes gemeinsames Buch vor, das die Entwicklung des RLT-Modells nachzeichnet, die zentralen Konzepte Lebensspanne, Lebensaktivitäten, Einflussfaktoren, Abhängigkeitskontinuum und Pflegeprozess zusammenfasst.

Deutsche Ausgabe herausgegeben von Maria Angelika Mischo-Kelling. Übersetzt von Ute Villwock.  
4. überarb. u. erw. Auflage 2023. 279 S., 36 Abb., 1 Tab., Kt  
€ 36,95 (DE) / 38,00 (AT) / CHF 48.90  
ISBN 978-3-456-86208-8  
Auch als eBook erhältlich

lernen von Widerstandskraft, welches einen kontinuierlichen, lebenslangen Entwicklungsprozess impliziert. Ein wesentliches Kriterium ist, dass Resilienz individuell, ggf. mit Unterstützung von Personen und Teams, erworben werden muss und diese Aufgabe nicht von anderen Personen übernommen werden kann. Resilienzfähigkeiten müssen mit jeder neuen Lebenssituation und Herausforderung beständig erweitert werden. Selbstbewusstsein, der positive Umgang mit der eigenen Persönlichkeit sowie das wertschätzende Gefühl, eine akzeptierte Person und ein wertvolles Mitglied in der Gesellschaft zu sein, tragen maßgeblich zur subjektiven Resilienz bei. Der individuelle Resilienzwerb impliziert ein eigenverantwortliches, aktives Bestreben, lebenslang die subjektive Widerstandskraft zu trainieren.

Perzipiert wurde, dass ein zusätzlicher Aspekt für die Stärkung der subjektiven Widerstandskraft eine klare Trennung von Privat- und Arbeitsleben ist, um ausreichende Phasen der Erholung zu ermöglichen. Andererseits ist entscheidend, eine erfüllende berufliche Tätigkeit auszuüben, welche letztendlich integrierter Bestandteil von persönlicher Zufriedenheit und Resilienz ist.

Resilienz basiert auf mehreren Aspekten: der Selbstverantwortung inklusive des lebenslangen Lernens, der Unterstützung durch Schulen, Betriebe und Institutionen sowie auf einem verlässlichen Team mit sozialen Interaktionen. Somit besteht eine enge Relation zwischen individueller und gemeinschaftlicher Widerstandskraft.

### Generalistische Pflegeausbildung

Der Rahmenlehrplan weist viele Möglichkeiten auf, um die Thematik in schulspezifischen Curricula zu implementieren und in allen Themenbereichen aller Ausbildungsdritte Verknüpfungen herzustellen. Der Gegenstand Resilienz wird im Lehrplan unter den Termini Selbstfürsorge, Reflexion, Kommunikation, Prävention aufgegriffen und meint die Kompetenz, beruflichen Herausforderungen professionell begegnen zu können. Einerseits ist die Wertigkeit der Resilienz gut und in hinreichendem Maße im Lehrplan für die generalistische Pflegeausbildung abgebildet und wurde im Vergleich zur vorherigen Ausbildungsstruktur verstärkt aufgegriffen. Ausgeführt wurde dazu: „Also tatsächlich finde ich das gut präsentiert. Es ist zwar nicht in dem Wort Resilienz. Aber die Bestandteile sind aus meiner Sicht im Rahmenlehrplan gut präsentiert [...]“ (E 4, Absatz 94: #00:33:39-9#). Andererseits wurde verdeutlicht, dass der Relevanz von Resilienz im Lehrplan zu Ungunsten der Fachthemen partiell zu viel Bedeutung beigemessen wird.

Die Thematik wird mit Beginn der Ausbildung aufgegriffen und spiraldidaktisch im gesamten Ausbildungsprozess, in allen curricularen Einheiten, nach jedem Praxiseinsatz sowie jeder Lernsituation abgebildet. Die Vielfalt der methodisch-didaktischen Umsetzung im schulinternen Curriculum ist umfangreich und spiegelt die pädagogische Freiheit wider. Spezifische Unterrichtsmethoden für das Thema Resilienz werden teilweise implementiert, verbreitet ist ein Methodenmix. In einer Bildungseinrichtung wurde ein Wahlpflichtbereich zur Thematik initiiert, welcher über alle drei

Ausbildungsjahre kontinuierlich realisiert wird: „Wir haben tatsächlich einen Wahlpflichtbereich Selbstfürsorge eingeführt“ (E 3, Absatz 28: #00:06:22-4#).

### Herausforderungen

Die größten Herausforderungen und einen dringenden Handlungsbedarf werden im Bereich der praktischen Ausbildung beschrieben. Insbesondere, da Widersprüche und Auseinandersetzungen entstehen, sobald die Lernenden ihre Praxiseinsätze beginnen. Es sind pflegerische und ethische Handlungssituationen, welche die Lernenden erleben und denen sie sich oftmals nicht gewachsen fühlen. Sie nehmen eine Konfrontation mit komplexen Pflegesituationen wahr, in denen sie unzureichende Unterstützung und Anleitung erfahren. Die Möglichkeit einer zeitnahen Reflexion ist in der Praxis auf Grund der hohen Arbeitsdichte, des Fachkräftemangels und nur im geringen Umfang stattfindender Zusammenarbeit mit Praxisanleitenden häufig nicht gegeben.

Als anspruchsvoll werden aber auch die vorgeschriebenen Wechsel im Rahmen der praktischen Ausbildung und die damit verbundenen unterschiedlichen Ausbildungsorte und -gegebenheiten gesehen. Der Beziehungsaufbau und die wiederkehrend neue Einarbeitung in Teams werden als kompliziert angesehen, da die Lernenden nur relativ kurz in der jeweiligen Praxiseinrichtung sind. Das Artikulieren von Problemen wird als besonders komplex dargestellt, da eine Vertrauensbasis innerhalb kurzer Zeit nicht gestaltet werden kann. Eine befragte Schulleitung erläuterte dazu: „[...] Und eh sie die Probleme, eh sie sich öffnen, was sie belastet, ist der Einsatz vorbei. Weil die Ein-

sätze kürzer geworden sind“ (E 3, Absatz 62: #00:14:47-1#). „Haben sie schon wieder gewechselt. Und damit nehmen die ihr Päckchen immer weiter mit und die nehmen nicht nur das Päckchen immer mit, sondern der Rucksack wird immer schwerer, weil sie Druck bekommen, weil sie negative Erfahrungen machen. Also wir haben sehr viele Probleme, wo wir auch als Schule neutral mit reingehen, um zu glätten zwischen Praxisanleiter und Schüler. Das geht von übersteigernden Leistungsanforderungen bis zu sexuellen Übergriffen. Also es ist alles dabei. Und (...) der Ansprechpartner fehlt und der Druck steigt. Die Geschwindigkeit steigt. Und das ist halt ganz klar in der Praxis“ (E 3, Absatz 64: #00:15:25-6#).

Die benannten Schwierigkeiten rekurrieren auch auf den generellen gesellschaftlichen und politischen Rahmenbedingungen des Pflegeberufs. Die Lernenden begeben sich in eine Praxis, über welche die Politik täglich vom Pflegenotstand spricht. In dieser Kausalität steht die Auffassung, die Teams sind ausgebrannt. Eine weitere Facette zeigt sich mit in mancher Hinsicht unzulänglichen Arbeitsatmosphären und Gesprächskulturen in einigen Unternehmen bzw. Einrichtungen: „[...] Und die Gesprächskultur in den Einrichtungen die ist unterschiedlich. Also es gibt Einrichtungen, die haben eine sehr gute Unternehmenskultur, Gesprächskultur mit Mitarbeitern. Und es gibt Einrichtungen, (...) da, wenn man da reinkommt, da hat man da fast ein körperliches Gefühl von Angst. Also das überträgt sich sogar auf mich als Besucher, oder als besuchende Schule“ (E 1, Absatz 124: #00:36:14-0#).

### Bildungseinrichtungen

Verdeutlicht wurde, dass die Veränderungen von der bisherigen Pflegeausbildung zur Generalistik für die Kooperationspartner und Ausbildungsträger anspruchsvoll waren. Beschrieben wurde hierbei, dass Personen der Leitungsebene der Kooperationseinrichtungen über unzureichende Kenntnisse zur Generalistik verfügen. Ein Informationsaustausch seitens der Leitungsebenen der kooperierenden Einrichtungen findet nicht oder in unzureichendem Maße statt. Die angebrachten Themen seitens der Bildungseinrichtungen werden überwiegend nicht besprochen. Auf Grund der unzureichenden Autorisierung der Praxisanleitenden, Entscheidungen zu treffen, und der Kommunikationsproblematik gestaltet sich eine konstruktive Zusammenarbeit im Interesse der Auszubildenden und einer gut gelingenden Ausbildung nicht zufriedenstellend. Gegenüber den an der Kooperation beteiligten Personen wird eine große Unzufriedenheit im Kontext der Praxiseinsätze verbalisiert, welche es in dieser Dimension in der bisherigen Ausbildungsform nicht gegeben habe.

### Auszubildende

Das hohe Arbeitspensum ist für die Lernenden weniger problematisch. Herausfordernd sind die Beziehungen zwischen ihnen und den Praxisanleitenden sowie Mitarbeitenden in den jeweiligen Einrichtungen. Insbesondere die Pflegeausbildung wird als Qualifikation beschrieben, in welcher die Auszubildenden in der Praxis unzureichend die Lernenden begleiten. In diesem Kontext müssen Auszubildende häufig Aufgaben übernehmen, die ihrem Ausbildungsstand noch nicht entsprechen.

Letztendlich führen die für die

Auszubildenden nicht veränderbaren Rahmenbedingungen zu Wechseln der Trägereinrichtung. Diese Tendenz zeichnet sich zunehmend verstärkend in der generalistischen Pflegeausbildung ab. Nicht alle Probleme können derartig geklärt werden, dass ein Verbleib der Lernenden in der Pflegeausbildung möglich ist. Ist die Desillusion mit den Gegebenheiten im Pflegeberuf beherrschend, orientieren sich gerade leistungsstarke Auszubildende neu. Das stellt einen erheblichen Verlust für den Pflegeberuf und somit die Gesellschaft dar. Grundlegend ist es wichtig, die Lernenden in der generalistischen Pflegeausbildung zu halten und Chancen auf einen erfolgreichen Ausbildungsabschluss zu eröffnen. Unverzichtbar ist hierfür die Auseinandersetzung mit den Veranlassungen für das Vorhaben einer vorzeitigen Ausbildungsbeendigung. Eine regelgeleitete Struktur zur Analyse der Ausbildungsabbrüche, spezifisch der Beweggründe und der Quantität, ist nicht gegeben. Ziel der umfassenden Aufstellung der Ursachen, welche zu Ausbildungsabbrüchen führen, ist es, die Problemkonstellationen sorgfältig zu untersuchen, um Rahmenbedingungen in der generalistischen Pflegeausbildung neu zu gestalten. Den Prozess beschrieb eine Schulleitung: „[...] Also wir haben bisher immer nur die Ausbildungsabbrüche analysiert. Also wie viel im Grunde und wie sich das über die Jahre verändert hat. Aber jetzt als nächstes wird ein Fragebogen dazu entwickelt, wo wir auch die Gründe da hinterlegen, was die Ausbildungsabbrüche betrifft. Also vom Azubi bzw. vom Ausbildungsträger. Und wollen dann genau das analysieren. Bzw. gibt es auch neu, das wird jetzt eingeführt, ein Zufriedenheitsbogen, der direkt die Praxis betrifft. Und dort wür-

de man dann, rein theoretisch, in der Auswertung dann schon feststellen, gibt es vielleicht jetzt auch Stationsbereiche, wo es eben überhaupt nie funktioniert und die Auszubildenden immer unzufrieden sind. Und dann würde man das über zentrale Praxisanleiter und Pflegedirektion dann gemeinsam besprechen“ (E 2, Absatz 82: #00:39:47-9#).

### Lehrende

Die Thematik Resilienz ist den Lehrenden gegenwärtig und sie perzipieren hinsichtlich der Rahmenbedingungen der generalistischen Ausbildung sowie der damit verbundenen subjektiven Beanspruchung. Konkret wird die Resilienzkompetenz als gleichbleibend hoch und mit einer steigenden Bedeutung resümiert, hingegen werden die Effekte der Widerstandskraft als rückläufig wahrgenommen. Begründet wird diese Beobachtung mit den gestiegenen Anforderungen und dem breiten Aufgabenspektrum der Lehrpersonen. Voraussetzung für ein glaubwürdiges pädagogisches Auftreten ist das Selbstverständnis der eigenen beruflichen Rolle als Lehrperson. Teilweise wird für ein authentisches Verhalten im Kontext der Pflegeausbildung beansprucht, als studierte Lehrperson obendrein über eine Ausbildung in einem Pflegeberuf sowie über Berufserfahrung zu verfügen. Hintergrund dieser Auffassung ist es, Theorie und Praxis eng zu vernetzen sowie eine glaubwürdige Lehre mit lebendigen Beispielen umzusetzen. Ein weiterer Aspekt bezüglich der Authentizität ist, so wurde erläutert, als lehrende Person ein sicheres und von Widerstandskraft geprägtes Auftreten zu demonstrieren. Nicht alle Lehrpersonen können diesen hohen Ansprüchen und Erwartungen vollumfänglich gerecht

werden. Eine Schulleitung führte dazu aus: „[...] Und da muss ich sagen, [...] wenn ich selber mit mir zu tun habe, um alle Anforderungen zu schaffen, dann fällt es mir schwerer, so würde es mir gehen, im Unterricht natürlich diese Resilienz auch vom Schüler irgendwie zu verlangen. Dann erleben die auch: Die Lehrkraft kommt gestresst in den Unterricht, hat vielleicht etwas vergessen. Ist auch völlig fertig. Oder ist vielleicht auch nahe am Wasser gebaut. Dann laufen vielleicht auch Unterrichte auch nicht so, wie sie sollen. Na, die Schüler machen nicht so mit. Das spielt ja alles eine Rolle. [...] Aber ich glaube, man kann es gar nicht so von der eigenen Resilienz trennen. Was ich unterrichte“ (E 5, Absatz 37: #00:23:16-2#).

Die personellen Organisationsstrukturen sind heterogen. Die Komplexität und der Umfang der Problemkonstellationen der Lernenden bewirken, dass in einigen Bildungseinrichtungen Schulsozialarbeitende vertraglich eingebunden oder Stellen für Sozialarbeitende ausgeschrieben werden. Erreicht werden soll mit dieser personellen Unterstützung der Lehrenden, spezifische Problemlagen professionell aufzuarbeiten, die Handlungsfähigkeit der Lehrpersonen zu erhalten sowie die Lehrenden zu entlasten.

### Perspektiven

Als Erwartung an eine Evaluation des Rahmenlehrplans wurde eine erforderliche Ausarbeitung eines Lehrplans für die praktische Ausbildung beschrieben. Ebenso würde die Integration der beiden Ausbildungselemente Theorie und Praxis in eine einheitliche Systematik die Ausbildungsbedingungen für alle Beteiligten optimieren und die vorhandene Unzufriedenheit in der praktischen Ausbildung

reduzieren. Gut vorstellbar ist auch ein bundeseinheitliches Umsetzen der Generalistik über den Rahmenlehrplan hinausgehend. Das beinhaltet den Wunsch, dass die zu lehrenden Themen detaillierter ausgearbeitet dargelegt und spezifisch die Thematik Resilienz bundesweit mit gleicher Intensität aufgegriffen werden. Gleichmaßen erhoffen sich die Befragten Veränderungen hinsichtlich der Rahmenbedingungen für ihre Berufsausübung. Die Mehrfachbelastungen, welche auch dazu führen, dass Lehrende sich andere berufliche Perspektiven wählen, können nur sehr eingeschränkt von den Schulleitungen beeinflusst werden und führen zu Unzufriedenheiten bei den Lehrenden und infolgedessen bei den Lernenden. Erhofft werden eine Unterstützung durch das Kultusministerium, eine Finanzierung und die Bereitstellung eines Zeitbudgets bei Veränderungsprozessen und den damit einhergehenden Fortbildungsmaßnahmen.

Grundsätzlich wird eine Verbesserung der beruflichen Rahmenbedingungen in der Pflege gefordert. Diese Veränderung als gesamtgesellschaftlicher Prozess muss protegert werden. Eine Schulleitung veranschaulichte hinsichtlich der Resilienz und des Pflegeberufs diese Erwartung: „Mir wäre wichtig, dass ein Verständnis, ein gesamtgesellschaftliches Verständnis dafür geschaffen wird, dass in der Pflege die Arbeit mit Menschen Teamwork ist. Und dass dort eine Unterstützung hinmuss. Also nun, gerade Corona hat alle zermürbt, hat den Blick auf die Leistung der Pflegenden auch gerichtet. Und jetzt sind die Augen auch schon wieder weg. Das ist ein Unding. Das, was dort abgewuppt werden muss, ist nicht aushaltbar. Nicht über die Jahre aushaltbar. Und

eine Resilienz, wenn ich persönlich selbstbewusst bin und für meine Resilienz Sorge, dann werde ich gesellschaftlich wahrgenommen als Egoist. Als faul. Als unwillig. Als leistungsunfähig. Als defizitär. Und solange das in einer Gesellschaft besteht, können wir nicht gut pflegen. Also es müsste schon noch mal. Also ich habe eigentlich Hoffnung gesetzt, als Corona das Bewusstsein auf die Pflegenden gerückt hat und die ist jetzt schon wieder kaputt“ (E 4, Absatz 104: #00:36:50-4#).

### Diskussion

Zusammenfassend ist zu konstatieren, dass die befragten Schulleitungen eine hohe Expertise im Bereich der Resilienz sowie ein ausgeprägtes Resilienzverständnis aufweisen, indem sowohl positive als auch negative Erfahrungen bezüglich der generalistischen Pflegeausbildung im Kontext der Resilienz verdeutlicht wurden. Tatsächlich wird das Thema Resilienz in allen schulinternen Curricula aufgegriffen, wobei die methodisch-didaktische Umsetzung Unterschiede aufweist.

Konkretisierungen hinsichtlich der Thematik Resilienz im Rahmenplan wären hilfreich, um die Umsetzung in den schulspezifischen Curricula zu erleichtern sowie ein transparentes Vorgehen in der Praxis zu ermöglichen (BIBB, 2020, S. 7 f.; § 53 PflBG). Über die methodisch-didaktische Vielfalt hinausgehend erscheint es überlegenswert, die Etablierung eines (Wahlpflicht)Bereichs Selbstfürsorge bzw. Resilienz zu bedenken. Mit dieser Konstituierung könnte die Relevanz der Resilienzbildung komparabel aufgegriffen und Kontinuität bei der Widerstandsentwicklung erreicht werden. Das stete Aufgreifen belastender Situationen stärkt die Auszubildenden

und fördert die Prävention von Erschöpfung, Angst, Frustration und emotionaler Gleichgültigkeit (Müller, 2020, S. 38 ff.). Des Weiteren unterstützt das gemeinsame Auseinandersetzen mit Problemlagen innerhalb des Klassenverbandes die Teambildung sowie die Teamresilienz (Huber & Perroud, 2021, S. 73).

Für eine gelingende, attraktive Pflegeausbildung (BMG, 2022) ist es erforderlich, die theoretische und praktische Ausbildung als eine Einheit zu betrachten und die Zusammenarbeit zwischen Bildungseinrichtungen und Kooperationseinrichtungen zu fördern. Eine bedeutende Aufgabe wird diesbezüglich den Praxisanleitenden zugeschrieben (BMG, 2021, S. 28 f.). Praxisanleitende beeinflussen den Lernprozess der Auszubildenden in der Praxis positiv. Kritisch werden die Gegebenheiten, wie personelle und zeitliche Ressourcen und Arbeitsatmosphären, in der Praxis bewertet, welche die Praxisanleitenden nur sehr begrenzt beeinflussen können. Veränderungsbedarfe werden einerseits bei den eingeschränkten Befugnissen der Praxisanleitenden und andererseits bei der Implementierung der gemäß § 4 PflAPrV dargestellten Erwartungen gesehen. Für die Umsetzung dieser Aufgaben erfordert es Rahmenbedingungen, für deren Etablierung die Träger der praktischen Ausbildung Verantwortung haben. Unzureichende Anleitungen in Frequenz und Intensität desillusionieren die Praxisanleitenden und gleichermaßen die Lernenden (SpringerPfleger, 2021). Folglich müssen auch unter dem Aspekt der Resilienzförderung Anleitungen, Beratungen sowie Gespräche zwischen den Praxisanleitenden und den Auszubildenden intensiviert werden

(BMG, 2021, S. 28 f.).

Kern jeder Ausbildung sind die Auszubildenden selbst. Dementsprechend sollte eine besondere Aufmerksamkeit auf die Lernenden gerichtet werden. Diese Konzentration sollte sich auch auf die Rahmenbedingungen der Ausbildung beziehen, gleichermaßen in der Bildungseinrichtung wie auch an den Orten der praktischen Ausbildung. Geschützte Rahmenbedingungen ermöglichen es, dass Problemsituationen gut aufgearbeitet werden können. Diese erfordern aber auch, dass stabile und vertrauensvolle Beziehungen der Lernenden untereinander sowie zwischen Lernenden und Lehrenden bestehen, um eine konstruktive Auseinandersetzung mit problematischen Gegebenheiten und damit die Resilienzförderung in der Ausbildung zu unterstützen (Müller, 2020, S. 38).

Solche Beziehungen erscheinen besonders an den Lernorten der praktischen Ausbildung vor besonderen Herausforderungen zu stehen. Begründet durch häufige Wechsel der Ausbildungsorte, inklusive der an der praktischen Ausbildung beteiligten Personen, können die Lernenden nur vereinzelt tragfähige Arbeitsbeziehungen entwickeln. Dies kann eine fehlende Aufarbeitung von belastenden Situationen zur Folge haben (Müller, 2020, S. 38, 41). Die Interviewergebnisse verdeutlichen weiterhin, dass die Auszubildenden mehrfach mit Aufgaben beauftragt werden, denen sie noch nicht entsprechen können. Diese Situationen führen zu Überforderungen, welche sich negativ auf die Entwicklung der beruflichen Handlungskompetenz und das Vermögen zur Selbstreflexion sowie Selbstfürsorge auswirken können (SpringerPfleger, 2021).

Eine Resilienzentwicklung, welche spezifisch im Jugend- und Jung erwachsenenalter bedeutsam ist (Erikson, 2003, S. 131 ff.), wird somit im Rahmen der praktischen Pflegeausbildung nicht begünstigt.

Die Befragungsergebnisse verdeutlichen, dass die Problemlagen der Auszubildenden derartig verschieden und umfangreich sind, dass diese schul- bzw. ausbildungsintern nur begrenzt zufriedenstellend gelöst werden können. Ein zunehmender Bedarf an professionellen Hilfsangeboten für die Lernenden wird deutlich. Beispielsweise werden durch die Einbindung von Schulsozialarbeitenden, aber auch durch einen pragmatischen Zugang zu Beratungsstellen und einer Kooperation mit psychologischen Fachpersonen Chancen gesehen (Albrecht et al., 2021, S. 42 ff.).

Limitierend ist zu erkennen, dass ein starker Fokus hinsichtlich der Arbeitsbelastungen und der Resilienz der Lehrpersonen selbst, durch die Schulleitungen thematisiert wurde. Dieser Aspekt wurde im Rahmen des Forschungsvorhabens nicht in der Relevanz betrachtet, wie er von den interviewten Personen rekurriert wurde. Dabei wird jedoch deutlich, dass die Gegebenheiten für Lehrende als strapaziös bezeichnet werden können. Thematisiert werden insbesondere die erhebliche Mehrfachbelastung durch das Neuerstellen des schulinternen Curriculums inklusive aller Unterrichtsvorbereitungen, die erforderliche Qualifikation auf Masterniveau, die Umsetzung des Digitalpakts Schule und die Beanspruchungen durch die Corona-Pandemie. Diesem zusätzliche Aufgabenumfang plus den Ansprüchen des Familien- und

Privatlebens gerecht zu werden, verursacht bei den Lehrenden das Erreichen des Belastungslimits. In diesen herausfordernden Situationen ist es für die Lehrpersonen prekär, authentisch Strategien zur Resilienzbildung zu lehren. Die Lehrenden reflektieren diese Gegebenheiten kritisch und erwarten insbesondere zeitliche Rahmen zur Unterstützung. Ihnen ist es ein Anliegen, die Anforderungen mit qualitativ guten Resultaten zu bewältigen, um eine gute Pflegeausbildung zu realisieren. Übereinstimmend mit den Ergebnissen dieser Befragung verdeutlicht auch die Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft & Aktionsrat Bildung, dass die Lehre von Resilienz von der individuellen Resilienz der Lehrperson bedingt wird (vbw, 2022, S. 9).

### Fazit und Ausblick

Die Analyseergebnisse verdeutlichen, dass generell die Relevanz von Resilienz im Kontext der generalistischen Pflegeausbildung als hoch eingeschätzt wird. Positiv wird die Fundierung im Rahmenlehrplan wahrgenommen. Dabei wird die Verantwortung für die Implementierung der Thematik in den jeweiligen Berufsfachschulen für Pflege sowie bei den Trägern der praktischen Ausbildung gesehen. Als Unterstützungsmöglichkeiten werden Konkretisierungen des Rahmenlehrplans sowie ggf. eine bundesweite Vereinheitlichung benannt, um ein verbindliches Level der Resilienzbildung zu erreichen. Eine Möglichkeit hierfür wäre, der Selbstfürsorge und der Resilienz kontinuierlich als Unterrichtsgegenstand stärkere Aufmerksamkeit zu schenken.

Handlungsbedarf wird im Kontext der praktischen Ausbildung, spezifisch in der Kooperation mit den

Ausbildungsträgern und deren Verantwortungsübernahme konstatiert. Die Erwartungen der Pflegeauszubildenden an die praktische Ausbildung differieren mit den Gegebenheiten. Die Kooperationspartner sollten einen stärkeren Fokus auf die Gestaltung ausbildungsförderlicher Rahmenbedingungen legen.

Des Weiteren sollten die pflegeberuflichen Rahmenbedingungen Pflegeauszubildenden und professionell Pflegenden Handlungsspielräume ermöglichen, die eine professionelle Pflege ermöglichen und die Personen nicht aus ihrer Ausbildung bzw. ihrem Beruf drängen. So sollten neben den beruflichen Verpflichtungen auch Selbstfürsorge und Gesunderhaltung im Sinne der beruflichen Handlungsfähigkeit Bestandteil dieser Rahmenbedingungen sein.

Erforderliche Veränderungen werden zudem bei der Resilienzstärkung der Lehrenden selbst deutlich. Zwei konkrete Schwerpunkte sind hierbei offensichtlich: die Berücksichtigung der individuellen Resilienzbedürfnisse der Lehrpersonen einschließlich des Bedarfes an themenspezifischen Weiterbildungen sowie die generelle Resilienzentwicklung von Lehrenden bereits mit Beginn des Studiums. Nicht zu vernachlässigen sind weiterführende Fortbildungsangebote für Lehrpersonen berufsbildender Schulen zur Thematik Resilienz, inklusive der zeitlichen und finanziellen Voraussetzungen dafür. Diese Angebote der Lehrendenqualifizierung erscheinen notwendig, um professionelles Agieren der Lehrpersonen zu ermöglichen, da die beruflichen Herausforderungen und Belastungen teilweise die Resilienzressourcen der Lehrkräfte übersteigen. Dadurch bedingt

ist eine glaubhafte Vermittlung von Resilienz nur eingeschränkt realisierbar. Ebenso bedürfen die umfangreichen und vielfältigen Problemlagen der Lernenden einer sozialpädagogischen Fachexpertise, die Pflege-Lehrende in dem erforderlichen Ausmaß nicht erbringen können.

Das Bewusstsein für die Relevanz sowie das konkrete Umsetzen einer kontinuierlichen Resilienz-bildung bedarf großer Aufmerksamkeit, gleichermaßen Rahmenbedingungen, welche die Lehre und das Training der Widerstandskraft konzedieren und protegieren.

Die Ergebnisse dieser Untersuchung können dazu beitragen, die aufgeführten Aspekte bei der Evaluation der Rahmenlehrpläne zu integrieren. Diese Veränderungsimpulse stellen vor dem Hintergrund der Reduzierung von Ausbildungsabbrüchen und der Stärkung der Resilienz aller an der Ausbildung beteiligten Personen eine Chance für die stärkere Beachtung der Resilienz in der generalistische Pflegeausbildung dar.

### Quellenverzeichnis

Albrecht, A., Slaughter, S. & Overlöper, T. (2021). Auszubildende auffangen - Abbrüche vermeiden. *Pflegezeitschrift*, 74 (11), 42–44. <https://doi.org/10.1007/s41906-021-1149-9> [27. April 2022].

BIBB (Hrsg.) (2020). Rahmenpläne der Fachkommission nach § 53 PflBG: Rahmenlehrpläne für den theoretischen und praktischen Unterricht. Rahmenausbildungspläne für die praktische Ausbildung. (2., überarb. Aufl.). <https://www.bibb.de/dienst/veroeffentlichungen/de/publication/show/16560> [21. März 2022].

BMBF (n. d.). Bildung. Zusammenarbeit von Bund und Ländern. [https://www.bmbf.de/bmbf/de/bildung/zusammenarbeit-von-bund-und-laendern/zusammenarbeit-von-bund-und-laendern\\_node.html](https://www.bmbf.de/bmbf/de/bildung/zusammenarbeit-von-bund-und-laendern/zusammenarbeit-von-bund-und-laendern_node.html) [28. März 2022].

BMG (2021). Konzertierte Aktion Pflege. Zweiter Bericht zum Stand der Umsetzung der Vereinbarungen der Arbeitsgruppen 1 bis 5. [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/K/Konzertierte\\_Aktion\\_Pflege/KAP\\_Zweiter\\_Bericht\\_zum\\_Stand\\_der\\_Umsetzung\\_der\\_Vereinbarungen\\_der\\_Arbeitsgruppen\\_1\\_bis\\_5.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Konzertierte_Aktion_Pflege/KAP_Zweiter_Bericht_zum_Stand_der_Umsetzung_der_Vereinbarungen_der_Arbeitsgruppen_1_bis_5.pdf) [13. April 2022].

BMG (2022). Pflegeberufegesetz. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/pflegeberufegesetz.html> [21. März 2022].

Deutscher Pflegerat (2004). Rahmen – Berufsordnung für professionell Pflegende. <https://deutscher-pflegerat.de/wp-content/uploads/2020/04/Rahmenberufsordnung.pdf> [20. April 2022].

Erikson, E. H. (2003). Jugend und Krise: Die Psychodynamik im sozialen Wandel. (M. Eckardt-Jaffe, Übers.; 5. Aufl.). Klett-Cotta.

Flick, U. (2016). *Qualitative Sozialforschung: Eine Einführung*. (7. Aufl.). Rowohlt.

Helferich, C. (2011). *Die Qualität qualitativer Daten: Manual für die Durchführung qualitativer Interviews*. (4. Aufl.). VS.

Huber, M. & Perroud, E. (2021). Widerstandsfähig im Team. *Heilberufe*, 73 (3/2021), 14–16.

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

Mc Allister, M., Lowe, J. B. (2019). *Resilienz und Resilienzförderung bei Pflegenden und Patienten: Widerstandsfähiger werden trotz widriger Umstände*. (H. Börger, Übers.; 2., überarb. u. erg. Aufl.). Hogrefe.

Mourlane, D. (2020). *Resilienz: Die unentdeckte Fähigkeit der wirklich Erfolgreichen* (11., überarb. Aufl.). BusinessVillage.

Müller, U. (2020). Pflege ist auch meine Wut und meine Angst. *Pflegezeitschrift*, 5/2020 (73), 38–41.

PflAPrV (2018). Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (Pflegeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung – PflAPrV) vom 02. Oktober 2018 geändert durch Art. 10 G v. 19.5.2020 I 1018, BGBl. I S. 1572. <https://www.gesetze-im-internet.de/pflaprv/BJNR157200018.html> [21. März 2022].

PflBG (2017). Gesetz über die Pflegeberufe (Pflegeberufegesetz – PflBG) vom 17. Juli 2017, BGBl. I S. 2581, zuletzt geändert durch Art. 13a G v. 24.2.2021 I 274, Änderung durch Art. 9a G v. 11.7.2021 I 2754 (Nr. 44). <https://www.gesetze-im-internet.de/pflbg/BJNR258110017.html> [22. März 2022].

PflBO (2012). *Pflegeberufsordnung Pflegefachkräfte Sachsen*. <https://www.revosax.sachsen.de/vorschrift/12628-Berufsordnung-Pflegefachkraefte> [20. April 2022].

SächsSchulG (2018). Sächsisches Schulgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 27. September 2018, SächsGVBl. S. 648, zuletzt geändert durch Art. 17 des Gesetzes vom 21. Mai 2021, SächsGVBl. S. 578. <https://www.revosax.sachsen.de/vorschrift/4192-Saechsisches-Schulgesetz#x1> [20. April 2022].

SMK (Hrsg.) (2020). Lehrplan Berufsfachschule Pflegefachfrau/Pflegefachmann. [http://lpdb.schule-sachsen.de/lpdb/web/downloads/2500\\_lp\\_bfs\\_Pflegefachmann.pdf?v2](http://lpdb.schule-sachsen.de/lpdb/web/downloads/2500_lp_bfs_Pflegefachmann.pdf?v2) [22. März 2022].

SpringerPflege (2021). 02.02.2021 | Ausbildung | Nachrichten. Hohe Abbrecherquote bei Pflegeazubis. <https://www.springerpflege.de/ausbildung/hohe-abbrecherquo->

te-bei-pflegeazubis/18824086 [13. April 2022].

Poel, K. te & Heinrich, M. (2018). Empathiefähigkeit und Professionalisierungsprozesse im Praxissemester. Eine Fallkonstruktion im qualitativen Längsschnitt. In M. Artmann, M. Berendonck, P. Herzmann, P & A. Liegmann (Hrsg.), (2018). Professionalisierung in Praxisphasen der Lehrerbildung: Qualitative Forschung aus Bildungswissenschaft und Fachdidaktik. Klinkhardt.

vbw (Hrsg.). (2022). Bildung und Resilienz: Gutachten. Waxmann.

Wemme, S. K., Foerster, L. & Niecke, A. (2020). Psychotraumatologie im Kontext der Intensivmedizin. Verwundbare Helfer. In

S. Kluge, M. Heringlake, U. Janssens & B. Böttiger (Hrsg.), DVI Jahrbuch 2019/2020: Fortbildung und Wissenschaft in der interdisziplinären Intensivmedizin und Notfallmedizin (1. Aufl.) (S. 5-8). MWV.

Zwack, J. & Mundle, G. (2013). Wie Ärzte gesund bleiben—Resilienz statt Burnout. Thieme.

**Wir sind da,**  
wo jedes Glück eine schwierige Geburt ist.

**Jetzt spenden und helfen!**

Wir gehen da hin, wo's weh tut.

**MEDECINS SANS FRONTIERES**  
**ÄRZTE OHNE GRENZEN**

[www.aerzte-ohne-grenzen.at](http://www.aerzte-ohne-grenzen.at)

© Peter Bräutigam/MSF

Eingereicht: 14.02.2023

Genehmigt: 25.03.2023

doi: 10.52205/llig/103

**Dr. Philipp Dahmann**

Notfallsanitäter und Praxisanleiter, Lehrbeauftragter an der Technischen Hochschule Deggendorf im Studiengang Pflege- & Rettungspädagogik

**Janine Nakotte B.A.**

Notfallsanitäterin und Praxisanleiterin. Lehrkraft an der Feuerwehr- und Rettungsdienstakademie Bocholt.



## Professionalisierung von Gesundheitsfachberufen am Beispiel Rettungsdienst

### Eine Qualitative Analyse zu Begriff, Methodik und Praxis.

**Abstract**

In (everyday) discourses, there is always talk of professionalism, professionalization, and academization. These phenomena are of particular importance, especially in the context of healthcare professions.

Emergency paramedics (NotSan) have to bear a high degree of responsibility. In addition to medical expertise, personal skills are essential. The training aims to carry out professional, evidence-based, and patient-safe care independently, in delegation, or as an assistant.

With the help of a concept analysis, the terms professionalism and professionalization as well as their (current) relevance should be recorded. The concept analysis showed that the term „professionalized“ is located in the categories of professional self-image, education, scientificity, institutionalization, and legal certainty (110 text passages, 48 articles). In addition, it is crucial to bridge the gap between professionalism and professionalization, academization, and patient safety.

The NotSan as a job profile exemplifies the need for progressive development towards more patient safety and focus.

**Abstract**

In (alltags-)Diskursen ist immer wieder die Rede von Professionalität, Professionalisierung und Akademisierung. Nicht nur aber gerade im Kontext von Gesundheitsfachberufen scheinen diese Phänomene von besonderer Bedeutung zu sein.

NotfallsanitäterInnen (NotSan) haben ein hohes Maß an Verantwortung zu tragen. Neben dem medizinischen Fachwissen geht es insbesondere um personale Kompetenzen. Ziel der Ausbildung ist eine fachgerechte bzw. Evidenzbasierte sowie Patientensichere Versorgung eigenverantwortlich, in Delegation oder Assistenz durchzuführen.

Mithilfe einer Konzeptanalyse sollen die Begrifflichkeiten Professionalität und Professionalisierung sowie deren (aktuelle) Relevanz erfasst werden. Im Rahmen der Konzeptanalyse zeigte sich das der Begriff „professionalisiert“ in den Kategorien Berufliches Selbstverständnis, Bildung, Wissenschaftlichkeit, Institutionalisierung und Rechtssicherheit verortet ist (110 Textstellen, 48 Artikel). Zudem gilt es die Zusammenhänge zwischen Professionalität bzw. Professionalisierung und einer möglichen Akademisierung aufzuzeigen

Der NotSan als Berufsbild steht dabei exemplarisch für die Notwendigkeit einer progressiven Entwicklung hin zu mehr Patientensicherheit & -zentrierung.

## Einleitung

Mit der Akademisierung der Fachlehrkräfte an Berufsfachschulen für Notfallsanitäter:innen wurde ein erster Schritt zur Akademisierung in der Ausbildung gesetzt (NotSanG, 2013). Diese Entscheidung ermöglicht es nun, am Lernort Berufsfachschule einen fachpraktischen Unterricht so durchzuführen, dass die zu erzielende Kompetenzstufe 4 wie bspw. fachtheoretisches Wissen und selbstständige Problemlösung sowie das Reflektieren eigener Lern- und Arbeitsziele, gemäß dem Deutschen bzw. Europäischen Qualifikationsrahmen, erreicht werden kann. Der an Handlungs- und somit Themenbereiche orientierte Unterricht bietet dabei gerade in der an standardisierten Abläufen orientierten Versorgung einen großen Gewinn im Vergleich zum abgelösten Berufsbild Rettungsassistent:in. Auch beinhaltet das seit 2014 neue, dreijährige Berufsbild Notfallsanitäter:in einen neuen Grad an Eigenständigkeit und somit Eigenverantwortlichkeit im Umgang mit (Notfall-)Patient:innen. Die Stärke der dualen Ausbildung sollte hierbei die notwendige Fachtheorie und auch wissenschaftliche Erkenntnisse in eine praktische, dem Berufsfeld angepasste Handlung übersetzen (Dahlmann et al., 2022). Dies ist insbesondere von Bedeutung, da die Notfallmedizin von einem stetig steigenden Angebot an Leit- und Richtlinien sowie Empfehlungen versorgt wird (Deutsche Gesellschaft für Rettungswissenschaften e.V., 2023). Diese Zunahme an Komplexität gepaart mit wissenschaftlichen Erkenntnissen aus der Medizin und anderen Bezugsgrößen läutet einen Paradigmenwechsel ein, welcher sich auch (normativ) juristisch in dem Ausbildungsziel der Notfallsanitäter:innen widerspiegelt. So

beinhaltet dieses, dass zum einen eigenverantwortliche, auch invasive Maßnahmen erlernt werden müssen, die aber zum anderen auch immer an den aktuellen wissenschaftlichen Stand gekoppelt sein sollen (Koch et al., 2018). Die Rede ist von einer evidenzbasierten Medizin, welche durch Notfallsanitäter:innen in zeitkritischen und somit dynamischen, aber zugleich auch komplexen Situationen praktiziert werden muss. Als Beispiel kann hierfür die Versorgung eines instabilen Schockgeschehens im Rahmen einer allergischen Reaktion angeführt werden. Hierbei ist eine Reihe von Maßnahmen in der richtigen Reihenfolge (Priorisierung) durchzuführen. Zudem handelt es sich meist um einen völlig fremden Patienten (erschwerte Anamnese), einen oft unbekanntem (öffentlichen) Einsatzort und die Zusammenarbeit in einem Ad-hoc-Team. Auch benötigt eine leitlinienkonforme Behandlung eine differenzierte Entscheidungsfindung (Decision Making), um den Nutzen der zu ergreifenden Maßnahmen mit den daraus resultierenden Risiken abzugleichen. Es lässt sich bereits erahnen, dass diese komplexe und allen voran verantwortungsvolle Handlung eine belastbare Ausbildung voraussetzt. Zu diesen bereits vorhanden Herausforderungen spielen sich zudem Veränderungen im strukturellen Kontext der Gesundheitsfürsorge ab (Frieß & Koch, 2022). Erstens nehmen allgemeinärztliche Praxen, gerade im ländlichen Raum, ab. Zweitens werden vor allem in der Peripherie kleinere Krankenhäuser zugunsten großer spezialisierter Kliniken geschlossen. Somit ergeben sich deutlich längere Transportzeiten und auch ein erster Kontakt zur weiteren ärztlichen Versorgung verzögert sich.

Darüber hinaus verändern sich die Indikationen der rettungsdienstlichen Interventionen. So rücken neben psychosozialen Krisen auch gerontologische und multimorbide Patienten, unter anderem in häuslicher Versorgung, in den Vordergrund (Institut für Notfallmedizin und Medizinmanagement, 2021). Der epidemiologische Wandel führt zu komplexeren Notfallbildern, in denen beispielsweise chronische oder infektiologische Krankheitsbilder mit hoch differenzierten Symptomen dominieren. Für das Berufsbild Notfallsanitäter:in nehmen damit nicht nur die Herausforderungen in Hinblick auf die notwendigen handwerklichen Fertigkeiten zu, sondern gerade auch hinsichtlich der bewusst getroffenen, begründbaren und somit reflektierten Entscheidung für oder gegen die Durchführung einer bestimmten Maßnahme. Da es sich im Rahmen aller medizinischen Interventionen um einen Eingriff in die jeweilige Integrität des Patienten handelt, ist es entscheidend, diesen Berufsgruppen auch einen belastbaren (medizin-)ethischen Rahmen vorzugeben. Hierbei könnten Konzepte wie jenes der Patientensicherheit als leitend für rettungsdienstliche Handlungen verstanden werden. In dem hier vorliegenden Beitrag soll daher der Versuch unternommen werden, ein Konzept für „Professionalität“ im rettungsdienstlichen Kontext zu begründen. Zudem soll das Phänomen der „Professionalisierung“ im Kontext des deutschen Rettungsdienstes untersucht werden. Dies geschieht mittels einer Konzeptanalyse. Die Ergebnisse der Analyse werden im Kontext anderer Gesundheitsfachberufe in Deutschland und dem europäischen Ausland in einen Zusammenhang gebracht. Dabei sollen die Fragen nach einer Notwendigkeit akademischer Ausbildung und

der Sicherstellung von Patient:innensicherheit als Leitthemen dienen.

## Kontext und Einordnung

### Begriffserläuterungen

Die Begriffe Profession, Professionalisierung und Professionalität zu definieren, stellt eine erste Herausforderung dar. Durch unterschiedliche linguistische und disziplinäre Ursprünge sind die Begriffe wenig eindeutig und werden je nach Kontext unterschiedlich genutzt und verstanden. Ursprünglich als Teilaspekt der Soziologie entstand in den 1960er Jahren auch im deutschsprachigen Raum eine Auseinandersetzung mit der Frage, was nun Professionen und Berufe voneinander unterscheidet. Beide dienen der Erwerbsarbeit. Als eine der wenigen Gemeinsamkeiten der verschiedenen Theorien stellen Pfadenhauer und Sander (2010) fest, dass Professionen sich von gewöhnlichen Berufen unterscheiden. Worin dieser Unterschied besteht, welche Kriterien oder Merkmale einen Beruf zu einer Profession machen, darin sind sich die verschiedenen Theorien uneinig. Oft angebrachte Unterscheidungsmerkmale sind spezifisches Wissen, Monopolisierung der beruflichen Tätigkeit und Selbstverwaltung.

Die recht einzigartige Struktur des deutschen Berufsausbildungssystems verwässert den Begriff der Profession zusätzlich. Das duale Ausbildungssystem in Deutschland nimmt eine Sonderstellung im internationalen Vergleich ein. So verfügt ein Ausbildungsberuf im dualen System bereits über einheitliche Ausbildungsinhalte und Abschlussprüfungen. Auch in den Gesundheitsfachberufen besteht eine staatlich geregelte

Ausbildung, in der beispielsweise Zugangsvoraussetzungen, Ausbildungsziele und die Zulassung zur Berufsausübung festgelegt sind. Bollinger und Gerlach (2015) beschreiben, dass dieses Alleinstellungsmerkmal des deutschen Ausbildungssystems in der Diskussion um Beruf und Profession nur wenig Berücksichtigung fand. So weist das duale System bereits einige Kriterien auf, die im US-amerikanischen Umfeld „occupation“ von „profession“ voneinander unterscheiden.

In zahlreichen „professionspolitischen Diskursen“ (Pfadenhauer & Sander, 2010) wurden aus verschiedenen Berufsgruppen heraus Bestrebungen angeführt, den eigenen Beruf auf den Status einer Profession aufzuwerten jedoch ohne, dass ein allgemeingültiger Konsens über die konkreten Unterscheidungsmerkmale bestand. Diese Prozesse werden mit dem Begriff der Professionalisierung beschrieben.

### Professionalität und Patient:innensicherheit in der medizinischen Versorgung

Ein Überblick über gängige deutschsprachige Professionsperspektiven lässt an vielen Stellen eine direkte Verknüpfung zwischen Professionalität und Patient:innensicherheit erkennen. Besonders die strukturtheoretische Perspektive Oevermanns brachte ab Mitte der 1990er den Fokus weniger auf formale Rahmenbedingungen der einzelnen Berufsgruppen und Professionen, sondern mehr auf die originäre professionelle Handlung an sich, deren Kern eine stellvertretende Krisenbewältigung darstellt (Schmeiser, 2006). Stellvertretende Krisenbewältigung meint, dass Patient:innen oder Klient:innen in existentiellen Lebenskrisen

auf die Hilfe und Expertise von Professionsinhabenden angewiesen sind, ohne die sie ihre Krise nicht auflösen können. Dabei entsteht in den „klassischen“ Professionen ein Spannungsfeld zwischen Autonomie und Fremdkontrolle. Autonomie öffnet einerseits die Tür zu unzureichendem Fehlermanagement und damit zu mangelnder Patient:innensicherheit. Fremdkontrolle hingegen schränkt von außen den Handlungs- und Entscheidungsspielraum ein, ohne über professionseigene wissenschaftliche Erkenntnisse zu verfügen. An der Entwicklung des ärztlichen Berufsstandes kann dieses Spannungsfeld treffend erläutert werden. Vor allem in der Generation der deutschen Nachkriegskinder wurde lange das Bild des paternalistischen und allwissenden Hausarztes aufrechterhalten. Ein verantwortungsvoller Umgang mit Fehlern und Sicherheitsrisiken war hier schlicht nicht notwendig, da dieses nach außen transportierte Idealbild gar nicht zuließ, dass ärztlich verursachte Fehler überhaupt existieren. Vom Arzt als „Halb-Gott-in-Weiß“ wird weder von extern, noch von intern die Möglichkeit der Entstehung menschlicher Fehler zugelassen (Bollinger & Gerlach, 2015). Heute ist durch verschiedene gesellschaftliche Veränderungen auf beiden Seiten der Arzt-Patienten-Beziehung eine selbstreflektierendere Sicherheitskultur entstanden. Patient:innen haben durch die bessere Verfügbarkeit von medizinischem Wissen und engerer Vernetzung untereinander an Autonomie gewonnen. Mediziner:innen haben durch die Veränderungen der gesellschaftlichen Wahrnehmung und Schaffung von wissenschaftlicher Evidenz im Bereich Patient:innensicherheit einen neuen Umgang mit Fehl-

barkeit etabliert. Vor allem der 1999 erschienene Bericht „To err is human: building a safer health system“ von Kohn et al. zog ein grundlegendes Umdenken in diesem Bereich nach sich (Schrappe, 2018). In der aktuellen Literatur wird Patient:innensicherheit als Eigenschaft angesehen, die Personen, Gruppen und Systeme mit dem Ziel der Verringerung unerwünschter Ereignisse und der Förderung von Sicherheitsverhalten aufweisen (Schrappe, 2018).

### **Akademisierung der Hebammenausbildung**

Der Trend zur Professionalisierung im Sinne einer Steigerung der Entscheidungskompetenz einzelner Berufsgruppen ist in vielen Gesundheitsfachberufen zu erkennen. Als erstes Beispiel soll hier der Hebammenberuf angeführt werden. Um den Anforderungen an die EU-Richtlinie zur Anerkennung von Berufsqualifikationen (EU-RL 2013/55EU) zu entsprechen, forderte der Deutsche Hebammenverband bereits seit langem, die Hebammenausbildung zu akademisieren. Mit dem Inkrafttreten des Hebammengesetzes (HebG) im Januar 2020 wurden diese Forderungen erfüllt. Seitdem findet die Ausbildung von Hebammen nicht mehr an Hebammenschulen, sondern an Fachhochschulen, meist in Form eines praxisintegrierten Studienganges statt. Doch nicht nur die zwingende Erfüllung der EU-Richtlinie, sondern auch die Besonderheiten der Berufsgruppe der Hebammen waren Gründe für eine Anhebung der beruflichen Qualifikation. Die Tätigkeit von Hebammen kann freiberuflich und unabhängig von ärztlicher Zuweisung stattfinden. Die daraus resultierende Selbstständigkeit und Verantwortung, das Dienstleistungsmonopol, dass sich auch schon aus §4 im alten

Hebammengesetz von 1985 erkennen ließ, lassen eine Einordnung auf Niveaustufe 6 des Europäischen Qualifikationsrahmens zu, welche einem Berufsabschluss auf Bachelorebene entspricht (Deutscher Hebammen Verband, 2018). Obwohl diese Besonderheiten den Hebammenberuf von anderen Gesundheitsfachberufen abheben, so sind die Entwicklung von Dienstleistungsmonopolen, eigenverantwortlicher Ausführung von Heilkunde und berufsgruppenspezifischer Evidenz flächendeckend zu erkennen. Als Beispiel in der Tätigkeit von Notfallsanitäter:innen kann hier die eigenverantwortliche Durchführung heilkundlicher Maßnahmen nach §2a NotSanG angeführt werden.

### **Gesundheitsberufe in den Niederlanden**

In Bezug auf Ausbildungsniveaus von Gesundheitsfachberufen lohnt auch ein Vergleich mit anderen EU-Ländern. Exemplarisch ist die Ausbildung von Physiotherapeut:innen oder Krankenpfleger:innen in den Niederlanden auf Bachelorniveau (EQR Stufe 6) angesiedelt (Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2014). Im Anschluss an die Ausbildung erfolgt in der Regel eine Eintragung in das BIG-Register, das die Führung von Berufsbezeichnungen und die selbstständige Ausführung berufseigener Handlungen der Berufe der Gesundheitsversorgung gesetzlich regelt. Registrierte Berufsangehörige sind anschließend befugt, spezielle geschützte Tätigkeiten, wie beispielsweise der Diagnosestellung, durchzuführen (Wet Op De Beroepen in De Individuele Gezondheidszorg, 1993). Aus dem Gesetz ergeben sich allerdings auch Heilkundevorbehalte, die die Arbeit des niederländischen Rettungsfachpersonal betreffen. Die Ausbildung von nie-

derländischem Rettungsfachpersonal besteht auf der Krankenpflegeausbildung auf Bachelorniveau mit anschließender ca. 2-jähriger Spezialisierung zur „Rettungspflegekraft“ (Ambulanceverpleegkundige) (Luxem et al., 2020). Vor allem die landesweit einheitlichen Behandlungsprotokolle und die nahezu eigenständige Arbeit des nicht-ärztlichen Personals und den gesetzlich geforderten Qualifikationen unterscheiden den niederländischen vom deutschen Rettungsdienst.

### **Rettungsdienst in der Schweiz**

Der Rahmenlehrplan für die Ausbildung zur Dipl. Rettungssanitäterin HF und zum Dipl. Rettungssanitäter HF basiert auf dem Berufsprofil sowie den Arbeitsprozessen und den zu erreichenden Kompetenzen der Stufe 5 der EQR (Goetze, 2017). Jede Kompetenz ist in einer sogenannten Kompetenzbeschreibung formuliert und folgt einem einheitlichen Aufbau. Diese Kompetenzbeschreibung gibt Ziel, Mittel und Ressourcen an und beschreibt das Handeln anhand eines vollständigen Handlungszyklus. Dieser orientiert sich dabei am Akronym IPRE, welches die Worte Informieren, Planen/Entscheiden, Realisieren und Evaluieren abkürzt. Zu den Ressourcen zählt der Rahmenlehrplan, welcher die kognitiven Fähigkeiten auf Basis von Wissen, Theorien, Konzepten und implizitem Wissen, die Haltung und Werte sowie die notwendigen Fertigkeiten zur Ausführung einer bestimmten Tätigkeit und die soziale Kompetenz beinhaltet (Goetze & Lehner, 2020).

Die Studierenden absolvieren Klinikpraktika in den Bereichen Pflege, Anästhesie und Notfallstation. Zudem sind Praktika in Sanitätsnotrufzentralen sowie im ambulanten Pflegedienst und/oder in der



### nursing\_in\_austria

Isabella Raab setzt sich mit neuen kreativen Ideen für die Pflege auseinander. Immer ein Klick wert!



### nurse.ification

Christina Klopff betreut unter der Woche Patient\*innen in der interdisziplinären Ambulanz, am Wochenende ist sie mit ihrem Masterstudium beschäftigt.

### nurse.est2020

Sophie Herzog, die Pflegekraft, die auch vor schwarzem Humor nicht zurückschreckt. Seit zwei Jahren ist die Chirurgie ihr Arbeitsplatz, den sie gemeinsam mit ihren Kolleg\*innen und einer großen Portion Spaß auf ihrem Account zeigt.

### nursing\_development

Heidrun Nycz nimmt dich mit in die Welt der Pflegeberatung sowie der Pflegeexpert\*innen. Was das Ganze mit einem Wissensdschunzel und dem Room of Horrors zu tun hat? Das zeigt dir Heidrun auf ihrem Account!

# #ProudToBeANurse

**Influencer\*innen** halten nicht nur fragwürdige Produkte in die Kamera und lassen sich für teure Reisen bezahlen. Sechs engagierte Mitarbeiterinnen im **Barmherzige Schwestern Krankenhaus Wien** zeigen auf Social Media was der Pflegeberuf so alles kann. Sie produzieren Content, der unterhaltsam ist, zum Nachdenken anregt oder mit dem du dich als Pflegekraft einfach identifizieren kannst. Folgen lohnt sich!

### nursingiscaring

Isabella Martins ist #proudtocare und zeigt dir das auch gerne auf Social Media. Sie ist eine Junior Bereichsleitung und baut derzeit die neue Abteilung für Akutgeriatrie und Remobilisation auf.

“Es wird Zeit den positiven Aspekten unseres Berufs mehr Aufmerksamkeit zu schenken!”

©ISABELLA MARTINS



[www.bhswien.at/karriere](http://www.bhswien.at/karriere)

Das Barmherzige Schwestern Krankenhaus Wien ist eine Fachklinik für den Verdauungstrakt, Urologie, Onkologie und Psychosomatik. Hier wird vertrauensvoll in Teams, professionell und digital zusammengearbeitet.

Geriatric vorgeschrieben. (Goetze & Lehner, 2020).

Am Ende des Bildungsganges steht das Diplomexamen. Das Diplomexamen findet an den Höheren-Fachschulen statt, welche auch für die Durchführung verantwortlich sind. Sind alle Prüfungsteile bestanden, so wird das Diplom erteilt (Goetze & Lehner, 2020).

Die präklinische Versorgungspraxis lässt sich aus den Arbeitsprozessen und Kompetenzen des Rahmenlehrplans ableiten. Die Delegation invasiver Maßnahmen von den zuständigen Ärztlichen Leiter:innen Rettungsdienst erlauben den Dipl. RS die Durchführung dieser Maßnahmen anhand vorher festgelegter Algorithmen (Luxem et al., 2020). Darunter fällt unter anderem die Anlage eines peripher-venösen Zugangs, die Applikation von Infusionen und Medikamenten (in der Regel auch die Analgesie mit Betäubungsmitteln) sowie die Atemwegssicherung. Der Umfang der Delegationen durch die ÄLRD ist jedoch von Kanton zu Kanton unterschiedlich. Zudem ist es Dipl. RS, die in Leitstellen bzw. SNZ eingesetzt werden, erlaubt, telefonisch medizinische Ratschläge zu geben, ohne ein Einsatzmittel zu disponieren. Auch dies geschieht im Rahmen einer ärztlichen Delegation auf Grundlage von Algorithmen (Dussap et al., 2018).

Während in Deutschland der NotSan nahezu immer (Ausnahme: 2c-SOP Hypoglykämie Bayern) durch eine ärztliche Instanz konkret (im Laufe des Einsatzes) evaluiert werden muss, der Patient also dem Arzt physisch zugebracht wird (oder direkter NA-Einsatz), ist das in der Schweiz nicht notwen-

dig. Die Begründung liegt auch in dem Umstand, dass die höhere Kompetenzstufe (Level 5) die anwendenden Dipl. RS dazu qualifiziert, ihre (invasiven) Maßnahmen selbstständig zu evaluieren und dass die ärztliche Komponente tatsächlich nur für weitere Maßnahmen und nicht als „Kontrolle“ verwendet wird. Im Sinne der zu erzielenden Patientensicherheit ist das zu begrüßen. Ein Anspruch an zukünftige Ausbildungsmodelle muss die Fähigkeit der „eigenständigen Evaluation“ gerade auch im subakuten Bereich verbindlich beinhalten. Neben dem Aspekt des Wissens, des Verstehens und des Anwendens ist gerade im Feld der Notfallmedizin die daran anknüpfende Analysekompetenz als unverzichtbar anzusehen. Demnach müsste sich das Ausbildungsziel an der EQR 6, also einem Bachelor-Niveau, orientieren.

### Rettungsdienst in Dänemark

Die dänische Hauptstadtregion Kopenhagen gilt als Vorreiter eines integrativen Rettungswesens in Europa. Die Vielzahl an akuten (über die Rufnummer 1813 erreicht man in Kopenhagen die regionale Gesundheitshotline ähnlich der deutschen 116117) und notfallmedizinischen Anrufen (112) werden nun bereits seit über einem Jahrzehnt über eine einzelne zentrale Patient:innenanlaufstelle („single point of contact“) von qualifiziertem Gesundheitsfachpersonal angenommen und in die passgenaue Versorgungsebene triagiert. Sowohl das Telefongespräch als auch die anschließende Versorgung richtet sich dabei ganz nach den individuellen Patientenbedarfen. Das bedeutet, dass bei dem Anruf der 112 oder 1813 je nach Anliegen eine einfache telefonische Gesundheitsberatung, die Terminierung eines Krankenhaus-

besuchs oder die Disposition eines dem Bedarf entsprechenden Rettungsmittels. Eine Besonderheit der rettungsdienstlichen Versorgung ist dabei die differenzierte Systemantwort, also die Vielzahl an Möglichkeiten, die eine passgenaue gesundheitliche Versorgung ermöglichen. So gibt es neben den klassischen Rettungsmitteln Rettungs-, Notarzt- und Krankentransportwagen beispielweise auch den Sociolance, der besetzt mit Sozialarbeiter:innen und Paramediziner:innen, Menschen ohne Obdach oder Patient:innen mit Suchtverhalten (teils vorbeugend) aufsucht und versorgt, Mobile Psychiatric Critical Care Units, Notarzteinsatzwagen besetzt mit Psychiater:innen, die in psychiatrischen Ausnahmezuständen (auch telefonisch) qualifizierte Hilfe leisten können, oder Community Paramedics, die sich Zeit nehmen und die Gesundheitsversorgung in den privaten Räumlichkeiten der Patient:innen vornehmen und Weitervermittlungen zum Beispiel zu sozialmedizinischen oder pflegerischen Diensten unterstützen können. Dabei handelt es sich bei der Grund-Qualifikation um einen Bachelor (EQR 6) und bei spezialisierten Kräften um fachärztliches Personal (EQR 8) bzw. Masterabsolvent:innen (EQR 7). (Krafft et al., 2022).

### Konzept der Professionalisierung im rettungsdienstlichen Kontext

Um das Konzept der Professionalisierung im Kontext des deutschen Rettungsdienstes zu untersuchen, wurde eine Konzeptanalyse durchgeführt. Ziel der Analyse war es, den Begriff der Professionalisierung in rettungsdienstlicher Literatur zu analysieren und einen Rückschluss auf den Stand und einen möglichen erkennbaren

Trend der Professionalisierung zu ziehen. Anschließend werden die Ergebnisse vor dem Gesamtkontext der beruflichen Bildung in Gesundheitsfachberufen diskutiert.

### Methode der Konzeptanalyse

Die evolutionäre Konzeptanalyse nach Rodgers wurde im Rahmen der Entstehung erster pflegewissenschaftlicher Theoriebildung zuerst beschrieben. Ziel der Methode ist es, bestehende Konzepte zu beschreiben und deren Entwicklung im Hinblick auf Zeit und Anwendung zu untersuchen. Dabei geht es vor allem um das philosophische Verständnis von Konzepten und deren tatsächlichen Anwendung in der Realität (Rodgers, 1989, S.332).

Das Ziel dieser Konzeptanalyse ist, die reale Bedeutung und Anwendung des Begriffes „Professionalisierung“ im Kontext der deutschen Rettungsdienstliteratur zu beschreiben. Hierzu wurden Quellen untersucht, die sich aus Artikeln in rettungsdienstlichen Fachzeitschriften, Abschlussarbeiten und Beiträgen in Lehrbüchern mit Erscheinungsdatum 2014 bis Mai 2021 zusammensetzten. Es wurden bewusst Quellen eingeschlossen, die nicht ausschließlich wissenschaftlichen Kreisen zur Verfügung stehen, sondern einer Art Alltagsliteratur entsprechen, weshalb keine systematische Literaturrecherche durchgeführt wurde. Stattdessen wurden die Archive der Fachzeitschriften Rettungsdienst, retten! und Elsevier Emergency durchsucht. Zudem wurden Abschlussarbeiten auf dem Portal Rettungsdienst-Forschung.de, der Internetauftritt der Deutschen Gesellschaft für Rettungswissenschaften und Lehrbücher für Notfallsanitäter:innen durchsucht. Zwei weitere Fachartikel aus anderen Zeitschriften er-

gaben sich aus der direkten Zitation der ersten Suche. Insgesamt wurden 110 Textstellen aus 48 Beiträgen in die Stichprobe eingeschlossen. Ausgeschlossen wurden Beiträge, die sich auf die Situation außerhalb von Deutschland bezogen, oder keinen inhaltlichen Bezug zum Thema Professionalisierung aufwiesen.

Die Literatur wurde elektronisch nach dem Begriff „professionalisie\*\*“ durchsucht. Im Anschluss wurde in den eingeschlossenen Beiträgen analysiert, ob der Text eine Erläuterung der gewählten Perspektive auf Professionalisierung beinhaltet. Im zweiten Schritt wurden in einem induktiven Vorgehen Kategorien zu den Aspekten Eigenschaften, Vorbedingungen, Konsequenzen und Objekt gebildet.

### Ergebnisse der Konzeptanalyse

Sechs der 48 untersuchten Beiträge ließen einen Rückschluss auf eine verwendete Perspektive auf Professionalisierung zu. Zu den Eigenschaften von Professionalisierung konnten im zweiten Schritt die Kategorien Berufliches Selbstverständnis, Bildung, Wissenschaftlichkeit, Institutionalisierung und Rechtssicherheit gebildet werden. Vorbedingungen waren Gesetzliche Bestimmungen, Akademisierung, Kompetenzentwicklung, Evidenzbasierte Notfallmedizin und Fachkräftemangel. Konsequenzen der Professionalisierung wurden nur sehr selten beschrieben. Hier sind beispielsweise Verbesserung der Patientenversorgung, Kompetenzerweiterung und Ausdifferenzierung der Gesundheitsberufe in mehreren Textstellen wieder zu finden. Die Objekte der Professionalisierung bezogen sich auf verschiedene Personen- und Berufsgruppen, aber auch auf die Ausbildungs- oder Managementebene oder das Gesamtsystem (Nakotte, 2021).

Professionalität im Rettungsdienst

Die Gestaltung rettungsdienstlicher Versorgung in Deutschland ist seit jeher durch die „Leitprofession“ der Medizin geprägt. Die

Dokumentenart		Anzahl Beiträge	Anzahl Textstellen
Artikel in Fachzeitschriften	<b>Gesamt</b>	<b>40</b>	<b>73</b>
	Rettungsdienst	(28)	(58)
	retten!	(4)	(4)
	Elsevier Emergency	(4)	(5)
	Notfall + Rettungsmedizin (via Zitationssuche)	(2)	(2)
	Pädagogik der Gesundheitsberufe (via Zitationssuche)	(2)	(4)
Abschlussarbeiten	<b>Gesamt</b>	<b>4</b>	<b>26</b>
	Bachelorarbeiten	(3)	(13)
	Masterarbeiten	(1)	(13)
Studie der GzFWR		1	1
Beiträge in Lehrbüchern		3	10
<b>Gesamtanzahl</b>		<b>48</b>	<b>110</b>

Ausbildung und das Handlungsspektrum rettungsdienstlichen Personals war bis zur Entstehung des Notfallsanitäterberufes größtenteils auf Assistenz Tätigkeiten ausgerichtet (RettAssG, 1989). Die Umsetzung des NotSanG löste einen informellen und unkontrollierten Paradigmenwechsel aus, der einerseits auf der ausgedehnten Handlungskompetenz und Selbstständigkeit, andererseits von der nach wie vor bestehenden Kontrolle und Einschränkung durch ärztliche Vorgaben und rechtliche Rahmenbedingungen begründet ist (Frieling, 2021). Rettungsdienstliches Personal ist je nach Einsatzszenario einem unmittelbaren, zeitkritischen Handlungs- und Entscheidungszwang ausgesetzt. Zudem ist das reflexive Fallverstehen der strukturtheoretischen Professionsperspektive in der rettungsdienstlichen Arbeit immanent. Die Ausbildung bereitet handlungsorientiert auf viele Situationen vor, jedoch wird es nie möglich sein, jedes denkbare Realszenario in der Ausbildung abzubilden. Ziel der Ausbildung ist demnach neben dem Erreichen von Handlungskompetenz auch das Erreichen von Entscheidungskompetenz (Dahlmann et al., 2022). Besonders der Aspekt der Verbesserung der Patientenversorgung als Konsequenz aus Professionalisierung nimmt hierauf Bezug.

### **Patientensicherheit im Rettungsdienst**

Patientensicherheit ist in der Ausbildung von rettungsdienstlichem Personal zwar allgegenwärtig, wird jedoch selten konkret benannt. Eine Untersuchung des Aktionsbündnis Patientensicherheit aus dem Jahr 2016 bestätigt diese Ergebnisse. Hier wurden die Ausbildungsordnungen verschiedener Gesundheitsberufe „hinsichtlich

der Vermittlung von Lernzielen zur Patientensicherheit untersucht“ (Euteneuer et al., 2016). Dabei wurde festgestellt, dass in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter (NotSanAPrV) lediglich der mittelbare Aspekt „Kommunikation mit Patienten und Angehörigen“ explizit erwähnt wird. Als unmittelbare Aspekte, waren beispielsweise „Fehler“, „Faktor Mensch“ oder „Fehlerkultur“ benannt. Diese konnten in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung nicht ausgemacht werden (Euteneuer et al., 2016, S. 26).

Trotz der fehlenden Explizitität in der Formulierung der Ausbildungsgrundlagen hat die Ausbildung und Anwendung von Werkzeugen der Patientensicherheit eine große Bedeutung. Die CRM-Leitsätze nach Rall und Gaba sind in der Ausbildung von Notfallsanitäter:innen und Praxisanleiter:innen fest verankert. Das Bewusstsein über psychologische Faktoren von Fehlerentstehung steht dabei einer nach wie vor bestehenden Blame-Culture entgegen. Hier ist durch Fort- und Weiterbildung des Personals eine Sensibilisierung des gesamten präklinisch tätigen Personals notwendig, damit hochwertige Versorgung und die damit verbundene Patient:innensicherheit gewährleistet werden kann (Rall & Langewand, 2022).

### **Akademisierung als Teil der Professionalisierung**

Als Lösungsansatz in der Diskussion um eine Professionalisierung des Rettungsdienstes wird oft das Werkzeug der Akademisierung angebracht. Akademisierung wurde als Vorbedingung wie auch als Konsequenz von Professionalisierung beschrieben. Eine forcierte Akademisierung der Gesundheitsfachberufe mit einer Quote von

10 bis 20 % wurde bereits 2012 vom Wissenschaftsrat empfohlen (Wissenschaftsrat, 2012). Rettungsdienstliche Berufsgruppen sind darin nicht berücksichtigt worden, was am ehesten auf den Status der Rettungsassistent:innenausbildung zurück zu führen ist. Um den aktuellen Stand der Entwicklungen zu beurteilen, veröffentlicht der Wissenschaftsrat 2022 die HQTplus-Studie (Wissenschaftsrat, 2022). Die Studie besteht aus einer quantitativen Befragung von Hochschulen und Versorgungseinrichtungen und wird von qualitativen Experteninterviews ergänzt. Die Akademisierung des rettungsdienstlichen Berufsfeldes kann auf mehreren Ebenen stattfinden. In Abbildung 1 werden die möglichen Qualifikationswege für eine akademisierte Ausbildung aufgeführt. Zum einen ist nach §7 NotSanG die Ausbildung an Hochschulen im Rahmen von Modellvorhaben möglich. Am häufigsten finden sich derzeit additive Bachelorstudiengänge, die sich vor allen in den Bereichen Pädagogik, Management und Gefahrenabwehr an die Zielgruppe der rettungsdienstlichen Mitarbeiter:innen richten. Hier ist vor allem die Notwendigkeit der Akademisierung des pädagogischen Personals zu betonen, die sich aus §6 des NotSanG ableiten lässt. Darin heißt es Absatz 2, Satz 2., dass die Berufsfachschule eine „ausreichende[n] Zahl fachlich und pädagogisch qualifizierter Lehrkräfte mit entsprechender, abgeschlossener Hochschulausbildung für die Durchführung des theoretischen und praktischen Unterrichts,“ nachweisen müssen. Welche hochschulischen Abschlüsse hierfür konkret anerkannt werden, unterliegt wiederum landesrechtlichen Bestimmungen und wird derzeit in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich ge-

handhabt. Als Konsequenz einer Akademisierung ist eine Bildung von professionseigener Evidenz erkennbar, die sich aus dem damit verbundenen Anstieg von Forschungsarbeit ergibt. Diese „rettungsdiensteigene“ Evidenz trägt dazu bei, das gesamte Berufsfeld aus der Sicht der handelnden Akteure mitzugestalten.

### Fazit

In der Diskussion der Ergebnisse der Konzeptanalyse ergeben sich folgende zentrale Erkenntnisse. Die Mitgestaltung der Versorgungsrealität durch genuinen wissenschaftlichen Input führt zu einer engeren Verknüpfung zwischen interner und externer Evidenz auf der Versorgungsebene, wie auch auf der berufspolitischen Ebene. Das heißt konkret, dass politischen Verhandlungen, wie beispielsweise aktuell rund um die geplanten Strukturreformen der Krankenhausversorgung rettungsdiensteigene Evidenz und Expertise, einfließen können. Da-

durch können einerseits Bedarfe und Forderungen aufgezeigt werden und andererseits in interdisziplinärer und interprofessioneller Zusammenarbeit gesamtgesellschaftliche Herausforderungen mit Hilfe von rettungsdiensteigener Evidenz adressiert werden. Diese Mitgestaltung der eigenen beruflichen Rahmenbedingungen und damit die Bildung eines beruflichen Selbstverständnisses kann als Zeichen der voranschreitenden Professionalisierung gedeutet werden. Zusätzlich kann eine Akademisierung von Rettungsfachkräften eine engere Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen in der Gesundheitsversorgung fördern. Interprofessionalität ist Teil der Ausbildung und des Berufsalltages von Notfallsanitäter:innen (Nakotte, 2021). Auch der Vergleich mit anderen Gesundheitsfachberufen in Deutschland und dem europäischen Ausland zeigt, dass professionalisierte Berufsgruppen in interprofessionellen Kontexten zusammenarbei-

ten müssen, um Herausforderungen unserer Versorgungsrealität zu meistern.

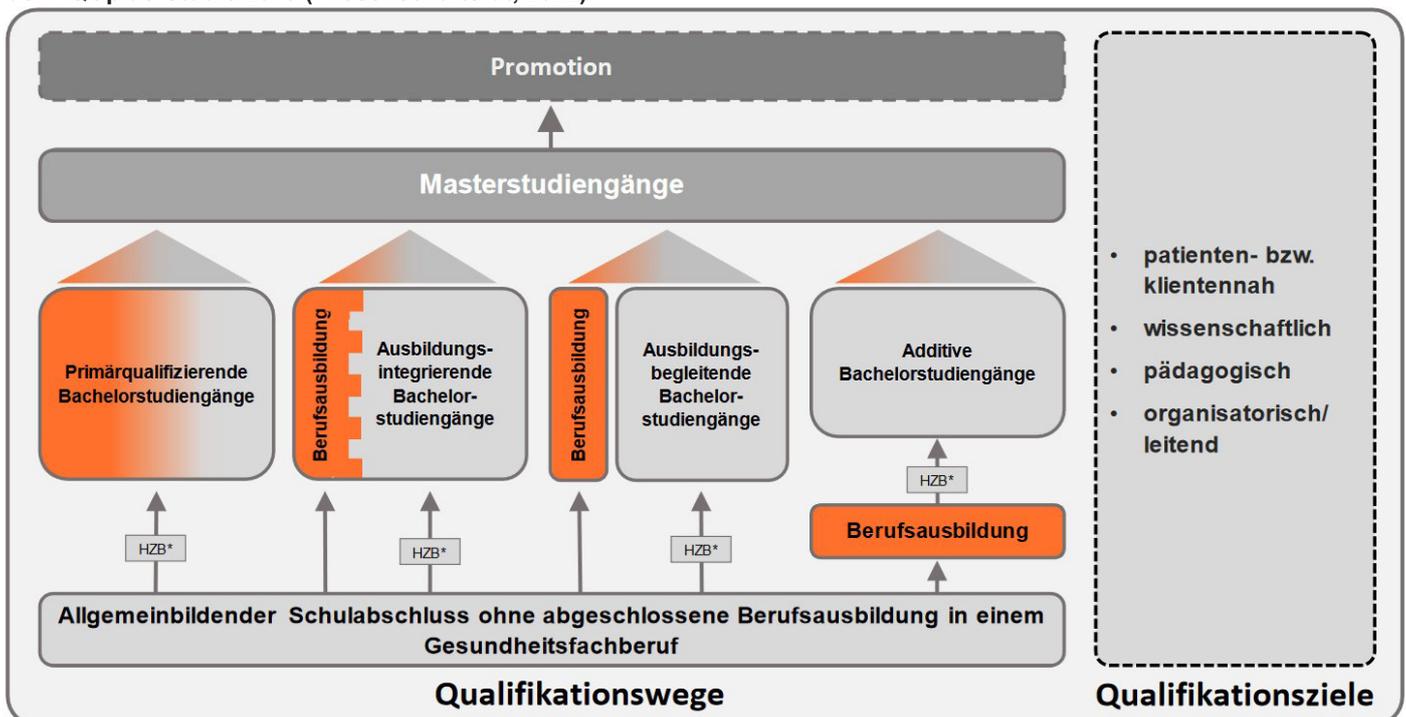
### Literaturverzeichnis

Bundesministerium für Bildung und Forschung. (2014). Bestandsaufnahme der Ausbildungen in den Gesundheitsfachberufen in europäischen Vergleich. [https://www.bmbf.de/SharedDocs/Publikationen/de/bmbf/3/23796\\_Berufsbildungsforschung\\_Band\\_15.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&\\_\\_amp%3Bv=3](https://www.bmbf.de/SharedDocs/Publikationen/de/bmbf/3/23796_Berufsbildungsforschung_Band_15.pdf?__blob=publicationFile&__amp%3Bv=3)

Gesetz über den Beruf der Rettungsassistentin und des Rettungsassistenten, Bundesgesetzblatt (1989). [https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav#\\_\\_bgbl\\_\\_%2F%2F\\*%5B%40atr\\_id%3D%27bgbl189s1384.pdf%27%5D\\_\\_1615043377164](https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav#__bgbl__%2F%2F*%5B%40atr_id%3D%27bgbl189s1384.pdf%27%5D__1615043377164)

Dahlmann, P., Böbel, S., Frieß, C. & Neuerer, M. (2022). Bildungsperspektive Notfallsanitäter:in : Interdisziplinärer Diskurs zu Aus-

Abbildung: Modell zur Einordnung hochschulischer Qualifikationswege und -ziele der Gesundheitsfachberufe im Rahmen der HQGplus-Studie 2019 (Wissenschaftsrat, 2022)



bildung, beruflicher Praxis und Herausforderungen im Berufsfeld Rettungsdienst [Educational perspectives in emergency paramedicine : Interdisciplinary discourse on education, professional practice, and challenges in the field of emergency medical services]. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 65(10), 1059–1066. <https://doi.org/10.1007/s00103-022-03574-3>.

Deutsche Gesellschaft für Rettungswissenschaften e.V. (2023). Leitlinienverzeichnis. <https://www.dgre.org/was-wir-tun/leitlinienverzeichnis/>

Deutscher Hebammen Verband. (2018). Voll-Akademisierung des Hebammenberufs als einzige Konsequenz der EU-Richtlinie. [https://www.hebammenverband.de/index.php?eID=tx\\_securedownloads&p=5376&u=0&g=0&t=1681471724&has h=662a12f24693090282abcc1e15ff8446affea876&file=/fileadmin/user\\_upload/pdf/Bildungspolitik/Akademisierung/20180514\\_Akademisierung\\_kurz.pdf](https://www.hebammenverband.de/index.php?eID=tx_securedownloads&p=5376&u=0&g=0&t=1681471724&has h=662a12f24693090282abcc1e15ff8446affea876&file=/fileadmin/user_upload/pdf/Bildungspolitik/Akademisierung/20180514_Akademisierung_kurz.pdf)

Dussap, A., Kassa, L., Pradier, E. & Schleich, E. (2018). Die medizinische Notfallversorgung in Deutschland, Frankreich und der Schweiz. Kehl. [https://www.trisan.org/fileadmin/PDFs\\_Dokumente/2018-05-Themenheft\\_Medizinische-Notfallversorgung\\_DE.pdf](https://www.trisan.org/fileadmin/PDFs_Dokumente/2018-05-Themenheft_Medizinische-Notfallversorgung_DE.pdf)

Euteneuer, A., Hänel, P., Hoffman, B., Leybold, G., Marung, H., Schwarz, C., Siggelkow, A., Skorning, M. & Teifel, S. (2016). Patientensicherheit und verwandte Themen in den Ausbildungs- und Approbationsordnungen der Gesundheitsberufe. Berlin. Aktionsbündnis Patienten-

sicherheit. [https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2016/08/Bericht\\_PS-in-Berufsordnungen\\_2016\\_08\\_22.pdf](https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2016/08/Bericht_PS-in-Berufsordnungen_2016_08_22.pdf)

Frieling, K. von (2021). Rettungsdienst-Leserkonferenz: Was hat §2a NotSanG geändert? Rettungsdienst, 44(4), 315–321.

Frieß, C. & Koch, S. (2022). Zur Notwendigkeit eine Berufsfeldanalyse im Rettungsdienst - Eine aktuelle Dartellung und projektbezogene Übersicht. Lehren & Lernen im Gesundheitswesen(7), 5–14. <https://pflege-professionell.at/lehre-lernen-im-gesundheitswesen-llig#>

Goetze, L. & Lehner, P. (2020). Entwicklungen im Rettungswesen - Bedeutung für die Gestaltung der Berufsbilder und der Berufsbildung. [https://www.forum-bb-rw.ch/index.cfm?action=act\\_getfile&doc\\_id=100864](https://www.forum-bb-rw.ch/index.cfm?action=act_getfile&doc_id=100864)

Institut für Notfallmedizin und Medizinmanagement. (2021). Rettungsdienstbericht Bayern. <http://www.inm-online.de/de/aktuelles/383-rettungsdienstbericht-bayern-2021>

Koch, S., Drache, D., Frenzel, J., Männling, W., Seeger, S., Thomas, M. & Broda, A. (2018). Einstellung nichtärztlicher Mitarbeiter in der präklinischen Notfall- und Rettungsmedizin zu einer evidenzbasierten Notfallmedizin (EBNM). Notfall + Rettungsmedizin, 21(6), 496–504. <https://doi.org/10.1007/s10049-018-0489-5>

Krafft, T., Neuerer, M., Böbel, S. & Reuter-Oppermann, M. (2022). Notfallversorgung & Rettungsdienst in Deutschland: Partikularismus vs. Systemdenken.

Luxem, J., Runggaldier, K., Karutz, H. & Flake, F. (Hrsg.). (2020). Notfallsanitäter Heute (7. Auflage). Elsevier.

Nakotte, J. (2021). Professionalisierungsentwicklung im deutschen Rettungsdienst. Stumpf + Kossendey. <https://doi.org/10.36209/2021.2028E1.29>

Rall, M. & Langewand, S. (2022). Crew Resource Management für Führungskräfte im Gesundheitswesen. Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-60288-1>

Rodgers, B. L. (1989). Concepts, analysis and the development of nursing knowledge: the evolutionary cycle. Journal of Advanced Nursing(14), 330–335.

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. (1993). <https://wetten.overheid.nl/BWBR0006251/2022-04-01>

Wissenschaftsrat. (2012). Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. Berlin. Wissenschaftsrat. [https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=3](https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf?__blob=publicationFile&v=3)

Wissenschaftsrat. (2022). HQGplus-Studie zu Hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitssystem. Köln. <https://doi.org/10.57674/V8GX-DB45>

Eingereicht: 14.02.2023

Genehmigt: 25.03.2023

doi: 10.52205/llig/104

Henriette Tischer B.A.  
M.A.Dozentin am Gemeinnützigen  
Schulungszentrum für Sozial-  
wesen Auerbach

### Zusammenfassung

**Einleitung:** Gerade Lernende in Pflegeberufen sollten von Beginn an dafür sensibilisiert werden, auf die eigenen Gefühle und Bedürfnisse zu achten. Ein gelungenes Emotionsregulations- und Selbstfürsorgemanagement kann mit zu einem erfolgreichen Absolvieren der Ausbildung beitragen. Ziel des Forschungsprojektes war es zu untersuchen, welche Emotionen Auszubildende zur Pflegefachfrau/zum Pflegefachmann in ihrem Arbeitsalltag in den ersten Praktika erleben, welche konkreten Situationen der Auslöser dafür waren und welche Emotionsregulationsstrategien sie anwendeten. Außerdem wurde erforscht, was die Lernenden für ihre Selbstfürsorge tun.

**Methodik:** Die Auszubildenden wurden gebeten, über insgesamt zehn Tage ein Arbeitstagebuch führen. Die Datenanalyse erfolgte nach Kuckartz (2012) und Mayring (2015) deduktiv und induktiv im Mixed-Method-Design.

**Ergebnisse:** Die Teilnehmenden berichteten mehrheitlich über positive Erfahrungen im Arbeitsalltag. Sowohl positiv als auch negativ empfundene Emotionen wurden mit Auslösern wie Schlaf, Dienstplangestaltung und Arbeitserlebnissen in Zusammenhang gebracht. Zur Emotionsregulation wurden vor allem antezedenzfokussierte Strategien eingesetzt.

## Professionalisierung von Gesundheitsfachberufen am Beispiel Rettungsdienst

### Eine Qualitative Analyse zu Begriff, Methodik und Praxis.

Im Bereich der Selbstfürsorge standen Strategien zur Förderung von positiven und Vermeidung von negativen Erlebnissen im Vordergrund. Strategien zum Selbstschutz und zur Selbstwerterhöhung wurden kaum angewandt.

**Diskussion:** In den Bereichen der Emotionsregulation und Selbstfürsorge besteht teilweise ein Mangel an wirksamen Strategien. Dies könnte Auswirkungen auf den Ausbildungserfolg und die psychische und physische Gesundheit der Lernenden haben. Schlussfolgerung: Im Rahmen des Curriculums der generalistischen Pflegeausbildung sollten Konzepte entwickelt werden, in denen die Auszubildenden von Beginn an effektive Strategien sowohl zur Emotionsregulation als auch zur Selbstfürsorge kennen und anwenden lernen.

**Schlüsselwörter:** Emotionen – Selbstfürsorge – Ausbildung – Pflegefachmann/Pflegefachfrau – Emotionsregulationsstrategien – Gesundheit

### Abstract

**Introduction:** Especially learners in nursing professions should be sensitized from the beginning to pay attention to their own feelings and needs. Successful emotion regulation and self-care management can contribute to successful completion of training. The aim of the research project was to investigate, firstly emotions nursing trainees experience in their everyday work during their first internships, secondly specific situations were the trigger for this and finally emotion regulation strategies they

used. It also explored what learners do for self-care.

**Methodology:** The trainees were asked to keep a work diary for a total of 10 days. Data analysis was performed deductively and inductively in a mixed-method design according to Kuckartz (2012) and Mayring (2012).

**Results:** The majority of participants reported positive experiences in their daily work routine. Both positive and negative emotions were associated with triggers such as sleep, rostering, and work experiences. Antecedent-focused strategies were primarily used for emotion regulation. In the area of self-care, strategies to promote positive and avoid negative experiences were the main focus. Strategies for self-protection and self-esteem enhancement were hardly used.

**Discussion:** There is a partial lack of effective strategies in the areas of emotion regulation and self-care. This could have implications for educational success and the mental and physical health of learners. Conclusion: Within the curriculum of generalist nursing education, concepts should be developed in which trainees learn and apply effective strategies from the beginning.

**Keywords:** emotions - nurse practitioner - emotion regulation strategies - self-care - training - health.

## Einleitung

Pflegende werden tagtäglich sowohl mit den Gefühlen ihrer Klienten als auch mit ihren eigenen Emotionen konfrontiert. So kommen zu den bereits häufig angeprangerten Rahmenbedingungen in der Pflege die Anforderungen eines helfenden Berufs hinzu (Doppelfeld, 2016). Pflegepersonen sollen jedoch nicht nur Sorge für andere, sondern auch für sich selbst tragen (Stähli, 2004). Ein sensibler Umgang mit den eigenen Emotionen und Bedürfnissen ist die Voraussetzung dafür (Eisele, 2019).

Vielen Menschen fällt es einerseits schwer, eigene Emotionen wahrzunehmen, aber andererseits auch, diese richtig einzuordnen, sie zu akzeptieren, auszuhalten oder positiv zu beeinflussen (Berkling, 2017).

Das Wahrnehmen und Reflektieren von Gefühlen ist jedoch die Grundlage für ein gelingendes Emotionsmanagement (Benfer-Breisacher, 2018). Doch auch das Anwenden effektiver Emotionsregulationsstrategien will gelernt sein. Daher ist es notwendig, dass ein gelingender Umgang mit Gefühlen bereits von Beginn der Pflegeausbildung an im Fokus der Lehrenden und der Lernenden steht. Die Anwendung positiver Selbstfürsorgemaßnahmen soll dazu beitragen, die Gesundheit der Auszubildenden und späteren Pflegefachkräfte zu erhalten.

## Hintergrund

Da der Ausbildungsgang der generalistischen Pflegeausbildung erst offiziell im Herbst 2020 startete, gibt es bisher wenig Forschungsergebnisse in diesem Bereich. Daher beziehen sich die folgenden wissenschaftlichen Arbeiten zum

Teil auf die drei Einzelgebiete der Generalistik: die Altenpflege und die Gesundheits- und Krankenpflege und die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege.

## Aktueller Forschungsstand

Die Aussage, dass Auszubildende der Pflege sich häufig überfordert fühlen, findet sich im Ausbildungsreport von ver.di aus dem Jahr 2015 für Pflegeberufe wieder. Als Herausforderungen wurde zum Beispiel von vielen Auszubildenden eine unzureichende Praxisanleitung angeführt. Dabei finden 60,1 % der Schülerinnen und Schüler, dass die Praxisanleitenden zu wenig Zeit bekommen um anzuleiten.

In der Altenpflege gaben 41,2 % der Lernenden an, regelmäßig Überstunden zu machen, in der Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpflege waren dies 24,8 %.

22,2 % der Auszubildenden stellen fest, dass sie Probleme haben, sich nach der Ausbildung in der Freizeit zu erholen. Grund dafür könnte sein, dass Lernende, die sich von der Arbeit stark belastet fühlen auch häufig Probleme im Bereich der Erholung haben (ver.di, 2015).

Auf dem Online-Pflegekongress 2021 erklärte Franz Wagner, Präsident des DPR, dass extrem herausfordernde Erfahrungen in den praktischen Einsätzen dafür verantwortlich wären, dass immer mehr Auszubildende der Pflege ihre Ausbildung vorzeitig abbrechen würden (Vogler, 2021).

## Curriculare Einordnung des Themas

Von den Auszubildenden in der generalistischen Pflege wird eine ausgeprägte Fähigkeit zur

Selbstreflexion und Selbstfürsorge gefordert (Lehrplan BFS Pflegefachfrau/-mann, 2020).

So findet sich z. B. in der Einheit 04 „Gesundheit fördern und präventiv handeln“ im ersten bzw. zweiten Ausbildungsdrittel der Handlungsanlass „Eigene Gesundheit erhalten bzw. verbessern wollen/Bereitschaft für eine verbesserte Selbstfürsorge“. Hier sollen die Auszubildenden Methoden zum Schutz vor psychischen und physischen Belastungen kennen lernen und anwenden. (Lehrplan BFS Pflegefachfrau/-mann, 2020).

## Zielstellung der Arbeit

Dass dieses theoretische Wissen, welches in der Schule vermittelt wird auch praktisch umgesetzt werden kann, erfordert eine enge Vernetzung der Lernorte Schule und Praxis.

Um die Verknüpfung optimal gestalten zu können ist es Ziel der vorliegenden Arbeit zu erfassen, mit welchen Emotionen die Auszubildenden in ihrem Arbeitsalltag konfrontiert werden, welche Ereignisse diese auslösen und welche Strategien der Emotionsregulation und der Selbstfürsorge sie bereits kennen und anwenden.

## Methodik

Die Untersuchung mittels eines Onlinetagebuches wurde am Gemeinnützigen Schulungszentrum für Sozialwesen gGmbH in Auerbach durchgeführt. Seit dem 01.09.2020 lernt dort eine Klasse in der neukonzipierten generalistischen Pflegeausbildung mit 18 Lernenden, drei Schüler und 15 Schülerinnen. Die Altersstruktur reicht von 17 bis 38 Jahren. Um gleiche Rahmenbedingungen zu schaffen, wurde die Tagebuchstudie in einem Praktikumsabschnitt

durchgeführt, in dem alle Auszubildenden im Bereich der stationären bzw. ambulanten Langzeitpflege tätig waren. Im definierten Zeitraum sollte das Ausfüllen des Arbeitstagebuches an zehn Tagen erfolgen. Vier Fragen sollten jeweils beantwortet werden.

Insgesamt wurden 144 Datensätze ausgewertet.

### **Forschungsdesign und methodisches Vorgehen**

Um die Forschungsfrage beantworten zu können, wurde das Mixed-Method-Design angewandt. Das bedeutet, dass qualitative und quantitative Methoden miteinander kombiniert werden. Diese Methode ergab sich aus der Frage- und Zielstellung der Arbeit. Entsprechend erfolgte die Auswertung.

In der ersten Frage sollte festgestellt werden, welche Emotionen bei den Lernenden vorherrschten und wie die Verteilung der positiven bzw. negativen Aktivierung und der Valenz ist.

Diese Frage wurde quantitativ mittels Excel ausgewertet. Dabei wurde in bipolaren Items erfasst, wie oft vorgegebene Emotionen entsprechend der PANAVA-Kurzskala (Janke & Glöckner-Rist, 2014) in der Wertung von -3 bis +3 genannt wurden. Außerdem wurden jeweils die Mittelwerte des positiven und des negativen Affekts sowie der Valenz pro Tagebucheintrag berechnet und ermittelt, wie das Verhältnis der einzelnen Werte zueinander war.

Die zweite Frage wurde qualitativ durch die Methode der induktiven Kategorienbildung nach Kuckartz (2012) bearbeitet und ausgewertet. Dabei wurden die Hauptkategorien induktiv aus den Antworten

gebildet. Im Codierprozess wurde der Text den Hauptkategorien zugewiesen (Kuckartz, 2012).

Die letzten beiden Fragen wurden qualitativ entsprechend der deduktiven Kategorienbildung bearbeitet. Dabei wurden aus einer bereits vorhandenen Systematisierung die Kategorien hergeleitet (Kuckartz, 2012) und die codierten Textstellen diesen zugeordnet. Bei der Frage 3 lag das Emotionsregulationsmodell nach Gross (In-Albon, 2013) zugrunde. Frage 4 wurde entsprechend der Grundbedürfnisse von Grawe (Borg-Laufs, 2012) ausgewertet.

### **Ergebnisse**

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse dargestellt und im Einzelnen auf die Fragen, die die Auszubildenden beantwortet haben, eingegangen.

Frage 1: So habe ich mich heute gefühlt

Im Folgenden werden die empfundenen Emotionen der Auszubildenden dargestellt.

Als erstes sollen die beiden Items, die zur Valenz (VA) gehören, betrachtet werden.

Der Itembereich unzufrieden wurde insgesamt 17 Mal genannt. Weitere 9 Einträge waren unentschieden, wohingegen 118 Nennungen auf den Bereich zufrieden entfielen. Im Spektrum unglücklich wurden insgesamt 17 Nennungen abgegeben. Neben 18 unentschiedenen Aussagen gab es 109 Mal die Nennung im Bereich glücklich.

Nun werden die Items des positiven Affekts (PA) dargestellt

Im Intervall energielos gab es 26 Einträge. 18 Mal wurde unent-

schieden genannt und insgesamt 100 Mal energiegeladen. 11 Nennungen betrafen den Bereich gelangweilt. Die Eintragung unentschieden erfolgte 31 Mal und die Emotionen im Intervall begeistert wurden 102 Mal angeführt. Außerdem wurde insgesamt 36 Mal müde angekreuzt. 14 Mal wurde unentschieden angegeben und 94 Angaben bezogen sich auf den Bereich hellwach. Der Bereich lustlos wurde 23 Mal genannt. Neben 16 Mal unentschieden gab es im Intervall hochmotiviert 105 Angaben.

Zum Schluss erfolgt die Beschreibung der Items des negativen Affekts (NA).

29 Nennungen gab es im Intervall gestresst. 16 Mal wurde unentschieden angekreuzt und 99 Mal der Kontext entspannt. 21 Tagebucheinträge bezogen sich auf das Intervall besorgt. 20 Nennungen waren unentschieden und 103 im Bereich sorgenfrei. 10 Angaben finden sich im Intervall verärgert. 16 Mal wurde unentschieden angekreuzt und 118 Mal wurden Angaben im Bereich friedlich gemacht. Im Spektrum nervös wurden insgesamt 15 Nennungen abgegeben. Neben 22 unentschiedenen Aussagen gab es 107 Mal die Nennung im Bereich ruhig. (Siehe Abbildung 1)

Frage 2: Welche Ereignisse haben dazu geführt, dass ich mich so gefühlt habe?

Die Ergebnisse sollen anhand der entwickelten Konstellationen bezüglich der Valenz und des positiven beziehungsweise negativen Affekts dargestellt werden. Pro Tagebucheintrag konnten zum Teil mehrere Auslöser für Emotionen identifiziert werden.

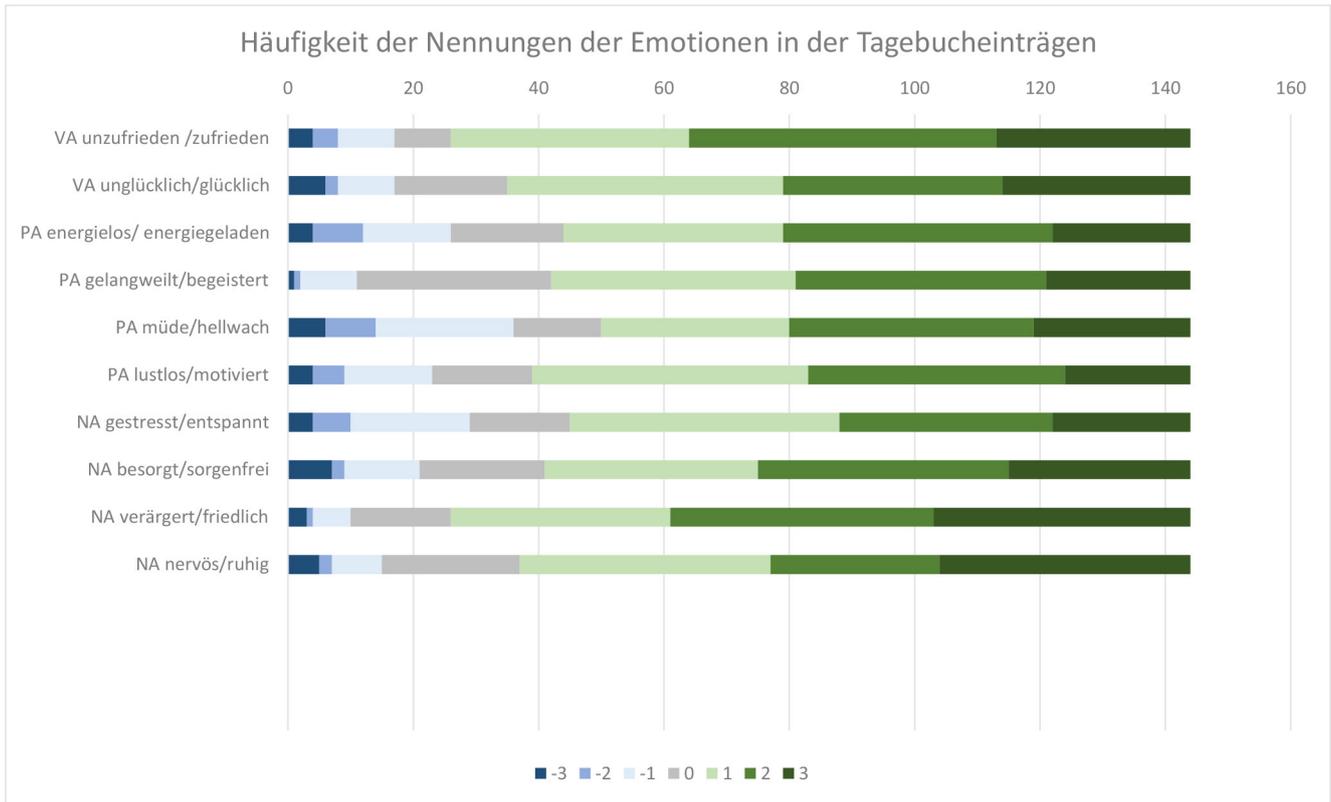


Abbildung 1: Häufigkeit der Nennungen der Emotionen gesamt (N = 144)

Zuerst soll der Bereich beschrieben werden, in dem eine positive Valenz vorlag.

In dieser Rubrik, waren Arbeitserlebnisse der häufigste Auslöser. 43 Mal wurden positive Arbeitserlebnisse beschrieben, z. B. dass die Arbeit Spaß machte oder erfolgreich war. Im Gegensatz dazu gab es 12 negative Erlebnisse, unter anderem mit Überforderung einhergingen. Die zweithäufigsten Nennungen in dieser Kategorie waren mit dem Schlafverhalten verbunden. So gab es 16 Mal

die Nennung, dass Schreibende gut schliefen. 17 Mal gab es eine negative Begründung wie wenig Schlaf oder zeitiges Aufstehen. Dritthäufigste Kategorie war die Dienstplangestaltung mit 13 positiven Nennungen, so bezüglich eines bevorzugten Dienstes. Dagegen gab es 8 negative Nennungen, die unter anderem einen kurzen Wechsel beschrieben. Weitere 59 Nennungen gab es in den anderen Bereichen.

Insgesamt gab es in den Kategorien, in denen die Valenz

positiv war 113 positive und 55 negative Auslöser für Emotionen. (Siehe Abbildung 2)

Nun sollen die Konstellationen betrachtet werden, in denen die Valenz negativ war. Hier gab es bei den 22 Nennungen ausschließlich negative Auslöser.

Dabei waren die häufigsten Nennungen im Bereich Gesundheit mit 6 negativen Schilderungen die z. B. mit der Verschlechterung des Gesundheitszustandes einhergingen. Die zweithäufigsten Nennun-

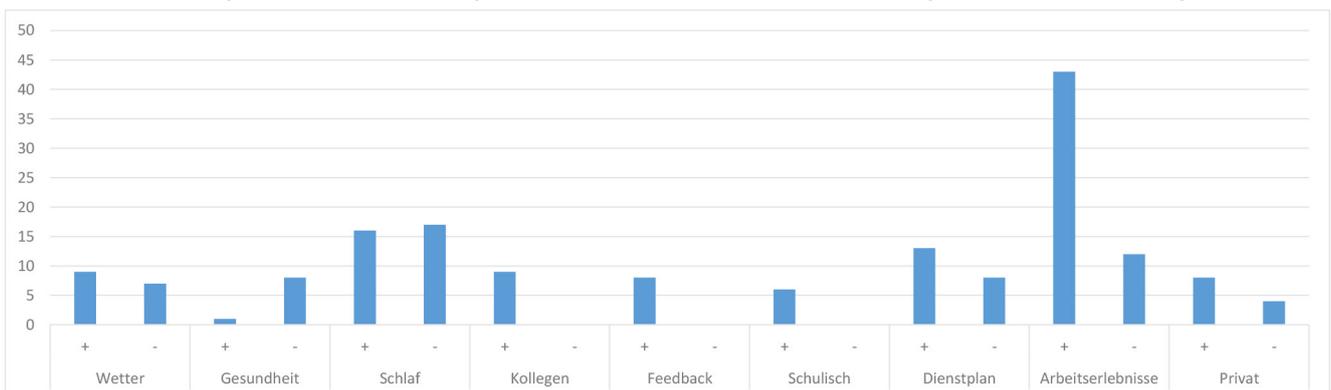


Abbildung 2: Darstellung der Häufigkeit der Gründe für die Emotionen beim Vorliegen einer positiven Valenz (N = 168)



Isabel Haider-Strutz

## Lernpaket

## Allgemeine Pathologie

**Das Lernpaket zur Pathologie, bestehend aus Lehr- und Übungsbuch!**

Das Lehrbuch bietet eine fundierte Auseinandersetzung mit dem Fach der Allgemeinen Pathologie. Sie erfahren alles über die Ursachen, Verläufe und Folgen von Krankheiten sowie über grundlegende medizinisch-biologische Vorgänge (Tumorbildung, Entzündungen, Zell- und Gewebsschäden, Störungen des Kreislaufs, Wundheilung, Funktionen des Immunsystems usw.).

Das Buch ist mit vielen neuen, farbigen Abbildungen und durchgehend mit Merksätzen, Erläuterungen zur Fachterminologie, Begriffsdefinitionen, Zusammenfassungen und Wissensfragen versehen.

Das Übungsbuch bietet eine Möglichkeit zum Üben, Überprüfen von bereits Erlerntem und zum Erkennen von Wissenslücken. Die Abfolge der Kapitel orientiert sich an jener des dazugehörigen Lehrbuches Allgemeine Pathologie. Der Inhalt setzt sich aus Bildern zum Beschriften, Lückentexten, Zuordnungsfragen, „Richtig oder Falsch“-Aufgaben und Übersetzungen von Fachbegriffen zusammen. Im Schlussteil des Übungsbuches sind die richtigen Antworten zu finden.

Eine ideale Ergänzung des Pathologieunterrichts!

---

facultas 2022

312 Seiten, broschiert

EUR 41,90 (A) / EUR 40,80 (D) / sFr 50,80 UVP

ISBN 978-3-7089-2201-0

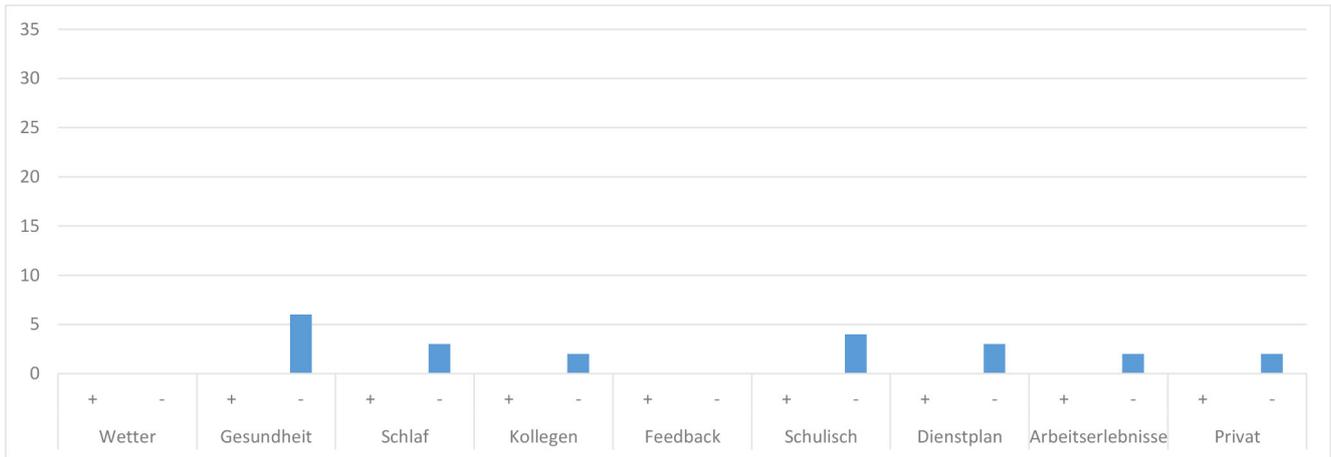


Abbildung 3: Darstellung der Häufigkeit der Gründe für die Emotionen beim Vorliegen einer negativen Valenz (N = 22)

gen (4) betrafen schulische Belange. So wurde die Vorbereitung auf ein Testat negativ geschildert. Weitere Nennungen waren in den Bereichen Schlaf und Dienstplan zu finden. (Siehe Abbildung 3)

Frage 3: Was habe ich getan, als ich mich so gefühlt habe?

In der dritten Frage sollte ermittelt werden, welche Emotionsregulationsstrategien die Teilnehmenden

anwandten.

Bei der Strategie der Situationsauswahl fanden sich in den 4 Tagebucheinträgen Hinweise darauf, dass die Strategie angewandt wurde, um sich aus einer Situation zurückzuziehen.

Die Einträge der Kategorie der Situationsveränderung betrafen Tätigkeiten wie Essen/Trinken (17 Nennungen), Gespräche führen

(10 Nennungen), Aktivität/Ruhe (13 Nennungen), Vorbereitungen treffen (10 Nennungen) und andere Aktivitäten (4 Nennungen).

In der Kategorie der Aufmerksamkeitslenkung beschrieben die Lernenden, dass sie motiviert und konzentriert arbeiteten (23 Nennungen) oder ablenkende Tätigkeiten wie Musik hören ausführten (11 Nennungen).

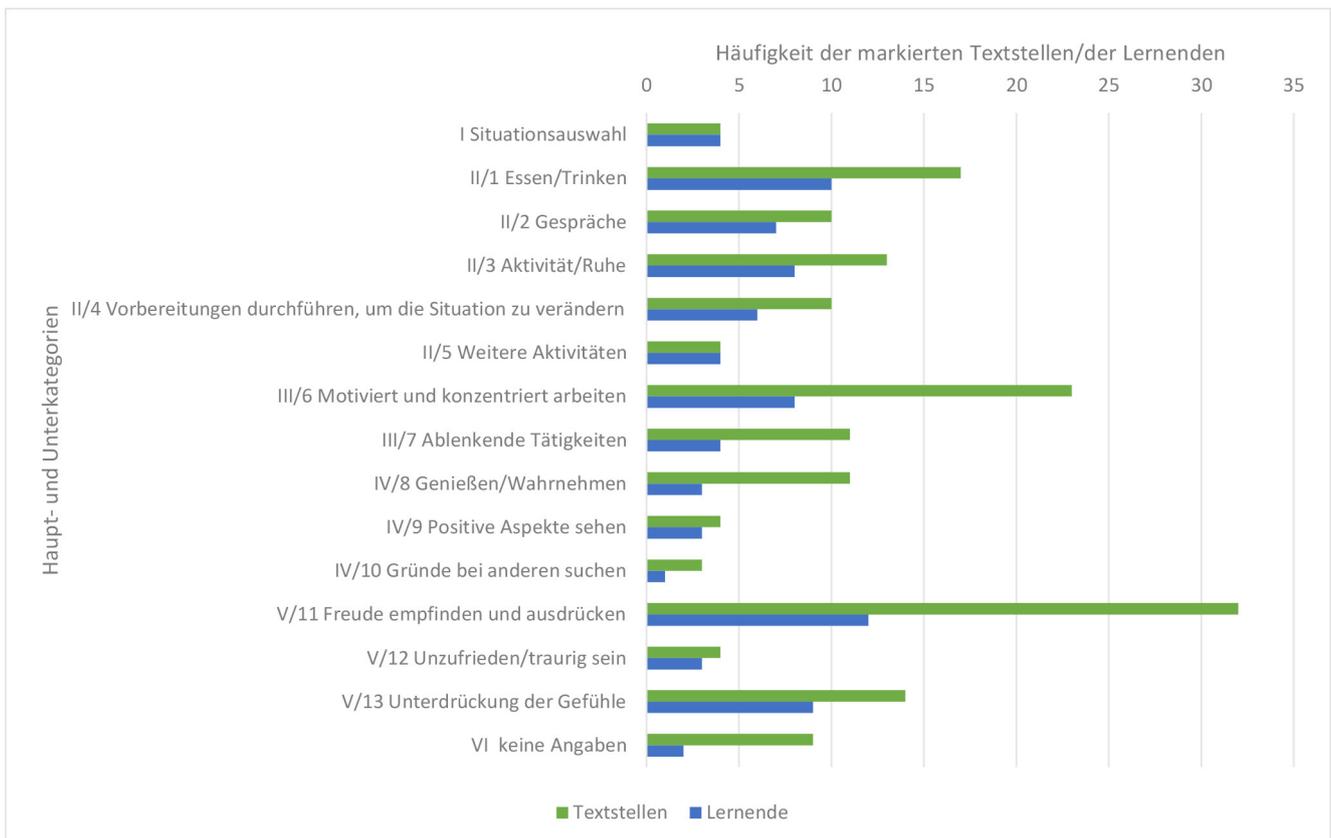


Abbildung 4: Häufigkeit der markierten Textstellen (N = 169) und der Lernenden entsprechend der Haupt- und Unterkategorien nach Gross.

Die Hauptkategorie der Kognitiven Umbewertung umfasst Schilderungen wie genießen/wahrnehmen (11 Nennungen), positive Aspekte sehen (4 Nennungen) und Gründe bei anderen suchen (3 Nennungen).

Zur Kategorie der Reaktionsveränderung fanden sich Einträge, in denen Freude (32 Nennungen), Unzufriedenheit und Traurigkeit (4 Nennungen), sowie eine Unterdrückung der Gefühle (14 Nennungen) beschrieben werden.

Eine Darstellung der Häufigkeit der markierten Textstellen in den Haupt- und Unterkategorien findet sich in der folgenden Grafik (Abb.4).

Frage 4: Was habe ich heute für meine Selbstfürsorge getan?

In der letzten Frage des Tagebuches sollten die Lernenden beschreiben, welche Selbstfürsorgestrategien sie an diesem Tag für sich angewendet hatten. Als Grundlage zur Auswertung diente

das Modell der Grundbedürfnisse von Grawe (Grawe, 2004 in Borg-Laufs, 2012).

In der Hauptkategorie Lustgewinn/Unlustvermeidung mit insgesamt 147 Nennungen äußerte sich die Selbstfürsorge darin, lustvolle Erfahrungen anzustreben und negative Emotionen zu vermeiden. Häufigste Einträge gab es in den Bereichen Natur, Ernährung und Ausruhen/Schlafen/Entspannen. In der zweiten Hauptkategorie wurden Bindungen sowohl zu Menschen als auch zu Haustieren erfasst. Insgesamt gab es 23 Nennungen.

In der Hauptkategorie Selbstwertschutz/Selbstwerterhöhung die die Selbstpflege und das eigene Zurücknehmen beschreibt, gab es 4 Aussagen.

Im Bereich der Kontrolle/Autonomie geht es darum, das eigene Wertesystem aufrechtzuerhalten und Situationen unter Kontrolle zu bekommen. Hier wurden 11 Aussagen erfasst.

In 18 Einträgen fand sich die Aussage, dass an diesem Tag nichts für die Selbstfürsorge getan wurde.

### Diskussion

Nachfolgend werden die Forschungsergebnisse zusammengefasst, mit wissenschaftlicher Literatur in Zusammenhang gebracht und zum Teil interpretiert. Außerdem soll die Forschungsarbeit kritisch beleuchtet und eine Auswirkung auf zukünftige Unterrichtsprojekte gegeben werden.

Erfassung der empfundenen Emotionen (Frage 1):

Im Folgenden sollen erfasste Gefühle der Auszubildenden mit entsprechender Fachliteratur verglichen werden. Laut des Items zufrieden/unzufrieden fühlten sich in 55,5% der Tagebucheinträge die Lernenden in den Tagen der Erfassung sehr zufrieden bis zufrieden. Das deckt sich mit dem „Ausbildungsreport Pflege“ (ver. di, 2015). In dieser Studie gaben 59,2 % der Auszubildenden der Al-

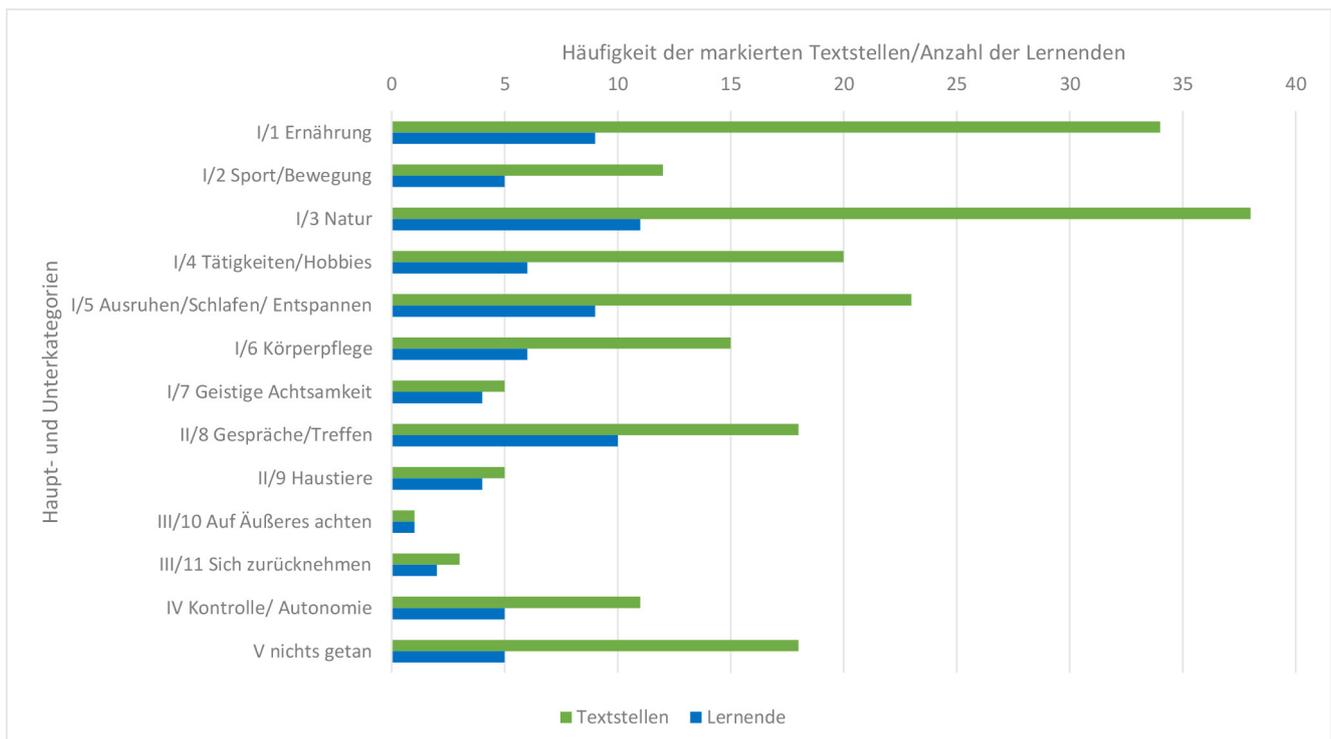


Abbildung 5: Häufigkeit der markierten Textstellen N = 203 und der Lernenden entsprechend der Haupt-/ Unterkategorien nach Grawe

tenpflege an mit ihrer Ausbildung zufrieden zu sein. Unzufrieden bis sehr unzufrieden waren 9,3%. In der vorliegenden Arbeit fand sich das in 11,8 % der Nennungen.

Im Ausbildungsreport wurden Gründe untersucht, die zur Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit der Lernenden beigetragen haben könnten. So war ein möglicher Grund für Unzufriedenheit eine Überlastung. Dies gaben bei ver.di 15,3 % der Befragten an. In 20,1 % der Tagebucheinträge gaben Teilnehmende an, gestresst, 14,6 % besorgt, 6,9 % verärgert und 10,4 % nervös zu sein.

Positiv hervorzuheben ist, dass in einem Großteil der Tagebucheinträge (73,3 %) angenehme Gefühle zum Ausbildungsalltag geäußert wurden.

Auslösende Ereignisse der empfundenen Emotionen (Frage 2):

In den Fällen, in denen eine positive Valenz vorlag konnten insgesamt 43 Einträgen identifiziert werden, in denen positive Arbeitserlebnisse als Grund genannt wurden. Dazu zählten interessante pflegerische und behandlungspflegerische Tätigkeiten, Praxisanleitertage mit entsprechender Wissensvermittlung, Übertragen von Tätigkeiten und damit Verantwortung oder Erfolgserlebnisse mit Klienten. Im Gegenzug dazu gab es 13 negative Arbeitserlebnisse. Das lässt darauf schließen, dass Zufriedenheit und Glück im Arbeitsalltag sehr von Erfolgserlebnissen bzw. positiven Erlebnissen im Arbeitsalltag abhängen.

Die zweithäufigste Nennung bei einer vorliegenden positiven Valenz hing in allen Bereichen mit dem Thema Schlaf zusammen. Das zeigt, dass ein gesundes

Schlafverhalten einen großen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit, aber auch auf den Wohlfühlfaktor hat. Wer unausgeschlafen ist, arbeitet unkonzentrierter und es fehlen Ressourcen, um den hohen psychischen und physischen Belastungen des Berufes gerecht zu werden (ver.di, 2015). Somit ist es wichtig, den Auszubildenden von Beginn der Ausbildung an die Bedeutung einer optimalen Schlafhygiene, und was sie selbst dazu beitragen können, aufzuzeigen.

Dementsprechend nimmt auch die Dienstplangestaltung einen hohen Stellenwert in der Aufzählung der Gründe ein. So wurde sie mit insgesamt 24 Nennungen 13 Mal positiv und 11 Mal negativ gezählt. Positiv wurde z. B. gewertet, wenn ein Dienst anstand, der dem Schreibenden entgegenkam, negativ, wenn Dienstpläne ohne Absprache geändert wurden. Das zeigt, dass sich Rücksichtnahme auf persönliche Belange und eine verlässliche Arbeitszeitgestaltung positiv auf das Erleben und Verhalten der Lernenden auswirken können (Strauß et al., 2021).

Im Bereich der negativen Valenz waren gesundheitliche Probleme mit 6 Nennungen die häufigste Kategorie. So können z. B. körperliche Anforderungen oder psychische Belastungen zu gesundheitlichen Problemen führen. Die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin fand 2018 heraus, dass Pflegekräften in Einrichtungen der Altenhilfe besonders stark belastet sind (BAuA, 2020).

Weitere Konsequenzen zeigen sich durch Arbeitsverdichtung und Personalabbau in der Ausbildung. Eigentlich sollten die Lernenden primär dazu verpflichtet sein, das Ausbildungsziel zu erreichen. Doch werden sie mittlerweile zur

Bewältigung der Arbeit bewusst mit einbezogen und eingeplant. Das kann sich auf den Erfolg der Ausbildung auswirken (ver.di, 2015) und zu Ausbildungsabbrüchen führen.

Bezogen sich auf den schulischen Bereich fanden sich 6 positive und 5 negative Aussagen. In davon 10 Aussagen ging es um das Stattfinden eines Testates, also eine Leistungsüberprüfung in der Praxis durch eine Lehrperson der Schule. Die positiven Einträge schilderten gute Erfahrungen bei der Vorbereitung des Testates oder die Freude über eine gelungene Überprüfung, die negativen Einträge dagegen die Angst vor dem Testat oder eine Leistung, die nicht den Erwartungen entsprach. Das macht deutlich, welchen großen Einfluss die Praxisanleitenden und die tatsächliche Praxisanleitung auf Erfolg oder Misserfolg und damit das Wohlbefinden der Auszubildenden haben können, aber auch, dass von schulischer Seite her eine optimalere Vorbereitung stattfinden sollte, um Ängste und Sorgen bezüglich der Testate schon im Vorhinein abzubauen.

Erfassung der Emotionsregulationsstrategien (Frage 3):

In einem Großteil der Tagebucheinträge (110 Textstellen) wurden antezedenzfokussierte Emotionsregulationsstrategien, die vor Entfaltung der Emotion zum Einsatz kommt, angewandt. Lediglich bei 3 Teilnehmenden fanden sich in diesen Kategorien keine Einträge. Im Gegensatz dazu wurden in 50 Einträgen von 15 Auszubildenden reaktionsbasierte Strategien beschrieben, die erst spät im Regulationsprozess einsetzen. Das zeigt, dass viele Lernende in der Lage sind, sich mit ihren Emotionen auseinanderzusetzen und

zum Teil hilfreiche Methoden anzuwenden.

Allerdings sollten alle Vorgehensweisen kritisch betrachtet werden. Im Bereich der antezedenzfokussierten Strategien wurden in den Kategorien der Situationsveränderung von 10 Lernenden, also mehr als der Hälfte, das Essen bzw. Trinken vor allem von Kaffee, angegeben. Das könnte natürlich längerfristig zu gesundheitlichen Problemen führen. Dieser Aspekt sollte nicht außer Acht gelassen werden und könnte thematisch in einer curricularen Einheit zur eigenen Gesunderhaltung aufgegriffen werden.

Weitere Strategien wie Ruhe oder Aktivität suchen, Genießen und Wahrnehmen und Gespräche über die Situation führen, können dagegen als positive Methoden bewertet werden. Wichtig war in der Literatur und dieser Forschungsarbeit die Erkenntnis, dass sich Emotionsregulationsstrategien nicht nur auf sogenannte negative Emotionen beziehen, sondern dass es auch wichtig ist, mit positiven Emotionen umgehen zu können. So gehörte bei der Strategie der Reaktionsveränderung auch dazu, dass die Auszubildenden ihre Freude über gelungene Tätigkeiten oder Lob ausdrückten und mit anderen teilten. Dieses Verhalten wurde bei 12 Lernenden identifiziert und kann als positive Strategie bewertet werden. So können durch gezeigte Freude die eigenen Emotionen verstärkt werden (Quoidbach et al., 2015).

Erfassung der Selbstfürsorgestrategien (Frage 4):

In der vorliegenden Studie wurde gezeigt, dass die vier Grundbedürfnisse nach Grawe (Borg-Laufs,

2012) von den Teilnehmenden sehr ungleichmäßig verteilt befriedigt wurden.

So war mit 147 Nennungen der Bereich „Streben nach lustvollen Erfahrungen/Vermeiden von negativen Emotionen“ eindeutig am Stärksten vertreten. Dabei wurden Tätigkeiten wie Essen und Trinken, Naturerlebnisse, Entspannung, Körperpflege oder sportliche Betätigung sehr häufig genannt. Das zeigt, dass ein Großteil der Auszubildenden auf die körperlichen Bedürfnisse achtet und danach strebt, dem eigenen Körper Gutes zu tun.

Der Bereich „Bindung“ war mit 23 Nennungen deutlich weniger vertreten. Davon wurde 18 Mal angegeben, dass Gespräche und Treffen zur Selbstfürsorge beitragen. Diese geringe Zahl kann natürlich der Corona-Pandemie geschuldet sein, da es zum Zeitpunkt der Erhebung strikte Kontaktbeschränkungen gab.

Weitere geringe Nennungen (11 Einträge) gab es bei dem Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle. Dieses kann durch möglichst viele Handlungsspielräume und Handlungsalternativen befriedigt werden. Das könnten verschiedene Ursachen haben. So wurden auch hier den Auszubildenden im Rahmen der Verordnungen bezüglich der Corona-Pandemie viele Möglichkeiten genommen, selbst über die Varianten der Erfüllung ihrer Grundbedürfnisse zu entscheiden.

Außerdem erfahren viele Lernende durch Normen und Regeln in den Ausbildungsbetrieben, dass sie nur wenig Handlungsspielräume und –alternativen haben. Das könnte sich auch auf den priva-

ten Bereich und den Bereich der Selbstfürsorge auswirken.

Das Grundbedürfnis des Selbstwertschutzes/der Selbstwerterhöhung wurde lediglich in 4 Tagebucheinträgen genannt. Die Erkenntnis, dass Pflegekräfte oft wenig auf ihren Selbstwert und Selbstschutz achten, deckt sich mit einer Querschnittsstudie aus dem Jahr 2012. Sie zeigte, dass sich nur 30% der Pflegekräfte sich als selbstwirksam erleben (Scharer, 2015).

Bedenklich war, dass es im erhobenen Zeitraum 18 Einträge von 5 Lernenden gab, in denen stand, dass an diesem Tag nichts für die Selbstfürsorge getan wurde. In der ver.di-Studie wird diese Problematik ähnlich beschrieben. In dieser äußerten 22,1 % der Teilnehmenden, dass sie häufig und 4,5 % dass sie immer Probleme haben, sich nach der Ausbildung in der Freizeit zu erholen. Laut ver.di ist die Tendenz zunehmend (ver.di, 2015).

### Kritik

Die vorliegende Arbeit wurde ausschließlich am Gemeinnützigen Schulungszentrum für Sozialwesen in Auerbach mit 18 Lernenden durchgeführt. Um eine größere und allgemein gültigere Aussagekraft zu erlangen, müssten entsprechende Erhebungen auch in anderen Einrichtungen gemacht werden.

Eine Verzerrung könnte dadurch entstanden sein, dass die Anzahl der Tagebucheinträge, die von den Auszubildenden jeweils abgegeben wurden, unterschiedlich war.

Zu beachten ist weiterhin, dass der Vergleich der hier vorliegenden Zahlen mit den Zahlen aus

der ver.di-Studie durch die Stichprobengröße und das vorliegende Datenmaterial verzerrt werden könnte.

Ein weiterer Kritikpunkt betrifft die Auswertung der Tagebucheinträge. Da die Aussagen in schriftlicher anonymer Form vorlagen und teilweise kurzgefasst waren, war kein Nachfragen bei den Verfassenden möglich. So könnte es zu Fehlinterpretationen gekommen sein.

### Implikationen für das Forschungsgebiet und die praktische Anwendung

Viele in der Studie identifizierte Faktoren sind eng mit den Praxisbetrieben der Auszubildenden verknüpft. Jedoch müssen auch die Schulen ihre Verantwortung wahrnehmen und den Lernenden Kenntnisse und Grundlagen in Bezug auf Emotionen und Selbstfürsorge vermitteln und diese dann auch trainieren. In der curricularen Einheit 03 „Erste Pflegeerfahrungen reflektieren – verständnisorientiert kommunizieren“ könnten z. B. die Auszubildenden lernen, gut mit den eigenen Gefühlen und sich selbst umzugehen. Das wäre in einem schulintern entwickelten curricularen Konzept möglich.

Doch auch bereits in der ersten curricularen Einheit 01 „Pflegefachfrau/Pflegefachmann werden“, vor dem ersten Praktikumseinsatz, sollten die Auszubildenden auf mögliche zu empfindende Emotionen vorbereitet und Strategien zu Emotionsbewältigung und zur Selbstfürsorge aufgezeigt werden. Wichtig ist außerdem, als Lehrperson ein offenes Ohr für die angehenden Pflegefachfrauen/Pflegefachmänner zu haben, sie mit ihren Fragen und Problemen ernst zu nehmen und sie zu unterstützen.

So kann dazu beigetragen werden, dass die Auszubildenden den angestrebten Abschluss erlangen und später psychisch und physisch gesund in ihrem Beruf arbeiten.

### Literaturverzeichnis

Benfer-Breisacher, A. (2018). „Resilienz in der Pflege“ – von Anfang an! *PADUA*, 13(3), 195–202. <https://doi.org/10.1024/1861-6186/a000438>

Berking, M. (2017). *Training emotionaler Kompetenzen (4. Aufl.)*. Psychotherapie: Praxis. Springer.

Borg-Laufs, M. (2012). Die Befriedigung psychischer Grundbedürfnisse als Weg und Ziel der Kinder- und Jugendpsychotherapie. *Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie*, 1(1), 6–21. pdf

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. (2020). *Arbeitsbedingungen in der Alten- und Krankenpflege - Höhere Anforderungen, mehr gesundheitliche Beschwerden*. doi.org/10.21934/baua:fakten20200108

Doppelfeld, S. (2016). Das ABC der Selbstfürsorge für Lehrende und Lernende in den Pflegeberufen. *PADUA*, 11(3), 197–202. <https://doi.org/10.1024/1861-6186/a000316>

Eisele, C. (2019). *Gefühlsarbeit in der Ausbildung: Vorbereitung auf den pflegerischen Alltag*. *Pflege Professionell*, 2019(27), S. 5–10.

In-Albon, T. (2013). *Emotionsregulation und psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter: Grundlagen, Forschung und Behandlungsansätze*. Kohlhammer.

Janke, S. & Glöckner-Rist, A. (2014). *Deutsche Version der Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)*. <https://doi.org/10.6102/zis146>

Kuckartz, U. (2012). *Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. Beltz Juventa.

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

Quoidbach, J., Mikolajczak, M. & Gross, J. J. (2015). Positive interventions: An emotion regulation perspective. *Psychological bulletin*, 141(3), 655–693. <https://doi.org/10.1037/a0038648>

Lehrplan Berufsfachschule Pflegefachfrau/Pflegefachmann (2020).

Scharrer, C. (2015). Optimismus ist zu wenig. *PADUA*, 10(2), 125–131. <https://doi.org/10.1024/1861-6186/a000245>

Stähli, A. (2004). *Umgang mit Emotionen in der Palliativpflege: Ein Leitfaden (1. Aufl.)*. Pflege, Wissen und Praxis. Kohlhammer.

Strauß, R., Tisch, A., Vieten, L. & Wehrmann, J. (2021). Hohe Anforderungen, wenig Ressourcen: Arbeitszeiten in der Alten- und Krankenpflege. <https://www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Fakten/Arbeitszeiten-doi.org/10.21934/baua:-fakten20210119>

ver.di. (2015). *Ausbildungsreport Pflegeberufe 2015*. Berlin. [https://gesundheit-soziales.verdi.de/++file++586e63e0f1b4cd1221c4bdd0/download/Ausbildungsreport\\_2015.pdf](https://gesundheit-soziales.verdi.de/++file++586e63e0f1b4cd1221c4bdd0/download/Ausbildungsreport_2015.pdf)

Vogler, C. e. a. (2021, 28. Januar). *Der Stellenwert der Profession Pflege*. Springer. *Kongress Pflege 2021 - Der Start ins neue Pflegejahr*. [https://www.gesundheitskongresse.de/berlin/2021/programm/kurse/01\\_eroeffnung.php](https://www.gesundheitskongresse.de/berlin/2021/programm/kurse/01_eroeffnung.php).

Eingereicht: 10.01.2023  
Genehmigt: 11.03.2023

doi: 10.52205/llig/105

**Yvonne Reuß BScN M.A.**  
Koordinatorin QM/Fort- und  
Weiterbildung Schön Klinik Bad  
Staffelstein



**Prof. Dr. phil. habil. Rudolf  
Schmitt**  
Professur an der Fakultät  
Sozialwissenschaften der  
Hochschule Zittau/Görlitz



## Metaphorische Konzepte von Pfleger:innen gegenüber älteren Patient:innen im Krankenhaus

### Ein qualitativer Forschungsbericht

#### Zusammenfassung:

Altersbilder haben großen Einfluss auf die Haltung gegenüber älteren Patient:innen sowie deren Versorgung. Um unbewusste Deutungsmuster aufzudecken, wurde im Rahmen einer Masterthesis untersucht, welche metaphorischen Konzepte Pfleger:innen im Krankenhaus gegenüber entwickeln. Dazu wurden fünf leitfadengestützte Interviews geführt und mithilfe der Systematischen Metaphernanalyse qualitativ ausgewertet. Es konnten empirisch fundiert sieben metaphorische Konzepte identifiziert werden. Hierbei handelt es sich um die Metaphorik von Gewicht und Beschweris, der Wegemetaphorik, der Metaphorik der Arbeit und des Kampfes, der Metaphorik von Behälter und Substanz, der Metaphorik der Ökonomie, der Technikmetaphorik sowie der Metaphorik zur Personalisierung. Diese beziehen sich auf die Wahrnehmung der älteren Patient:innen selbst, auf die Beziehungsgestaltung mit ihnen sowie auf die Institution Krankenhaus. Die Bedeutung der Ergebnisse zeigt sich vor allem in der dadurch entstehenden Reflexivität individueller Deutungs- und Handlungsmuster gegenüber älteren Patient:innen. Eine pfledepädagogische Auseinandersetzung dies bzgl. kann zur Erweiterung kommunikativer Kompetenzen beitragen.

Images of age influence nurse's attitudes and caring for older patients. To discover unconscious interpretive pattern this master thesis study metaphoric concepts of age in nursing. Five guideline supported qualitative interviews were lead and analyse with systematic metaphor analysis. Findings are seven metaphor concepts in relation to concept of weight, path metaphor, concept of work and battle, container and substance metaphor, economic metaphor, technology metaphor and the concept of personification. They refer to perception of older patients, to the relationship design and to the hospital institution. The meaning of the results lies in developing reflexivity of own patterns of interpretation and action towards older patients. The altercation in nursing pedagogy settings helps to extend competence of communication.

Schlagworte: Altersbilder, Metaphern, Krankenpflege, Krankenhaus, qualitative Forschung  
Keywords: images of age, metaphor concepts, nursing, hospital, qualitative research

## Einleitung

Ältere Menschen stellen einen großen Anteil des Patient:innenklientels in deutschen Krankenhäusern dar (gbd, 2022). Die pflegerische Begleitung älterer Patient:innen im Krankenhaus unterscheidet sich laut Matolycz erheblich von jener anderer Altersgruppen und verlangt „besondere Kompetenzen“ (2016a, S. 98) von Pflegenden. Diese dürfen sich jedoch nicht nur auf Kenntnisse zur komplexen medizinischen Situation Älterer beziehen, sondern erfordern auch das Wissen um ihre Lebenslagen, Kompensationsstrategien und individuellen Behandlungsziele, denn der kranke ältere Mensch zeigt sich nach Walter, Flick, Neuber, Fischer & Schwartz ambivalent. Einerseits wird er in krankheits- und/oder altersbedingten Funktionseinschränkungen seiner Lebensführung und Lebensqualität erlebt. Andererseits reagiert er auf die sich ändernde körperliche Verfassung und sich verschiebenden Leistungsgrenzen zwar mit Adaption innerhalb alltäglicher Aktivitäten und Lebensroutinen, jedoch nicht immer zwingend mit einem Krankheitserleben (2006, S. 23-25). Annahmen zum Alter spielen innerhalb pflegerischen Handelns somit eine wesentliche Rolle. Sogenannte Altersbilder können die Förderung der Gesundheit älterer Patient:innen erschweren oder sogar zu Altersdiskriminierung innerhalb der Versorgung dieser führen (Lux, Patzelt & Schneider, 2012, S. 161). Kruse erklärt, dass Altersbilder in Form von stereotypen Haltungen und Erwartungen „[...] Einfluss auf die Ausgestaltung sozialer Institutionen und institutioneller Praktiken [nehmen]“ (2016, S. 120). Altersbilder wirken sich somit direkt auf die Struktur einer Institution, wie auch auf die darin gelebte Beziehungskultur aus. Das

zugrunde liegende Menschenbild beeinflusst das gelebte Pflegeverständnis (Matolycz, 2016b, S. 56). Das Kuratorium Deutsche Altershilfe (2005, S. 13) erklärt, dass neben fehlendem medizinischen und interdisziplinären Wissen auch defizitorientierte Altersbilder für Altersdiskriminierung im deutschen Gesundheitswesen verantwortlich sind. Grundsätzlich verweist Pelizäus-Hofmeister (2014, S. 13) darauf, dass Altersbilder keine gesellschaftliche Vielfalt von Alter(n) darstellen, sondern eher der Eindeutigkeit des Alter(n)s dienen. Damit verbunden sind Erwartungshaltungen, bspw. an Verhalten oder Einstellungen im Gegenüber, welche unbewusst in den Beziehungsprozess einfließen.

Altersbilder werden als Begrifflichkeit in der Fachliteratur sehr inhomogen interpretiert. Je nach Fachdisziplin finden sich entsprechende Stereotype. Saake (2006) spricht kritisch in Bezug auf die Beschäftigung mit Altersbildern innerhalb der Altersforschung von einem immer noch statischen Interesse, Alterungsprozesse mittels Altersbildern zu bewerten. (Im Gegensatz hierzu spricht bspw. die Jugendforschung von Jugendkulturen.) Es ist weder eine klare Zuordnung zur klassischen Vorurteilsforschung, noch ein differenzierter, soziokultureller Ansatz erkennbar. Saake konkretisiert: „Nicht die Generierung von konkreten Stereotypen [...], auch nicht die Auseinandersetzung von Lebensperspektiven [...] steht im Mittelpunkt. Stattdessen geht es vielmehr um eine diffuse Verortung der Altersproblematik zwischen diskriminierender Produktion von Seiten der Gesellschaft und eigenständiger Konstruktion des Einzelnen“ (2006, S. 142). Nach Backes, Clemens und Schroeter ist es

längst zu einem Verlust der Konturierung der Lebensphase Alter im sozio-kulturellen Kontext gekommen. Die Autoren postulieren dabei auch, dass Altersbilder auf der Gesellschaftsebene lediglich der Groborientierung dienen und ausdifferenzierte, neue Konstruktionen des Alter(n)s erforderlich sind (2001, S. 7-8). Schmitt, Schröder & Pfaller ergänzen die Kritik um den nicht dargestellten Aspekt, dass Zuschreibungen des Alter(n)s immer einem sozialen Kontext unterliegen und somit immer auch sozial konstruiert werden (2018, S. 132).

## Forschungsinteresse

Die Forderung nach ausdifferenzierten Konstruktionen zum Alter(n) initiierte das Forschungsinteresse. Bisherige qualitative Betrachtungen zu Altersbildern verorten sich in der Regel im stationären oder ambulanten Altenhilfebereich, so bspw. Weber, Erlemeier, Nassehi et al. (1997), Saake (2006), Dathe (2014) und Kada, Hedenik, Grieser et al. (2017). Walter, Flick, Neuber et al. (2006) untersuchten dagegen Altersbilder im Bereich der ambulanten Pflege allgemein. Im Sechsten Altenbericht (2010) werden Mediziner:innen und Pflegekräfte subsumiert und es erfolgt keine Differenzierung zwischen Kranken- und Altenpflege sowie stationärem oder ambulanten Setting. Eine Betrachtung von Altersbildern von Pflegekräften spezifisch für den Kontext Krankenhaus lag zum Zeitpunkt der Erstellung der Forschungsarbeit in der Literatur nicht vor.

Basierend auf dieser Forschungslücke wurde ein Erkenntnisinteresse im Kontext Krankenhaus postuliert, unter der Annahme, dass Vorstellungen zum Alter(n) auch

hier Einfluss nehmen auf Beziehungsangebote gegenüber älteren Patient:innen und der zugesprochenen Teilhabe am Versorgungsprozess. Individuelle Annahmen zum Alter(n) bei Pflegenden im Krankenhaus müssen als Einflussgröße auf Versorgungsroutinen wahrgenommen und daher näher betrachtet werden.

Ausgehend von der dargestellten Inhomogenität, was Altersbilder konkret sind, wurde für die vorliegende Untersuchung eine sozialkonstruktivistische Perspektive eingenommen und die interessierenden Altersbilder als Konstruktionen von Pflegekräften innerhalb des Systems Krankenhaus fokussiert. Im sozialen Konstruktivismus wird davon ausgegangen, dass Wissensgenerierung immer in Verbindung mit Gesellschaft und sozialen Interaktionen entsteht. Konstruktionen der Wirklichkeit existieren demnach immer auch vor bzw. in einem kulturellen Kontext (Reich, 2001, S. 366). Es bedarf somit der Betrachtung systemabhängiger sowie berufsspezifischer Konstruktionen über das Alter(n). Innerhalb dieser Forschungsarbeit wurde sich daher das Ziel gesetzt, existierende Konstruktionen im beschriebenen Kontext aufzudecken und damit zum Lückenschluss in Bezug auf die Konstruktionen zum Alter(n) bei Pflegekräften im Krankenhaus beizutragen. Dafür wurde folgende Hauptforschungsfrage zugrunde gelegt: Welche Konstruktionen zum Alter(n) entwickeln erfahrene Pflegenden der Krankenpflege in Krankenhäusern gegenüber älteren Patient:innen im vollstationären Alltag?

### Methodik

Zur Bearbeitung dieser Forschungsfrage wurde ein qualitatives Forschungsdesign gewählt, da

das Forschungsinteresse auf individuelles Wissen in Form sozialer Konstruktionen sowie subjektiver Deutungsmuster abzielte. Hierbei wurden durch die spezifische Analyse subjektiver Deutungsmuster und subjektiven Erlebens lokale Wissensbestände aufgedeckt, die einer fortschreitenden Diversifikation von Lebenswelten geschuldet sind (Flick, 2014, S. 23).

Die Datenerhebung erfolgte mittels episodischem Interview nach Flick (2011, S. 273 ff). Angestrebt wurde dabei die Rekonstruktion der Wirklichkeit der Pflegenden über das Erinnern an und die Schilderung von konkreten Pflegesituationen mit älteren Patient:innen sowie der Beschreibung und Deutung von Begrifflichkeiten zum Alter(n) über diese. Es wurde ein teilstrukturierter Interviewleitfaden benutzt. Dieser basierte auf der sozialkonstruktivistischen Annahme, dass zur Erforschung kognitiver Repräsentationen über das Alter(n) situative Dimensionen integriert werden sollten, da situative Faktoren Interaktionsbeziehungen und Systemeffekte moderieren. Erfahrungen werden im Alltag erworben, welcher in bestimmten Situationskonstellationen entsteht (Weber, Erlemeier, Nassehi et al, 1997, S. 72-74). In der Betrachtung des Krankenhauses als soziales System, lassen sich einzelne Objekte (hier der alte Mensch) nicht isoliert beleuchten, sondern müssen in den tatsächlichen Zusammenhängen gesehen und innerhalb dieser in Beziehung gesetzt werden (Simon, 2015, S. 12). Neben einer Vielzahl von personellen und materiellen Elementen, zeichnet sich ein Krankenhaus vor allem durch seine Wechselbeziehungen zwischen Abteilungen, Fachbereichen und Behandlungsorten aus. Diese Komplexität sollte sich im Inter-

viewleitfaden abbilden, um möglichst eine breite Perspektive der Konstruktionen gegenüber älteren Patient:innen zu erreichen. Dazu wurden Erzählaufforderungen zu drei interessierenden Aspekten formuliert: 1. Der ältere Mensch als Patient:in; 2. Die Pflege – alte:r Patient:in – Beziehung; 3. Das Krankenhaus mit seinen Systemfaktoren.

Der Auswertung der Interviews liegt die Annahme von Johnson (2005) zugrunde, dass sich Wahrnehmungen und abstraktes Denken nicht trennen lassen, wenn man kognitivem Verstehen und Wissen auf den Grund gehen möchte. Das bedeutet, dass Wahrnehmungen und daraus resultierende Erfahrungen auf abstrakter Ebene zu Konzepten führen. Johnson spricht hier von „image schemas“ (2005, S. 16), die als wiederkehrende Muster helfen, Erfahrungen wahrzunehmen, zu verarbeiten, daraus hilfreiche Konzepte zu entwickeln und in abstraktes Denken überzuleiten (2005, S. 16). Ausgedrückt werden diese unbewussten image schemas mithilfe von „conceptual metaphors“ (2005, S. 24). Vereinfacht bedeutet dies, dass sich durch gemachte Erfahrungen Bilder im Denken verankern, die als metaphorische Konzepte abrufbar werden. Diese helfen dann auch außerhalb der ursprünglichen Erfahrung, sich die Welt zu erklären. Verwenden wir bspw. den Ausdruck „sind gut eingestellt“, koppeln wir unser Erfahrungswissen mit „gut einstellen“ (als Technikmetapher) mit jenem im Gegenüber und erzeugen dadurch eine sich annähernde Vorstellung von der Wirksamkeit einer Medikamentendosis. Durch den gemeinsamen Erfahrungshorizont bzgl. „gut einstellen“ wirkt diese Metapher eindrücklicher und aussagekräftiger als mit der Beschrei-

bung von bspw. „gute Wirkung“, da es den Prozess der Findung einer adäquaten Medikamentendosis besser vermittelt.

Dem folgend rückt in der modernen kognitiven Metaphernforschung die Alltagsmetaphorik in den Mittelpunkt. Schmitt (2017, S. 11) beschreibt aus sozialwissenschaftlicher Perspektive, dass Metaphern die Reduktion komplexer Lebenswelten auf einfachere, der Orientierung dienlichere Modelle ermöglichen. Die systematische Analyse dieser verwendeten Reduzierungen in Form von Metaphern wiederum erlaubt, jene Komplexität der Lebenswelt zu rekonstruieren. Metaphern bilden somit kognitive Modelle ab, in welchen, basierend auf Erfahrung, gehandelt, reflektiert und interagiert wird. Innerhalb von komplexen oder abstrakten Erfahrungsräumen entsteht Struktur. Alltägliche Metaphern werden so zu konzeptionellen Metaphern und ermöglichen den Blick in die subjektive Sichtweise des Individuums (Schmitt, 1997, S. 60). Nach Lakoff und Johnson (2018) ist „unser alltägliches Konzeptsystem, nach dem wir sowohl denken als auch handeln, [...] im Kern und grundsätzlich metaphorisch“ (S. 11). Weiter erklärt auch Junge (2010, S. 267-268), dass der Erkenntnis metaphorisches Denken, Sprechen und Beschreiben zugrunde liegt. Denken baut dabei auf eine netzartige Struktur aufeinander verweisender Bedeutungen auf. Dies ermöglicht unter anderem Übertragungen von Bedeutungen eines Objektes auf ein anderes für dessen Verstehen. Erkenntnis ist somit auch dann noch möglich, wenn klare umrissene Definitionen fehlen oder nicht mehr möglich sind. Schmitt (2017, S. 89) verweist dabei auf die Möglichkeit, durch die systematische Analyse einer interessierenden

Metaphorik, Antworten auf Fragen zu finden, wie die Welt mithilfe von Mustern konstruiert wird. Diese empirische Systematik bietet die Systematische Metaphernanalyse nach Schmitt (Schmitt, Schröder & Pfaller, 2018, S. 61 ff).

### Stichprobe und Datengewinnung

Es wurden im Zeitraum 03/2019 bis 05/2019 insgesamt 5 episodische Interviews nach dem Grundsatz der maximalen Variation der Perspektive (Flick, 2014, S. 165) durchgeführt. Im Zeitraum der Datenerhebung konnte leider kein männlicher Proband rekrutiert werden, was als Einschränkung des Sampling-Grundsatzes anzumerken ist. Die Altersspanne der Probandinnen bewegte sich zwischen 36 und 49 Jahren. Der Ausbildungsstand umfasste den Krankenpflegehilfestatus, die dreijährige Ausbildung mit und ohne zweijähriger Fachweiterbildung sowie Bachelor- und Masterabschluss. Die Berufserfahrung variierte von 12 bis 30 Berufsjahren. Die Fachbereiche der Probandinnen verteilten sich auf Neurologie, Onkologie, Internistische Medizin und Chirurgie. Zwei Befragte waren auf Allgemeinstationen tätig, zwei Befragte in der Intensivpflege und eine Interviewpartnerin arbeitete in der Notaufnahme. Die Probandinnen entstammten insgesamt aus drei verschiedenen Krankenhäusern und waren zum Erhebungszeitpunkt in der direkten Krankenpflege tätig. Die Interviewdauer belief sich auf durchschnittlich 57 Minuten. In Bezug auf die Stichprobenauswahl, wie auch auf den gesamten Forschungsprozess flossen sowohl der Ethikkodex der Deutschen Gesellschaft für Soziologie (2017), als auch der Ethikkodex der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft (2016) ein. Die Probandinnen

wurden in Bezug auf ihre Auswahl, ihre Rekrutierung und ihre Zustimmungsfähigkeit als nicht vulnerabel eingeschätzt. Es wurden keine ethischen Risiken für sie identifiziert. Es wurde bei jeder Interviewpartnerin eine schriftliche Einverständniserklärung eingeholt und eine Datenschutzerklärung vereinbart.

Die Interviews wurden durch die Autorin transkribiert und pseudonymisiert. Der Auswertungsprozess mittels Systematischer Metaphernanalyse (Schmitt, Schröder & Pfaller, 2018, S. 61, 69 ff) erfolgte zirkulär. Basierend auf dem Erkenntnisinteresse wurden Zielbereiche formuliert, wobei Zielbereiche hier für die interessierten Aspekte der formulierten Erzählaufforderungen stehen, für die metaphorische Konstruktionen gesucht wurden. Die zu jedem Zielbereich mittels Wort-für-Wort Analyse gefundenen Metaphern wurden dann entsprechend ihres Quellbereichs geordnet. Als Quellbereiche werden hier die Bedeutungsursprünge, die Bildquellen verstanden, welche in die alltagssprachliche Verwendung übertragen wurden. Die gefundenen Metaphern mit jeweils gleichem Quell- und Zielbereich wurden dann anschließend in metaphorischen Konzepten zusammengeführt. Als metaphorisches Konzept wird dabei die Bündelung von metaphorischen Redewendungen verstanden, welche mit ein und demselben Quellbereich die kognitive Orientierung auf einen entsprechenden Zielbereich repräsentieren. Diese Arbeitsschritte wiederholten sich mehrfach. Abb. 1 stellt diesen Prozess beispielhaft für einen Zielbereich dar. Zusätzlich wurde entsprechend der Methode der Systematischen Metaphernanalyse nach Schmitt (Schmitt, Schröder & Pfaller, 2018,

## Ausbildungsbücher

Bücher für Personen, die sich in Ausbildung zu einem Gesundheitsberuf befinden. Juristisches Basiswissen für den Berufseinstieg.



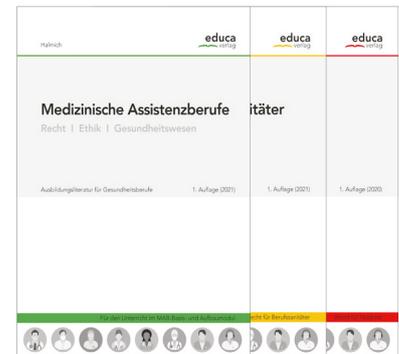
**DGKP**



**PFA**



**PA**



**weitere Berufe ...**

## Praxisbücher

Bücher für Gesundheitspersonal, Führungskräfte, Lehrende und Interessierte am Gesundheitswesen.



**Erwachsenenschutz**



**Patientenverfügung**



**Recht in Palliative Care**



**Ass. Suizid / Sterbehilfe**



### Juristische Seminare / Fortbildungen (auch online)

Der Autor dieser Bücher, Dr. Michael Halmich LL.M., bietet auch juristische Fortbildungen und Seminare in Ihrer Institution an. Die Themenpalette erstreckt sich über das gesamte Gesundheitsrecht mit Schwerpunktsetzung u.a. im Recht in der Pflege.

[forum@gesundheitsrecht.at](mailto:forum@gesundheitsrecht.at)  
[www.gesundheitsrecht.at](http://www.gesundheitsrecht.at)



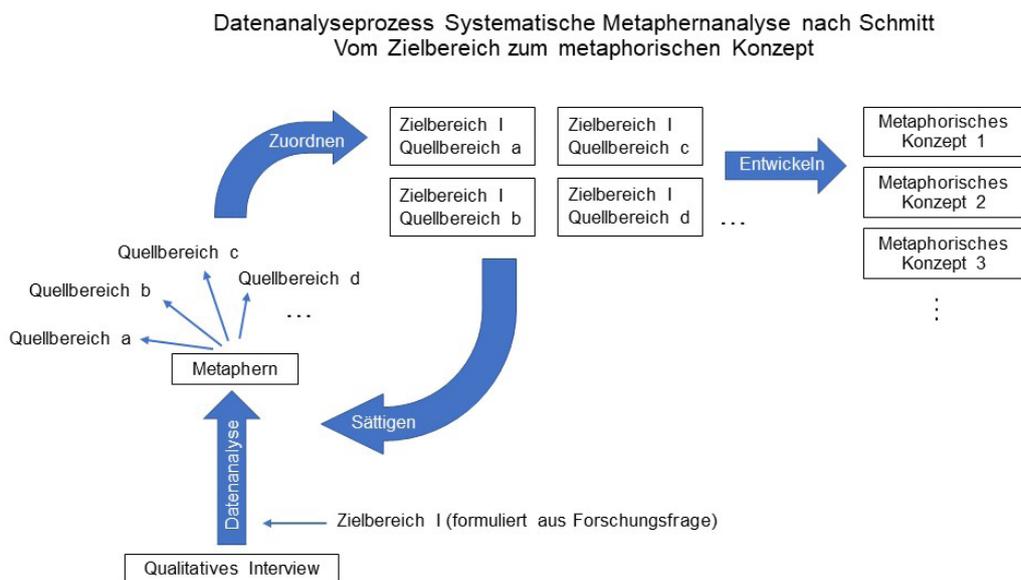


Abb. 1 Vom Zielbereich zum metaphorischen Konzept (eigene Darstellung)

S. 62-65) ein kontrastierender Hintergrund erstellt. Dieser dient der gefundenen Metaphorik im Text als Vergleichshorizont und lässt erkennen (und im Anschluss interpretieren), ob im untersuchten Material metaphorische Konzepte bspw. fehlen. Zusätzlich wurde auch die eigene Metaphorik der Autorin beleuchtet. Da auch Forschende selbst mittels (unbewussten) Metaphern kommunizieren, ist diese Analyse der eigenen Standortgebundenheit wichtig, um die eigene Reflexivität zu erhöhen und blinde Flecken zu identifizieren (ebenda).

### Ergebnisse

Im Folgenden werden nun die Konstruktionen der Pflegenden gegenüber älteren Patient:innen als metaphorische Konzepte dargestellt. Dem Umfang dieser Veröffentlichung geschuldet, werden nur die prägnantesten metaphorischen Konzepte aufgeführt und diese sparsam mit Zitaten illustriert. Die als Metaphern identifizierten Begriffe werden mit Anföh-

rungszeichen kenntlich gemacht. Abb. 2 zeigt eine grafische Übersicht der Ergebnisse.

### Kranksein im Krankenhaus bedeutet für ältere Menschen eine schwere Last tragen zu müssen – Die Metaphorik von Gewicht und Beschweris

Hat etwas Bedeutung oder will man den Grad der Bedeutung beschreiben, wird nicht selten im metaphorischen Sinn gewichtet, d.h. man drückt mithilfe des Bildes von bspw. leicht und schwer diejenige Abstufung aus, die man betonen möchte (Schmitt, 1997, S. 66). Wie bereits am Beispiel einstellen ausgeführt, hinterlässt der Rückgriff auf die physische Erfahrung von Gewicht nachvollziehbarer und eindrucksvoller im kollektiven Verständnis, was ausgedrückt werden soll. Auch im Sprachgebrauch der befragten Pflegenden finden sich Gewichtsmetaphern, mithilfe derer immer wiederkehrend ältere Patient:innen beschrieben werden. Diese beziehen sich dabei eben nicht auf deren tatsächliche

Körpermasse, sondern sind auf die Charakterisierung ihrer Situationen gerichtet. Es wird berichtet, dass sie „schwere COPD“, „schwere Demenz“ haben oder „schwerste Depressionen“. Da man Erkrankungen nicht (ab)wiegen kann, dienen diese Attribute einer für alle physisch nachspürbaren Verdeutlichung, wie die Betroffenheit der älteren Patient:innen einzuschätzen ist. Als älterer Mensch im Krankenhaus krank zu sein bedeutet scheinbar, die Erkrankung als Gewicht zu spüren, in Anbetracht der Schwere davon auch ge- oder erdrückt zu werden. Die Pflegenden beschreiben hier bspw. „was er ertragen muss“ oder sprechen vom „Ballast runter werfen“. In der Schilderung von Angeboten und Hilfen gegenüber älteren Patient:innen bleiben die Gewichtsmetaphern erhalten und es wird beschrieben, dass „der Gesichtsausdruck viel entspannter, fast erleichtert“ war oder „es ihnen leichter fällt“. Pflegerische Interventionen dienen scheinbar der Reduktion dieser fühlbar

schweren Last. Die Metaphorik von Gewicht und Beschweris betont hier das wahrgenommene Ausmaß der Erkrankungen auf körperlicher Ebene und erzeugt in uns Bilder einer schwer zu tragenden Krankheit, auf mehr oder weniger gealterten Schultern.

### **Kranksein im Krankenhaus bedeutet für ältere Menschen auf einem Weg zu sein – Die Wegemetaphorik**

Für ältere Patient:innen wirkt ein Krankenhaus meist ortsfixierend und bindet die Erkrankten an eine Station, ein Zimmer oder manche sogar an ein Bett. Ortsveränderungen entstehen begründet, z.B. durch Diagnostik- oder OP-Fahrten. In der Regel scheint alles zu den Patient:innen zu kommen, das Essen, das Personal, die Therapie, der Besuch. Umso interessanter erscheint die Tatsache, dass Wegemetaphern sich als sehr dominant gezeigt haben. In ihrem Kranksein werden ältere Patient:innen eindeutig auf einem Weg seiend empfunden. So „gehen sie in die Erkrankung“, „wissen, was auf sie zukommt“, „kommen zur Ruhe“ oder sind „immer auf dem Sprung“. Ihre Erkrankung folgt einem „Krankheitsverlauf“ oder man lässt die Behandlung „jetzt mal so laufen“. Die Bestrebungen älterer Patient:innen im Rahmen ihrer Krankheitsbewältigung werden ebenfalls durch Wegemetaphern ausgedrückt. So müssen sie „zurechtkommen“, „mit Krisen und Schwierigkeiten umgehen können“ oder „auf den Kompromiss eingehen wollen“. Durch Informationen wissen sie „wie es weitergeht“ oder wie sie „mit ihren Erkrankungen auch besser umgehen können“. Gelingt der Behandlungsprozess „sehen sie, dass es auch vorwärts geht“. Es zeigen sich also verschiedenste Formen der Bewegung, die in Wirklichkeit

nicht stattfinden, aber in der Auseinandersetzung mit dem Kranksein ihre Artikulation finden. Die komplexe Situation, als alter Mensch im Krankenhaus sein zu müssen, bringt in der Wahrnehmung der Pflegenden Deutungsmuster hervor, die ein Gehen durch die Krankheit oder hin zur Genesung verbildlichen. Sich selbst sehen die Pflegenden dabei als Wegbegleiter:innen. Sie deuten Interaktionen als Weg, auf dem man gemeinsam unterwegs zu sein scheint. Bspw. „kommt man dann ins Gespräch“, muss „auf den Patienten zugehen“ oder ihn manchmal auch „mit Humor abholen“. Es wird „auf die Problematik eingegangen“, „von anderen Gegebenheiten ausgegangen“ oder erklärt „das ist meine Professionalität, damit so auch umzugehen“. Man versucht „da einen guten Mittelweg zu finden“ und erkennt, dass man „nicht nach einem bestimmten Schema gehen kann“. Richtungswechsel gehören auf diesem gemeinsamen Weg dazu, wenn z.B. Patient:innen „in die Ich-Form umschwenken und von sich erzählen“, „wenn sie von dieser Routine abkommen“ oder die Pflegenden sich zur Problemlösung „dem Patienten so zugewendet“ haben. Der Weg scheint allgegenwärtig im Sprachgebrauch und lässt die kognitive Auseinandersetzung, die mentale Bewegung sozusagen, plastisch werden. Der prozessuale Charakter eines Krankenhausaufenthaltes wird von den Pflegenden somit als abzuschreitender Weg für die älteren Patient:innen sinnlich erfahrbar übersetzt.

### **Kranksein im Krankenhaus bedeutet für ältere Menschen hart arbeiten zu müssen – Die Metaphorik der Arbeit und des Kampfes**

Ähnlich wie die Wegemetaphern, zeigt sich die Verwendung von Me-

taphern zum Konzept der Arbeit mit großer Selbstverständlichkeit im Datenmaterial. Erschwerend ist, dass diese Selbstverständlichkeit durch den Umstand verstärkt wird, dass Sprache hier auch inhaltlich berufliches Arbeiten, berufliches Tun wiedergibt. Inhaltsanalytisch lässt sich die Arbeit problemlos in handwerklich-technische, organisatorische, koordinierende, pädagogische u.a. Aspekten verorten. Die metaphorische Betrachtung ermöglicht jedoch einen zusätzlichen Einblick in die Deutungsmuster von Arbeit. Was wird als Arbeit empfunden, was im wörtlichen Sinn eigentlich keine Arbeit ist? Und arbeiten nur die Berufstätigen im Krankenhaus oder auch die älteren Patient:innen? Beide Fragen lassen sich mit Blick auf die Krankheitsbewältigung beantworten. So wird von den Pflegenden gegenüber den älteren Patient:innen wahrgenommen „was ihnen guttut“ oder festgestellt „die hat nichts gemacht“. Manche haben es „tatsächlich aus dem Krankenhaus wieder herausgeschafft“ und für viele ist es wichtig „selber machen zu können“. Es wird von „Krankheitsverarbeitung“ und vom „Mitarbeiten“ gesprochen. Die Pflegenden empfinden somit den Beitrag von älteren Patient:innen als abzuleistende Arbeit, mit welcher wir Disziplin, Motivation, Fleiß, Konzentration u. a. Zuschreibungen verbinden. Der Aufenthalt im Krankenhaus dient demnach nicht dem Nichtstun oder der Erholung. Eher Gegenteilig kann sogar eine Steigerung dieser Arbeitsmetaphorik durch gefundene Kampfmetaphern in Bezug auf das Krank sein identifiziert werden. So haben die Patient:innen sich „durch die Infekte gekämpft“ oder „sind ausgeliefert“. Sie „gewinnen“ oder „verlieren“ und manchmal „wird es gefährlich“. Es kommt vor, dass „beim

alten Menschen die Medizin eher mal klein beigt“ und bei anderen weiß man „der hat aufgegeben“. Auch in der Beschreibung des Beziehungsprozesses mit den älteren Patient:innen werden viele Arbeitsmetaphern verwendet. So geht es um „Beziehungsaufbau“, „Biographiearbeit“ oder „Dienstleistungen“. Die Patient:innen „fangen an, mitzuarbeiten“ oder „haben etwas zusammen gemacht“. Maßnahmen werden „in der Pflege mit eingebaut“, „ganz schnell abgearbeitet“ oder man „schafft Ruhe“. Auch wenn die hier zugrunde liegende Metaphorik schwierig nachzuvollziehen ist, bleibt doch die Frage, warum bspw. die älteren Patient:innen in der Sprache der Pflegenden an pflegerischen Maßnahmen nicht teilnehmen, mitwirken oder sich einbringen? Es hat einen Grund, warum übergeordnet Aspekte wie Mitwirkung oder Teilhabe der Patient:innen im metaphorischen Denken der Pflegenden der Arbeit zugeordnet werden. Der Wiedererkennungswert des Beitrages der älteren Patient:innen zu ihrem Genesungsprozess gleicht wohl mehr der Erfahrung der Pflegenden von harter Arbeit, denn jener von Erholung und Regeneration. Zusätzlich tangiert die Arbeitsmetaphorik den Wunsch nach Erfolg. Für ihre eigenen Interventionen beschreiben die Pflegenden bspw. „da stellt sich viel schneller Erfolg ein“, „durch die Arbeit mit ihm geht es ihm jetzt besser“. Gleichzeitig wird jedoch auch das Ausbleiben von Erfolg dieser Arbeit wahrgenommen, indem Patient:innen „das nicht alleine mehr schaffen können“ oder „gar nicht mehr leisten können“. Zusätzlich zeigen sich in der Deutung der eigenen Arbeit bei den Pflegenden ebenso Kampfmetaphern. So wird berichtet „wenn ich mich zurückziehe“ oder wenn man „den Patient in die-

se Situation zwingt“. Patient:innen werden mit Medikamenten „kurz abgeschossen“ und es werden „Verbündete“ und „Ablenkungsmanöver“ benötigt. Der Krankheits- und/oder Genesungsprozess der älteren Patient:innen wird somit von den Pflegenden, sowohl für die Patient:innen, als auch für sich selbst, als abzuarbeitende Aufgabe empfunden, die sich bis zu einem Kampf steigern kann. Im Krankenhaus zu sein genügt nicht. Die gefundene Metaphorik lässt die Interpretation zu, dass sich der Krankenhausaufenthalt automatisch an harte Arbeit zu koppeln scheint. Nichts entsteht von allein, nichts ergibt sich von selbst. Egal ob Beziehungsprozess oder Interventionen, alles scheint von beiden Seiten verbildlicht erarbeitet werden zu müssen mit dem pflegerischen Ziel, erfolgreich zu sein, notfalls auch mit Kampf.

### Im Krankenhaus werden ältere Menschen zu Gefäßen, die befüllt werden müssen – Die Metaphorik von Behälter und Substanz

Werden Menschen als verschlossen beschrieben, herrscht der gemeinschaftliche Konsens, dass es sich hier wohl um eher stille Individuen handelt. Da sich ein Mensch jedoch nicht im Sinn von Schloss und Schlüssel ab- oder verschließen kann, liegt hier eine Metapher vor. In der kognitiven Metaphernforschung spricht man in diesem Fall von der Behältermetapher. Diese bedient sich am Bild, dass sich bspw. jemand in etwas befindet oder (nicht) aus etwas herauskommt. Behältermetaphern erlauben über diese Metaphorik eine Verortung im Raum und/oder von Raumgrenzen (Lakoff & Johnson, 2018, S. 39 ff). Auch im vorliegenden Material zeigen sich in der Beschreibung der älteren Patient:innen Behälter-

metaphern. Sie werden von den Pflegenden als in ihrer Erkrankung eingeschlossen empfunden. So sind die älteren Patient:innen „im Delir“, „in dem Stadium“ oder „in ihrer Krankheit“. Sie „kommen gar nicht raus“ aus ihrer Situation, sind „verschlossen“, „in ihren Empfindungen“ oder können sich „nicht mehr äußern“ und manchen muss man helfen, „dass es ihnen leichter fällt, herauszufinden“. Gelingt es nicht, wird von den Pflegenden wahrgenommen, dass es sich „dann staut in dem Patienten“. Krankheit definiert somit scheinbar in der Wahrnehmung der Pflegenden Raumgrenzen, welche die älteren Patient:innen einerseits einschränken und andererseits für Stauung sorgen. Sie werden metaphorisch zu Gefäßen. Die Behältermetaphern zeichnen hier ein Bild des Eingeschlossen sein älterer Patient:innen, welches zum Bedürfnis der Pflegenden führt, zu ihnen einzudringen. So gibt es Strategien der Pflegenden, die „einen viel besseren Zugang“ zu ihnen ermöglichen. Ziel ist es, die Patient:innen „offener“, „zugänglicher“ zu machen. Es wird versucht, den „Einstieg“ zu finden oder „ins Gespräch“ zu kommen. Der Zustand der Verschlossenheit der älteren Patient:innen scheint für die Pflegenden nicht akzeptabel zu sein. Ähnlich einer Nuß oder Muschel, die es zu knacken gilt, bedarf es für die Pflegenden einer Öffnung der Gefäße, einer Öffnung der Patient:innen.

Betrachtet man in den Beschreibungen Pflege als Metakonzzept vieler Interaktionen, wird sie als eine Art fluide Substanz sichtbar. Die Pflegenden schildern „man mischt sich ein“ oder will „die eigenen Fähigkeiten ausschöpfen“. Sie beschreiben „Unterstützungsbedarf, den ich einleiten kann“, Bedürfnisse, die zu „erfüllen“ sind

oder „dass es so fließend übereinander“ geht. Es wird bedauert, wenn man „es gar nicht beeinflussen“ kann oder „alte Menschen durchgeschleust werden“. Ausgedrückt wird an dieser Stelle mithilfe von Metaphern, die in Verbindung mit Flüssigkeit stehen, dass die Pflege älterer Patient:innen auf der Metaebene von den Pflegenden selbst als etwas Fluides und Schöpfbares empfunden wird. Diese Metaphorik erlaubt ein Bild von Pflege oder besser Pflegekompetenz als einfüllbare Substanz, die dosiert alle Ecken eines Gefäßes erreicht. Folgt man diesem Bild, so wird klar, warum ältere Patient:innen mit Behältermetaphern beschrieben werden und ein Bedürfnis besteht, sie öffnen zu wollen. Wie sonst könnte Pflege in sie hineingefüllt werden? Wird das eigene Tun, wenn auch unbewusst, als einfüllbare Substanz wahrgenommen, bedingt dies förmlich die Wahrnehmung meines Gegenübers als Gefäß oder Behälter, um daraus weiterführend bspw. Wirksamkeit ableiten zu können.

### **Die Beziehung zwischen älteren Menschen und Pflegenden im Krankenhaus ist eine wertsteigernde Investition – Die Metaphorik der Ökonomie**

Ähnlich wie beim metaphorischen Konzept der Arbeit klingt es sehr logisch, einen Krankenhausaufenthalt in ökonomischen Attributen zu verorten. Wirtschaftliches Denken und Verhalten durchzieht alle menschlichen wie auch gegenständlichen Aspekte innerhalb dieses Gesundheitsbetriebes. Wortwörtlich wird kalkuliert, abgerechnet, bilanziert u.Ä. Ökonomische Metaphern bedienen sich bei diesen Begrifflichkeiten aus dem kaufmännischen oder betriebswirtschaftlichen Bereich. Deren Verwendung lässt vermu-

ten, dass so beschriebene Situationen berechenbar erscheinen und abstrahiert in Kosten – Nutzen – Rechnungen gedeutet werden, wo eigentlich keine Ökonomie durchführbar ist. So lässt sich beispielsweise keine Zeit oder Mühe investieren. Beides lässt sich nicht auf eine Bank tragen oder dient als Währung. Hier dient die Übertragung der Investition auf einen anderen Bereich erneut der Verdeutlichung, wie bspw. das Engagement oder das Interesse zu verstehen ist. In der Suche nach bspw. ökonomischen Metaphern geht es somit nicht darum, die tatsächliche Kosten-Nutzen-Rechnung, zwischen DRG-System und Behandlungsvertrag, abzubilden, sondern jene Aspekte zu filtern, die damit unbewusst verglichen und ausgedrückt werden. Auch die Pflegenden in vorliegender Studie verwendeten die Metaphorik der Ökonomie. Die Bedeutung der Beziehung zu älteren Patient:innen ist für sie dabei von kaufmännischen Wert. Sie freuen sich bspw. über die „Wertschätzung“, die ihnen entgegengebracht wird, „legen sehr viel Wert darauf“ oder fühlen sich gegenteilig „entwertet“ bei Übergriffigkeit. Sie „investieren“, finden, dass Interaktionen „gewinnbringend“ und Chancen „verdient“ sind oder empfinden, „dass man den Tod so einfach in Kauf genommen hat“. Bzgl. ihres Engagement beschreiben die Pflegenden „die Minute ist es wert“ oder „ich kriege dafür ja später Zeit zurück“. Sie kalkulieren innerhalb der Beziehungen zu älteren Patient:innen, wenn sie ausdrücken „unterm Strich hat man ja dann auch etwas“ oder „kann ich damit rechnen, dass der Patient“. Gleichzeitig werden ältere Patient:innen als eher passive Teilnehm:innen dieser Ökonomie wahrgenommen „weil der Patient gar nicht abschätzen kann“ oder

„auf die Krankheit reduziert wird“. Missstände sind „dem Pflegemangel geschuldet“. Der Beziehung zu älteren Patient:innen messen die Pflegenden somit einen Wert bei, für welchen es sich zu investieren lohnt. Diese Investition, ihr pflegerisches Engagement, führt zu Gewinnen und macht das Erleben innerhalb der Beziehung für sie wertvoller.

### **Das Krankenhaus ist für ältere Menschen ein Ort der Reparatur und Instandsetzung – Die Technikmetaphorik**

Eine weitere Anzahl an gefundenen Metaphern lassen sich dem Bereich von Werkstatt und Technik zuordnen. Sowohl das Krankenhaus selbst als auch die Tätigkeiten innerhalb werden von den Pflegenden damit illustriert. Interaktionen zu älteren Patient:innen „funktionieren“ bspw. Pflegende, wie auch Patient:innen „signalisieren“ etwas und anderes wird „hergestellt“. Sie „sind empfänglicher für diese Methodiken“ und die Pflegende „geben Methodiken an die Hand“. Sie „arbeiten solche Komponenten ein“ und empfinden sich als „Pufferglied“. Ihre Tätigkeiten nehmen sie als „automatisches abarbeiten“ wahr, mit fehlender Zeit zum „Umschalten“ zwischen den Patient:innen. Als Auftrag wird „anzugucken und zu prüfen“ oder „das wird repariert“ erfasst. Ältere Patient:innen werden konfrontiert mit „Gerätschaften“, „Kabeln“ und alles wirkt „maschinisiert“. Die Behandlung fühlt sich „wie eine Abfertigung“ an, mit dem Ziel „das der alte Mensch auch wieder hergestellt werden kann“. Diese Technikmetaphorik verdeutlicht die von den Pflegenden wahrgenommene Entmenschlichung innerhalb der Institution Krankenhaus. Ähnlich einer Werkstatt scheint das Prüfen der Identifikation von Einzelteilen zu dienen, welche repariert

werden können mit dem Ziel der Wiederherstellung. Behandlungen erscheinen als Fehlerbeseitigung oder Mängelbehebung, die maschinisiert wahrgenommen werden. Der Reparatur und Abfertigung wird Platz gemacht, um ältere Patient:innen zu reparieren.

**Das Krankenhaus ist älteren Menschen gegenüber als Person verantwortlich – Metaphern zur Personalisierung**

Das letzte hier dargestellte metaphorische Konzept befasst sich mit der Personalisierung. Im alltäglichen Sprachgebrauch werden Gegenstände oder abstrakte Begriffe immer wieder mit einer Persönlichkeit versehen, die im eigentlichen Sinn nicht vorhanden ist. So sagt man bspw. „das Auto“ will immer nach rechts oder „Mathe“ kann mich nicht leiden. Man versteht also eine Dinglichkeit mit einem imaginären Willen, als ob es denken und reagieren könnte. Auch hierbei handelt es sich um Metaphorik. In der vorliegenden Studie konnte diese Personalisierung für die Institution

Krankenhaus identifiziert werden. Die Pflegenden sprechen dem Krankenhaus Handlungsfähigkeit und Verantwortung zu. So wird hinterfragt, „ob auch das Krankenhaus den Auftrag erkennt“ oder „ob das Krankenhaus sich die Zeit nimmt“ für ältere Patient:innen. So „müsste das Krankenhaus, wenn es um die geriatrischen Patienten geht“ ihnen viel mehr Beachtung schenken oder in Bezug auf Aufklärung „muss ein Krankenhaus viel mehr machen“. Es ist somit in der Deutung der Pflegenden ein Interaktionspartner für ältere Patient:innen. Hier zeichnet sich die Frage ab, ob die Verwendung dieser Metaphorik ein Indiz sein könnte für die Verschiebung oder sogar Abgabe von Verantwortung, hin zu einer imaginären Persönlichkeit, die sich leichter von der eigenen, pflegerischen abgrenzen lässt. Weiterführend könnte diese Abgrenzung interpretiert werden, dass sich die Pflegenden in Bezug auf die Verantwortungnahme gegenüber älteren Patient:innen zu einem gewissen Grad nicht als Teil des Krankenhauses betrachten.

**Zusammenfassung und Diskussion**

Das erste metaphorische Konzept bezog sich auf das Bild der Last, mit welchem die „Beschwerde der zu tragenden Krankheit“ beschrieben wird. Pflegerische Interventionen werden dabei von den Pflegenden als „Erleichterung dieser Last“ empfunden. Keine Metaphorik konnte in Bezug auf „leichte“ Erkrankungen gefunden werden, die nicht „schwer getragen werden müssen“. Ebenso zeigte sich kein Hinweis darauf, ob ältere Patient:innen auch etwas zur „Erleichterung“ ihrer Situation beitragen. In der bildlichen Vorstellung „wiegt“ eine Erkrankung scheinbar grundsätzlich „schwer“ und pflegerische Maßnahmen reduzieren diese „Last“.

Das zweite metaphorische Konzept umfasste die Metaphorik des Weges. Sowohl in Bezug auf die älteren Patient:innen, wie auch auf sich selbst, verbildlichen die Pflegenden den Prozess des „Durchlaufens“ einer Erkrankung im Krankenhaus als „gemeinsamen

Metaphorische Konzepte gegenüber älteren Patient:innen im Krankenhaus

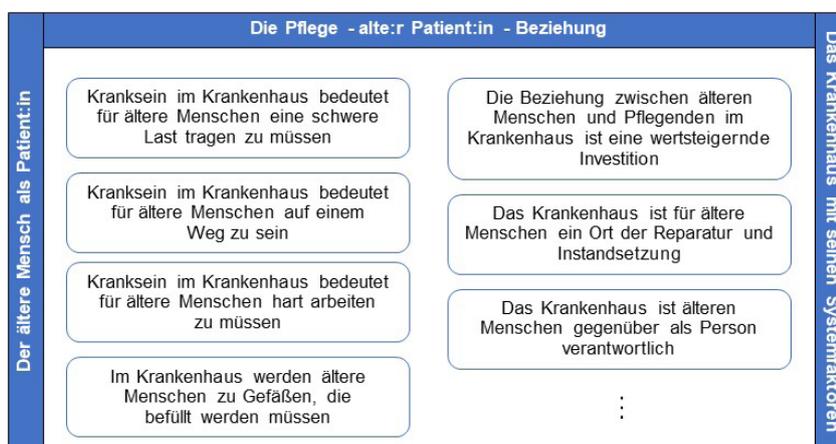


Abb. 2 Gesättigte metaphorische Konzepte gegenüber älteren Patient:innen (eigene Darstellung)

Weg“. Die Pflegenden verstehen sich dabei als selbstverständliche Wegbegleiterinnen. Offen bleibt, ob der gemeinsame Weg ein Ende hat bzw. worin ein Ende dieses Weges besteht oder ob es bspw. Sackgassen oder Umleitungen gibt. Hierzu konnte keine Metaphorik gefunden werden.

Das dritte metaphorische Konzept bündelt analysierte Arbeitsmetaphern. Den Aufenthalt im Krankenhaus älterer Patient:innen selbst, wie auch die Beziehung zu ihnen charakterisieren die Pflegenden mit metaphorischer „Arbeit“. Krank zu sein scheint für ältere Patient:innen eine „Arbeitsaufgabe mit Leistungserbringung“ zu sein. Ebenso wird die Beziehung zwischen ihnen und den Pflegenden von beiden Seiten in der Vorstellung „erarbeitet“. Die gefundene Metaphorik lässt hier jedoch eine mangelnde Balance sichtbar werden. Während die Metaphorik der Arbeit in Bezug auf die Pflegenden auch die des Erfolges stützt, bleibt diese Konturierung für die älteren Patient:innen aus. Es fanden sich keine Hinweise darauf, ob ihre „Arbeit“ auch in Erfolg mündet oder diesen zumindest anstrebt. Als Spezifizierung wurden für sie dagegen Kampfmetaphern identifiziert, welche die Verbildlichung von „Arbeit“ zuspitzen, hin zum „Kämpfen müssen“ um Genesung. In Konkurrenz stehen sich bei den Pflegenden die Metaphern der „Arbeit“ und des „Kampfes“ gegenüber. Während einerseits die „Arbeit“ mit den älteren Patient:innen im Vordergrund steht, scheint andererseits der „Kampf“ zum Erreichen von Zielen ebenfalls ein Mittel der Wahl zu sein, Beziehung zu leben.

Im vierten metaphorischen Konzept konnten sowohl für die älteren

Patient:innen selbst, als auch in Bezug auf die gemeinsame Beziehung zueinander, Behältermetaphern der Pflegenden identifiziert werden. Es scheint ein Selbstverständnis vorzuliegen, „verschlossene“ Patient:innen „zugänglich“ zu machen. Nicht erkennbar war, ob sich Pflegende selbst als „offen“ oder „geschlossen“ gegenüber ihren Patient:innen empfinden. Als Besonderheit wird die Metapher der „fluiden Substanz“ für Pflege empfunden. Je nach Bedarf, so ließe sich hier interpretieren, können Pflegende ältere Patient:innen mit ihren Fähigkeiten befüllen. Mit dem Bild des „Öffnen wollen“ und dem sich daran anschließenden pflegerischen „Auffüllen“ älterer Patient:innen schimmert eine Frage an die Oberfläche, ob sich dahinter möglicherweise ein Pflegeverständnis verbirgt, das defizitorientiert Pflege „auffüllt“, anstatt vielleicht Angebote und Teilhabe zu ermöglichen.

Als fünftes metaphorisches Konzept wurde das der ökonomischen Metaphern formuliert. Hier zeigte sich, dass die Pflegenden die Beziehung zu älteren Patient:innen als „lohnenswerte Investition“ deuten. Es konnten jedoch keine Metaphern gefunden werden, die darauf schließen lassen, dass auch die älteren Patient:innen selbst, bspw. in ihren Genesungsprozess oder in die Beziehung zu den Pflegenden, „investieren“.

Das sechste und siebte metaphorische Konzept bezieht sich auf die Institution Krankenhaus gegenüber älteren Patient:innen. Die Behandlung älterer Menschen im Krankenhaus wird als entmenschlicht empfunden und durchgängig mit technischen Metaphern illustriert. Das Krankenhaus wird als „Werkstatt“ charakterisiert. Es

konnte keine Metaphorik identifiziert werden, die es als Ort bspw. der Hoffnung, des Vertrauens oder auch des Glaubens, z.B. an Heilung, erkennen lässt. Die Metaphorik der Personalisierung mit einschließender Verantwortungsübertragung scheint auf eine partielle Verantwortungsabgabe bei den Pflegenden zu deuten. Die Rahmenbedingungen, in denen ihre Pflege stattfindet, erleben sie scheinbar nicht als gestaltbar, nicht beeinflussbar, denn dazu fehlen entsprechende Metaphern.

Geht man davon aus, dass in vielen Pflegeleitbildern bspw. von vertrauensvoller Umgebung, Wiederherstellung von Unabhängigkeit, Respekt der Individualität und bedürfnisorientierten Zielabsprachen zu lesen ist, muss für diese Analyse festgestellt werden, dass metaphorische Konzepte, bspw. für Eigeninitiative, Erfolg oder Entwicklung, für ältere Patient:innen fehlen.

Die hier vorgestellten sieben metaphorischen Konzepte müssen vor unterschiedlichen Aspekten betrachtet werden. Dem Fehlen der männlichen Perspektive wird hierbei eine große Bedeutung beigemessen. Bedingt durch die geringe Anzahl der geführten Interviews, konnten einige weitere metaphorische Konzepte nicht vollständig und umfassend fundiert werden, da weiteres Datenmaterial dazu hätte erhoben werden müssen. Die Ergebnisse müssen daher erst als Beginn einer metaphorischen Betrachtung von Annahmen zu älteren Patient:innen im Krankenhaus bewertet werden. Neben der Untersuchung der bereits festgestellten fehlenden Metaphern gilt es tiefere und weiterführende Fragen zu stellen, welche die Deu-

tungsmuster in ihrer Komplexität schärfer und detaillierter erfassen. Ebenso wird die Untersuchung des Datenmaterials mithilfe einer qualitativen Inhaltsanalyse als zielführend erkannt, um die Annahmen und Zuschreibungen für älterer Patient:innen im Krankenhaus zu ergänzen. Ebenfalls als lohnend könnte sich die Perspektive der älteren Patient:innen selbst mit ihren eigenen metaphorischen Konzepten herausstellen.

In der Summe trägt die vorliegende Arbeit jedoch beginnend dazu bei, ausdifferenzierte und kontextabhängige Annahmen zum Alter(n) aufzudecken. In ihrer Spezifität der Krankenpflege im Krankenhaus und ihrer Verortung von Altersbildern als soziale Konstruktionen ermöglichen die Ergebnisse einen ersten, lokalen pflegewissenschaftlichen Blick, welcher konkrete Anschlussmöglichkeiten bietet. Ausgehend vom beschriebenen Einfluss von Altersbildern auf die Interaktionsgestaltung und die gelebte Kultur einer Institution (Kruse, 2016, S. 120) ermöglicht die Auseinandersetzung mit den eigenen Konstruktionen zum Alter(n) die Reflexion gelebter Pflegepraktiken und Beziehungsmuster. Die Komplexität und Vielfalt der Lebenswelt älterer Menschen im Krankenhaus wird mit dieser Auseinandersetzung bewusster und kann dazu beitragen, Defizitorientierung und mögliche Altersdiskriminierung sichtbar zu machen. Gleichzeitig erweitern sich durch die Bewusstwerdung metaphorischer Sprachaspekte kommunikative Kompetenzen der Pflegenden gegenüber älteren Patient:innen.

### Schlussfolgerungen

Die Ausführungen haben gezeigt, dass unbewusste Altersbilder existieren und mithilfe der Systeme-

matischen Metaphernanalyse zugänglich gemacht werden können. Ein möglicher Anschluss der vorliegenden Forschungsarbeit zeigt sich für die Pflegepädagogik. Die Einbettung der Erkenntnisse in einen pflegepädagogischen Kontext erscheint hier erforderlich, da sich einerseits die Pädagogik allgemein mit langer Tradition Metaphern bedient, denn „Metaphern vermitteln zentrale Bilder des noch unbekanntes Lehrstoffes“ (Schmitt & Böhnke, 2006, S. 110). Andererseits stellt der Beruf eine wichtige Sozialisationsinstanz dar, welche Rollenerwartungen und Verhaltensweisen entscheidend prägen. Reichert (1993) stellt dazu fest: „Für die Interaktion von professionellen Helfern und alten Menschen lässt sich resümierend sagen, dass hier die berufliche Sozialisation in die Helferrolle und das negative Altersstereotyp eine die Kompetenz alter Menschen bedrohende Verbindung eingehen können“ (1993, zitiert nach Remmers & Renneke, 2012, S. 255). Die Auseinandersetzung mit der Metaphorik des Alters kann das pflegepädagogische Bestreben zur Herausbildung einer sensitiven und reflexiven Haltung gegenüber älteren Patient:innen ergänzen. So kann sie bspw. den geforderten Lernprozess im Deuten von Situationen und Akteuren (ISB, 2020, S. 11) unterstützen, richtet sie sich doch gerade auf jene Deutungsmuster aus. Ebenso könnte sie ein Gegengewicht zur Vermittlung von eher abstrakteren, generalisierten Pflege-Lernsituationen darstellen, indem sie die pädagogisch notwendige Reduktion auf das typische, einheitliche von Pflegesituationen (ebenda) durch die Betrachtung individueller Konstruktionen relativiert. Die Beachtung von Metaphoriken bietet ebenso die Möglichkeit, Achtsam-

keit für kommunikative Prozesse zu trainieren. Die Sensibilität für die Metaphern von Gesprächspartner:innen bewertet Olbrich für Pflegenden wie folgt: „Eine bildhafte Vorstellung enthält Erfahrungen, Erlebnisse, Vorstellungen oder Ahnungen von Menschen. Wenn es gelingt, sich diesen zu nähern, so treten Sie in die Welt des Anderen ein“ (2013, S. 207). Die Reflexion der eigenen Metaphorik zum Alter(n) kann für Pflegenden und Auszubildende gleichermaßen spannend und informativ, aber auch chancenreich für eine etwaige Veränderung sein. Denn der zielgerichtete Einsatz von Sprache, und hier im Besonderen von Metaphern, schafft Platz für Veränderungsarbeit (Gührs & Widmann, 2014, S. 210). Mit Blick auf die Sprachkultur von Pflegenden verweisen Zegelin & Sitzmann auf die Verwendung von unpassenden Begrifflichkeiten, auch in Bezug auf ältere Patient:innen. So finden sich hier u.a. Begriffe wie Altenschwemme, Altenlawine oder auch Heiminsasse (2006, S. 30; 34). Beide Autoren fordern dies bzgl. „[...] eine Sensibilität für fragwürdige Bezeichnungen im eigenen Arbeitsumfeld zu entwickeln [und] den eigenen Jargon zu hinterfragen“ (Zegelin & Sitzmann, 2006, S. 28). Da alle drei Beispielbegriffe Metaphern sind, bietet sich eine metaphernanalytische Betrachtung als Einstieg in diese Veränderung an, um sich eigener Deutungsmuster bewusst zu werden. Pflegepädagogisch verorten ließe sich die Auseinandersetzung mit der eigenen Metaphorik bspw. im Fach „Gestaltung von Arbeits- und Beziehungsprozessen“ unter II.1.a: erkennen eigener Emotionen sowie Deutungs- und Handlungsmuster in der Interaktion und II.1.c: nutzen in ihrer Kommunikation neben verbalen auch

nonverbale, paralinguistische und leibliche Interaktionsformen (ISB, 2020, S. 31). Die Metaphernanalyse könnte eine Ergänzung der bewährten Kommunikationsmodelle darstellen und das Repertoire kommunikativer Kompetenz der zukünftigen Pflegekräfte erweitern. Remmers & Renneke ergänzen dazu: „Das Wissen über mögliche Einflussfaktoren und bestehende Altersbilder ist letztendlich entscheidend für die Gestaltung und Entwicklung von Aus- und Fortbildungsmaßnahmen zum Umgang mit alten Menschen in der pflegerischen Versorgung“ (2012, S. 262).

### Literatur

Backes, G. M., Clemens, W. & Schroeter, K. R. (2001). Zur Konstruktion sozialer Ordnungen des Alter(n)s. In G. M. Backes, W. Clemens & K. R. Schroeter (Hrsg.), *Zur Konstruktion sozialer Ordnungen des Alter(n)s*. (S. 7-29). Leske + Budrich.

Dathe, S. (2014). Alter(n) und Altersbilder in Pflegeheimen. In H. Pelizäus-Hoffmeister (Hrsg.), *Der ungewisse Lebensabend? Alter(n) und Altersbilder aus der Perspektive von (Un)Sicherheit im historischen und kulturellen Vergleich*. (S. 167-181). Springer.

Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (2016). *Ethik-kodizes und Richtlinien in der Pflegeforschung*. Abgerufen am 25.02.2019 von <https://dg-pflege-wissenschaft.de/ethikkommission/downloads-2/>.

Deutsche Gesellschaft für Soziologie (2017). *Ethik-Kodex der Deutschen Gesellschaft für Soziologie und des Berufsverbandes Deutscher Soziologinnen und Soziologen*. Abgerufen am 25.02.2019

von <https://soziologie.de/dgs/ethik/ethik-kodex>.

Flick, U. (2011). Das episodische Interview. In: G. Oelerich & H.-U. Otto (Hrsg.), *Empirische Forschung und Soziale Arbeit*. (S. 273-280). Verlag für Sozialwissenschaften.

Flick, U. (2014). *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung*. Rowohlt.

gbd Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2022). *Diagnosedaten der Krankenhäuser ab 2000*. Abgerufen am 10.10.2022 von [Diagnosedaten der Krankenhäuser Eckdaten der vollstationären Patienten und Patientinnen](http://www.gbd.de) (gbe-bund.de).

Gührs, L. & Widmann, M. (2014). Die Sprache als Instrument im lerntherapeutischen Prozess. *Lernen und Lernstörungen*. 3 (3), 203-214. doi: 10.1024/2235-0977/a000075

ISB Staatsinstitut für Schulqualität und Bildungsforschung (2020). *Lehrpläne und Ausbildungspläne für die Berufsfachschule für Pflege*. Abgerufen am 08.03.2023 von [bfs\\_lp\\_pflegefachmann.pdf](https://www.isb-bayern.de/bfs_lp_pflegefachmann.pdf) (bayern.de).

Johnson, M. (2005). The philosophical significance of image schemas. In B. Hampe & J. E. Grady (Hrsg.), *From Perception to Meaning. Image Schemas in Cognitive Linguistics* (S. 15-34). de Gruyter.

Junge, M. (2010). Der Soziale Gebrauch der Metapher. In M. Junge (Hrsg.), *Metaphern in Wissenskulturen* (S. 265-280). Verlag für Sozialwissenschaften.

Kada, O., Hedenik, M., Griesser, A., Mark, A.-T. & Trost, J. (2017).

*Subjektive Theorien zu Lebensqualität und Gesundheit im Alter*. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 51 (6), 628-635.

Kruse, A. (2016). Prävention im Alter: Anthropologischer Kontext, Konzepte, Befunde. In S. Pohlmann (Hrsg.), *Alter und Prävention* (S. 107-130). Springer.

Kuratorium Deutsche Altershilfe (2005). *Alter – kein Hinderungsgrund. Wege aus der Altersdiskriminierung*. Positionspapier der Veranstaltung „Altersdiskriminierung – Alterspotenziale – Wie sieht der Alltag aus?“ Köln. Abgerufen am 19.09.2018 von <http://www.lpr.nrw.de/infos/Dokumentensammlung/Praevention-und-Senioren/fachtagung.pdf>.

Lakoff, G. & Johnson, M. (2018). *Leben in Metaphern. Konstruktion und Gebrauch von Sprachbildern*. Carl-Auer Verlag.

Lux, R., Patzelt, C. & Schneider, N. (2012). Altersbilder im Gesundheitssystem. In F. Berner, J. Rossow, K.-P. Schwitzer (Hrsg.), *Altersbilder in der Wirtschaft, im Gesundheitswesen und in der pflegerischen Versorgung*. Expertisen zum Sechsten Altenbericht der Bundesregierung Band 2 (S. 159-250). Verlag für Sozialwissenschaften.

Matolycz, E. (2016a). Die Pflege älterer Menschen im Krankenhaus. In E. Matolycz (Hrsg.), *Pflege von alten Menschen* (S. 97-102). Springer.

Matolycz, E. (2016b). Menschenbild und Pflegeverständnis in der Pflege älterer Menschen. In E. Matolycz (Hrsg.), *Pflege von alten Menschen* (S. 55-60). Springer.

- Olbrich, C. (2013). Pflege und Sprache. Idiolektik – ein Konzept für die Pflegeberufe. *Padua*, 8 (4), 204-210. doi: 10.1024/1861-6186/a000135
- Pelizäus-Hoffmeister, H. (2014). Uneindeutige Altersbilder als Ausdruck einer ungewissen Lebensphase? In H. Pelizäus-Hoffmeister (Hrsg.), *Der ungewisse Lebensabend? Alter(n) und Altersbilder aus der Perspektive von (Un)Sicherheit im historischen und kulturellen Vergleich* (S. 11-24). Springer.
- Reich, K. (2001). Konstruktivistische Ansätze in den Sozial- und Kulturwissenschaften. In T. Hug (Hrsg.), *Wie kommt Wissenschaft zu Wissen? Band 4 Einführung in die Wissenschaftstheorie und Wissenschaftsforschung* (S. 356-376). Schneider Verlag Hohengehren.
- Remmers, H. & Renneke, S. (2012). Altersbilder bei Studierenden pflegebezogener Studiengänge. Eine empirische Untersuchung. In F. Berner, J. Rossow, K.-P. Schwitzer (Hrsg.), *Altersbilder in der Wirtschaft, im Gesundheitswesen und in der pflegerischen Versorgung. Expertisen zum Sechsten Altenbericht der Bundesregierung Band 2* (S. 251-287). Verlag für Sozialwissenschaften.
- Saake, I. (2006). *Die Konstruktion des Alters. Eine gesellschaftstheoretische Einführung in die Altersforschung*. Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schmitt, R. (1997). *Metaphernanalyse als sozialwissenschaftliche Methode: mit einigen Bemerkungen zur theoretischen „Fundierung“ psychosozialen Handelns* (ssoar.info).
- Psychologie und Gesellschaftskritik, 21 (1), 57-68. Abgerufen von Metaphernanalyse als sozialwissenschaftliche Methode: mit einigen Bemerkungen zur theoretischen „Fundierung“ psychosozialen Handelns (ssoar.info).
- Schmitt, R. (2017). *Systematische Metaphernanalyse als Methode der qualitativen Sozialforschung*. Springer.
- Schmitt, R. & Böhnke, U. (2006). *Metaphern in der Pflege*. In A. Abt-Zegelin & M. W. Schnell (Hrsg.), *Die Sprachen der Pflege. Interdisziplinäre Beiträge aus Pflegewissenschaft, Medizin, Linguistik und Philosophie* (S. 101-119). Schlütersche Verlagsgesellschaft.
- Schmitt, R., Schröder, J. & Pfaller, L. (2018). *Systematische Metaphernanalyse. Eine Einführung*. Springer.
- Sechster Altenbericht (2010). *Altersbilder in der Gesellschaft. Bericht der Sachverständigenkommission an das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend*. Berlin. Abgerufen am 14.07.2018 von <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/aktuelles/alle-meldungen/sechster-altenbericht-veroeffentlicht-altersbilder-in-der-gesellschaft-77896>.
- Simon, F. B. (2015). *Einführung in Systemtheorie und Konstruktivismus*. Carl Auer Verlag.
- Walter, U., Flick, U., Neuber, A., Fischer, C., Schwartz, F.-W. (2006). *Alt und gesund? Altersbilder und Präventionskonzepte in der ärztlichen und pflegerischen Praxis*. Verlag für Sozialwissenschaften.
- Weber, G., Erlemeier, N., Nassehi, A., Saake, I. & Watermann, R. (1997). *Altersbilder in der professionellen Altenpflege. Eine empirische Studie*. Leske + Budrich
- Zegelin, A. & Sitzmann, F. (2006). „So viel Wortmüll war nie“ – Sprachkultur in Ausbildung und beruflicher Bildungsarbeit. In A. Abt-Zegelin & M. W. Schnell (Hrsg.), *Die Sprachen der Pflege. Interdisziplinäre Beiträge aus Pflegewissenschaft, Medizin, Linguistik und Philosophie* (S. 28-43). Schlütersche Verlagsgesellschaft.

Eingereicht: 24.01.2023  
Genehmigt: 16.02.2023

doi: 10.52205/llig/105

**Prof. Dr. habil. Thomas Prescher**  
Professur für Didaktik der Gesundheitsberufe an der FH Münster



**Dr. Michael Schneider**  
Stellvertretende Leitung der Abteilung Pflegefachliche Aufgaben und Leitung Referat Pflegeinnovation im Bayerisches Landesamt für Pflege



## Pflege und Technik: Dimensionen der Innovationsbereitschaft zur Implementierung technologischer Innovationen im Bereich ambulanter Pflege

### Abstract Deutsch

Das Thema Pflege und Technik wird gegenwärtig in unterschiedlichen Kontexten bearbeitet. Dabei steht die Technik sehr im Vordergrund. Die pädagogische Seite, welche Konsequenzen dies für das Lernen in und von Pflegeeinrichtungen sowie der MitarbeiterInnen hat, bleibt wenig berücksichtigt (Prescher et al., 2020, S. 115ff.; Seibert et al., 2020, S. 94). Es gilt daher mögliche Implementierungsbedingungen und -hürden zu untersuchen, um Schlussfolgerungen für organisationale Entwicklungsbedarfe bei der Implementierung von Pflege-technologie zu formulieren. Dazu wurden Gruppengespräche als Instrument der Bildungsbedarfsanalyse zu einer Coverstory als Fallstudie „Implementierung eines intelligenten Pflegepflasters“ entlang der Analysematrix zur Bestimmung konkreter Entwicklungs-, Lern- und Innovationsbedarfe nach Staudt et al. (1993) in sieben Kleingruppen zu je drei Versuchspersonen durchgeführt.

### Abstract English

The topic of care and technology is currently being dealt with in different contexts. Technology is very much in the foreground. The pedagogical side, which consequences this has for learning in and by care institutions as well as the staff, remains little considered (Prescher et al., 2020, p. 115ff. and Seibert et al., 2020, p. 94). It is therefore necessary to examine possible implementation conditions and obstacles in order to formulate conclusions for organisational development needs for the implementation of nursing technology. For this purpose, group discussions were conducted as an instrument of training needs analysis on a cover story as a case study „Implementation of an intelligent care patch“ along the analysis matrix for determining concrete development, learning and innovation needs according to Staudt et al. (1993) in seven small groups of three subjects each.

## 1 Einleitung und Fragestellung

In der Literatur lässt sich die Annahme finden, dass die Pflegekräfte eine eher technikferne Zielgruppe sind (Hypothese 1), die Sorge haben, dass technologische Innovationen zu einem Verlust an menschlicher Wärme und Patientennähe führen können (Kuhlmeiy et al., 2019, S. 6ff). Bildungsprogramme in Einrichtungen setzen häufig an dieser Dimension an. Zudem kann festgestellt werden, dass eine Innovationsförderung sich im Wesentlichen auf die Inventionsphase bezieht, jedoch mit einer Markteinführung kaum eine Auseinandersetzung mit der Adaption und Implementierung in den Einrichtungen einhergeht (Hypothese 2), wie Weiß et al. (2017, S. 16) in ihrem Abschlussbericht zur „Unterstützung Pflegebedürftiger durch technische Assistenzsysteme“ darstellen. Wie sich daher zeigt, stellt sich die Praxis selbst mit den Institutionen, Strukturen, Prozessen und der jeweiligen Lern- und Arbeitskultur als ein wesentlicher Treiber oder auch Hemmschuh (Hypothese 3) dar. Diesen Hypothesen folgend werden im Beitrag die Fragen beantwortet:

- Welche konkreten Anlässe sowie Bildungs- und organisationale Entwicklungsbedarfe lassen sich mit Hilfe einer Bildungsbedarfsanalyse nach Staudt et al. (1993, S. 26) identifizieren, um dem Anspruch, technologische Innovationen zu implementieren und in der Pflege mit PatientInnen unmittelbar anzuwenden, zu erfüllen?
- Welche bildungstheoretischen Konsequenzen für das Lernen von Pflegeeinrichtungen als Organisationen ergeben sich aus den gewonnenen Erkenntnis-

sen der Bildungsbedarfsanalyse, um technologische Innovationen zu implementieren?

## 2 Pflege und Technik: Analyse-matrix zur Förderung der Innovationsbereitschaft in Pflegeeinrichtungen

Bildungstheoretisch ist das Phänomen der Innovationsbereitschaft bei der Implementierung von neuen Technologien in der Pflege nur zur Fassen und einer Veränderung bzw. Gestaltbarkeit zuführbar, wenn das Subjekt (die Fachkraft) im Zusammenhang zur Umwelt (die Einrichtung und das organisationale Feld) betrachtet wird. Denn: Menschliches Verhalten kann nur in Beziehung zur handlungsrelevanten Umwelt erklärt werden. Eine Umwelt hat dabei einen „Aufforderungscharakter“ (Ittelson, 1977, S. 123), der individuelles und soziales Verhalten strukturiert und aufgrund der symbolischen Qualitäten Verhaltensmuster erzeugt. Mit Blick auf die Themenstellung resultiert daraus die Annahme, dass eine Verhaltensänderung (Anwendung neuer Technologie) nur dann möglich ist, wenn das institutionelle Umfeld und die organisatorischen Strukturen verändert werden. Da der Mensch als „kognitives Wesen“ (Ittelson et al., 1977, S. 123) konzipiert wird, ist die Umweltveränderung ein Ansatzpunkt, um Interpretationen und Deutungen innerhalb eines Kontextes zu verändern. Mit dieser Veränderung sind dann Verhaltensänderungen in Richtung eines gewünschten Kompetenz-Performanz-Zusammenhangs zur technologieunterstützten assistiven Pflege möglich.

### 2.1 Begrenzung intendierten Wandels: Organisationale Legitimationserwartungen gegen eine technologische Innovationsbereitschaft

Jenseits von Useabilitystudien und technologischen Problemlösungsgebaren macht dies erforderlich, den Blick auf die stationären und ambulanten Einrichtungen mit einem institutions- und bildungstheoretisch informierten Blick selbst zu lenken. Die Berücksichtigung organisationaler Institutionen eröffnet nämlich den Blick auf die Rationalitätsmythen, wie sie beispielsweise im Neo-Institutionalismus vertreten werden. Institutionen als Ausdruck der Rationalitätsmythen sind hier ein zentraler Begriff in der Theoriebildung. Der Institutionsbegriff kombiniert formale wie informale Regeln und schafft so eine Form der Unsicherheitsabsorption, weil unbestimmte Kontingenz in bestimmte Kontingenz als Notwendigkeit transformiert wird (Luhmann, 1997, S. 67). Letztlich dienen Institutionen in Einrichtungen der Pflege damit der Kanalisierung von Verhaltenserwartungen, wodurch auch die Handlungsmöglichkeiten der beteiligten Individuen Struktur gewinnen. Es entstehen zudem „Institutionen des Selbst“ (Ehrenberg, 2008, S. 18) als internalisierte Verhaltenserwartungen. Das Vorhandensein von Institutionen in sozialen Systemen als Geist (social cognition), d. h. als kulturelle Wertordnungen, nimmt dabei einen handlungsleitenden Charakter an. Institutionalisierte Regeln, Normen und Programme verschränken sich nach Maßgabe der Autopoiesis der beteiligten Systeme.

„Das Kernargument bleibt, dass gerade nicht Entscheidungen über den Einsatz von instrumentellen Mitteln für [...] Zwecke getroffen werden, sondern dass sektorweite

Strukturierungsprozesse stattfinden, die rationales Individualentscheiden geradezu erübrigen.“ (Engels, 2011, S. 120)

Innerhalb einer Organisation können sich dabei widersprechende Institutionen entwickeln, bzw. Widersprüche zwischen den Institutionen der Organisation und den Institutionen des Selbst auftreten. Als solch ein Widerspruch grundlegender Art kann das gelten, was Pflege für gute Pflege hält und wie Technologie dem Verständnis einer Pflege als Dienst am Menschen gegenübersteht. Pflege ist zunächst Vertrauens- und Fürsorgearbeit und setzt ein gelingendes Zusammenspiel verschiedenster Akteure voraus. Was gute Pflege bedeutet hängt von unterschiedlichen Wertpräferenzen und Vorstellungen darüber ab was ein gutes und gelingendes Leben ausmacht. Professionelle Pflegekräfte definieren gute Pflege vor allem über die Einhaltung fachlicher Standards, die ein berufsethisches Selbstverständnis von professioneller Pflege widerspiegeln (Deutscher Ethikrat, 2020).

Für die Konflikte, die sich aus dem Einsatz innovativer Technologien in der Pflege als widersprüchlich erlebten Legitimationserwartungen hinsichtlich der Innovationsbereitschaft ergeben, bietet sich aus Sicht der organisationspädagogischen Forschung eine gesellschaftstheoretisch-neo-institutionalistische Perspektive an. Mit dieser kann eine Neuausrichtung der Deutungsmuster ermöglicht werden und eine Standortbestimmung unternehmerischer und pflegerischer – mithin gesellschaftlicher - Praxis vollzogen werden (Kardorff, 1985, S. 250). Es geht schlicht um die Frage: Welche konkreten Anforderungen, Bildungsbedarfe und -anlässe für

eine Organisations- und Personalentwicklung ergeben sich in der Pflege aus dem Anspruch, technologische Innovationen zu implementieren und in der Pflege mit Pflegebedürftigen unmittelbar anzuwenden?

## 2.2 Raum des Lernens: Koordinationsfunktion von Institutionen und Dimensionen des Lernens für technologische Innovationen

Für die Frage, wie ein soziales System unter diesen Aspekten lernen kann, lassen sich mit Pautzke (1989, S. 103 ff.) vier Dimensionen des Lernens bestimmen, die den Modus des Lernens beschreiben. Der dahinterstehende Lernbegriff sozialer Muster (Durkheim, 1999, S. 109 ff.) kombiniert dabei ein personales Lernen mit Prozessen des Organisationslernens. Dieses Verständnis berücksichtigt für die Gestaltung organisationaler Lernprozesse die selbstreferentielle Geschlossenheit der Lernenden innerhalb des Systems und des Systems selbst, d. h. den Bezug zu den (sozialen) Kognitionen und Emotionen als Formen der inhärenten „strukturellen Rationalität“ (Arnold & Pätzold, 2008, S. 28).

Eine auf mehr Technologie ausgerichtete Transformation von Pflegeeinrichtungen benötigt in dieser Perspektive, so Arnold (2010, S. 135b), „[...] die Anbahnung und Stärkung einer selbstreflexiven Kompetenz im Umgang mit Systemen – den eigenen (inneren) sowie denen im Außen“, da menschliches Verhalten nur in Beziehung zu seiner handlungsrelevanten Umwelt erklärt und verändert werden kann. Es lassen sich in diesem Sinne folgende Dimensionen einer wirksamen Systemveränderung unterscheiden (vgl. Abbildung 1):

1. Dominanz der Macht, bei der es um ein Lernen der Legiti-

mationsexpertInnen und Eliten durch Diskurs geht.

2. Dominanz der Institution, bei der ein Lernen als Veränderung des geteilten Wissens und eine Veränderung der gemeinsam geteilten Selbstverständlichkeiten angestrebt wird.
3. Dominanz der Lernkultur, unter der ein Lernen als Veränderung der organisatorischen Wissensbasis durch die Ermöglichung von Aneignung verstanden wird.
4. Dominanz der Programme als eine organisationale Veränderung durch die Anpassung formaler Strukturen und Programme.

Dabei wirken verschiedene Dynamiken durch Prozesse der Institutionalisierung und De-Institutionalisierung gleichzeitig, um existierende Rationalitätsmythen als soziale Kognition überwinden zu können (Schaefers, 2002, S. 837 ff.). Nach Beschorner et al. (2005, S. 33) besteht in diesen Prozessen eine handlungstheoretische Fundierung für ein technologiebezogenes Lernen aufgrund der angenommenen Koordinationsfunktion von Institutionen. Diese Funktion können Werte als besondere Erfordernis einer notwendigen technologischen Transformation in der Pflege erfüllen, da sie die Übersetzung von weltgesellschaftlicher Unschärfe in den Themen Digitalisierung, virtuelle Realität, Künstliche Intelligenz oder Big Data in eine organisationale Problemlösung moderieren (Groddeck, 2011, S. 228 f.). Die vier Modi des Lernens nach Pautzke (1989, S. 103 ff.) fügen sich in das Verständnis von Institutionalisierungsprozessen ein, da es hier um eine tragfähige Institutionalisierung von veränderten Deutungen und Interpretationen geht.

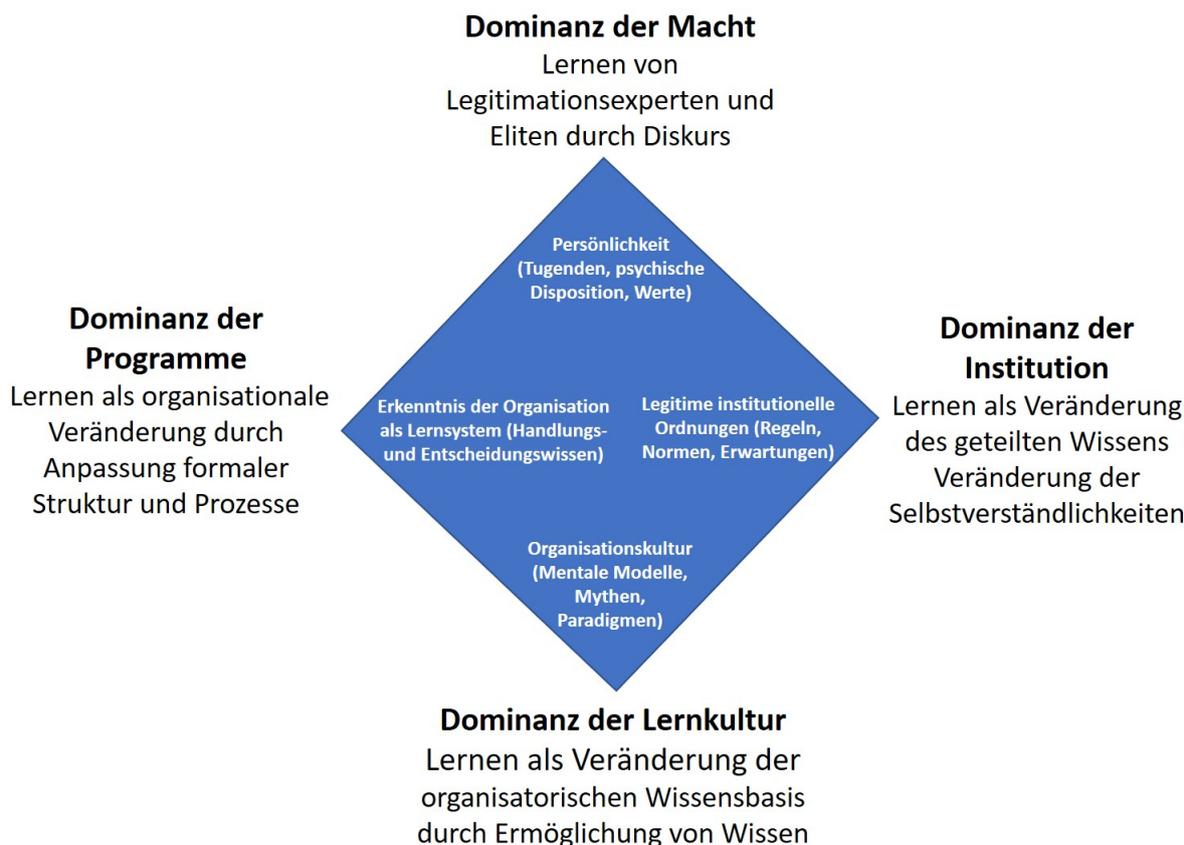


Abbildung 1: Raum des Lernens für technologische Innovationen in Pflegeeinrichtungen. Eigene Darstellung in Anlehnung an Pautzke, 1989, S. 103ff.

### 2.3 Konsistente Organisation für Innovationen: Analysematrix zur Förderung der organisationalen Innovationsbereitschaft

Eine Strategie organisationaler Transformation müsste in diesem Verständnis die Entwicklung einer „konsistenten Organisation“ (Freimann & Walther, 2012, S. 188) als sozio-technischem System verfolgen. Innerhalb dieser Organisation werden die Institutionen, die Kultur, die Strukturen und Prozesse sowie die teilnehmenden Individuen als Subjekte gleichermaßen berücksichtigt. Eine Voraussetzung für die gelingende technologische Transformation ist die Möglichkeit, die Funktions- und Handlungsbedingungen innerhalb sozialer Systeme zu untersuchen (Kulmer, 2000, S. 87). Die Verschränkung der Ebenen des Individuums und der Organisation als

Akteure sowie des umgebenden Systems dient dazu, die wechselseitigen Verhältnisse identifizieren zu können und daraus die relevanten „[...] Prozesse individuellen und sozialen Lernens zu thematisieren und Bedingungen dafür aufzuzeigen, ob und wann derartige Lernprozesse die Chance beinhalten, dass Akteure und Institutionen sich [...] entwickeln“ (Kulmer, 2000, S. 87).

Auf diese Weise, so die Annahme, lassen sich soziale Innovationen mit Hilfe einer neuen Technologie als Hilfemix in der Pflege erzielen, die als Mehrebenen-Ansatz Maßnahmen individueller und organisationaler Akteure zu neuen Ideen, Verhaltensweisen und Dienstleistungen bündeln. Im Sinne eines Öko-Konsistenzansatzes bietet es sich dazu an, den Raum des Ler-

nens zu öffnen (vgl. Abbildung 2). Die Aufgabe ist es, die Dominanz der Programme, der Macht, der Institution und der Lernkultur auf eine technologieunterstützende Pflege auszurichten und gestaltbar zu machen. Der Ansatz, die Anlässe, Anforderungen und den Bedarf von Fort- und Weiterbildung bzw. Organisations- und Personalentwicklung bei der geplanten Einführung und Nutzung technologischer Innovationen zu erfassen, füllt dabei den Raum des Lernens mit konkreten Handlungsoptionen. Dabei ist die Überlegung maßgeblich, dass technologische Innovationen in der Pflege mit inner- und außerbetrieblichen Entwicklungen einhergehen, die eine Auswirkung auf die Aufgabenerfüllung und die jeweiligen rahmenden Arbeitsprozesse haben. Staudt et al. (1993, S. 24ff.) unterscheiden dazu einen

**NEU**  
NÖ PFLEGE-  
AUSBILDUNGS-  
PRÄMIE

# Pflege studieren in Mistelbach

**JETZT BEWERBEN**

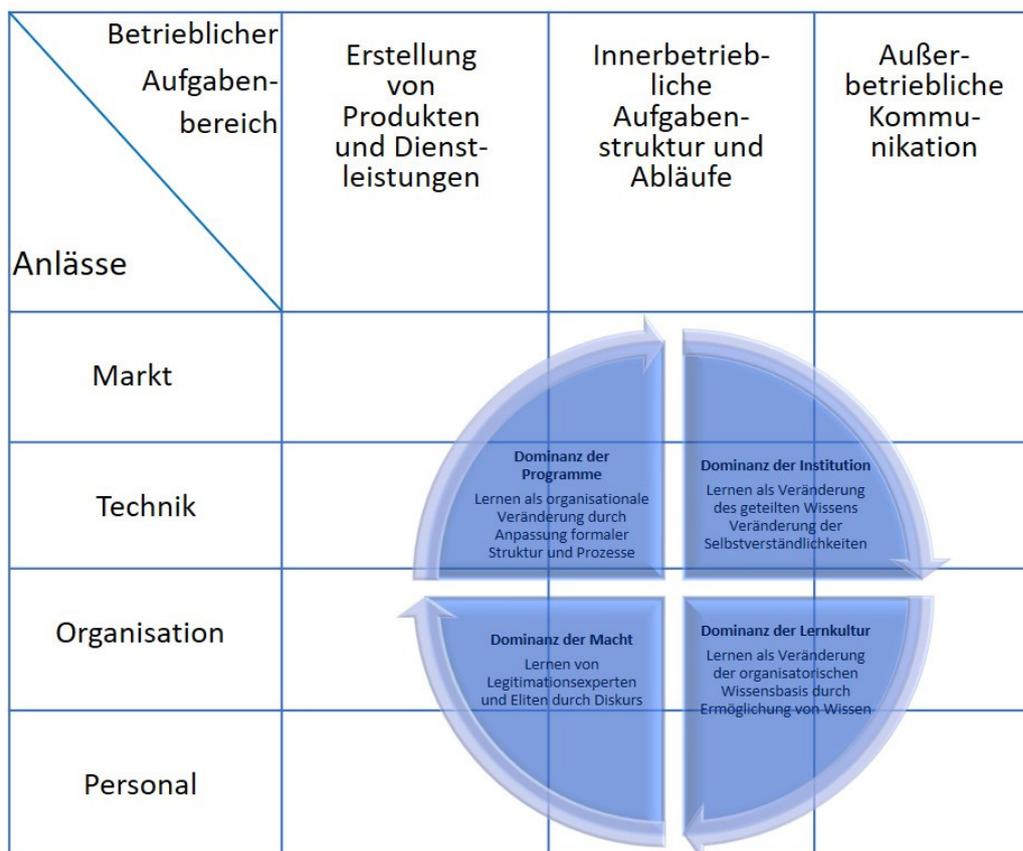
Vom Kinderwunsch bis zum Lebensende - begleiten Sie Menschen auf deren Lebensweg. Die Werkzeuge dazu erhalten Sie in unserem Bachelor-Studium Gesundheits- und Krankenpflege.



@fhkremms @imcnurse

Alle Studiengänge im Überblick:

[www.fh-krems.ac.at](http://www.fh-krems.ac.at)



**Abbildung 2: Bildungsbedarfsanalysematrix zur Förderung der organisationalen Innovationsbereitschaft.**  
 Eigene Darstellung in Anlehnung an Staudt et al., 1993, S. 26 und Pautzke, 1989, S. 103 ff.

sich ergebenden Bedarf auf der Ebene des Marktes, der Technik, der Organisation und dem Personal, den die Autoren mit drei Anlässen innerhalb einer Einrichtung als Matrix in Beziehung setzen. Zu den Anlässen gehören die Erstellung von Dienstleistungen, die innerbetriebliche Aufgabenstruktur und die außerbetriebliche Kommunikation.

**3 Methode der Datenerhebung: Kollegiale Gruppengespräche und Coverstory als betriebliches Fallbeispiel**

In Anlehnung an die Form des „kollegialen Gruppengesprächs“ (Hänsel, 2002, S. 16) erfolgte die Datenerhebung über eine sozial-interaktive Methode auf Seiten der Beforschten, die aus der methodischen Idee des Gruppengesprächs (Lamnek, 1995., S. 125ff.) heraus entwickelt wurde. Dabei

handelt es sich um ein nichtstandardisiertes Verfahren, da es als Diskussion einer Gruppe zu einem bestimmten Thema polyperspektivisch zentrale Informationen explorativ zum Untersuchungsgegenstand liefert.

Das Ziel dieser Untersuchungsform ist darin begründet, dass die Datengenerierung sich nicht nur auf die Interaktion von ForscherInnen und Interviewte stützt, wie in einem Interview. Vielmehr fließen die vielfältigen Kommunikationen, d.h. Meinungen, Einstellungen, Werthaltungen usw. einer Gruppe ein. Dieses Verfahren kann so als Kernelement für den Umgang mit Innovationsprozessen im definierten Sinn verstanden werden. Der informationelle Austausch der GruppenteilnehmerInnen untereinander soll den Zugang zu Informationen verschaffen, die anders

nicht thematisiert würden, da im Gespräch Wissen expliziert werden kann, welche erst in einer gezielten Auseinandersetzung mit einem konkreten Fall einer direkten Reflexion zugänglich ist (Lamnek, 1995, S. 136ff.).

Für die hier dargestellte Untersuchung ergibt sich daraus die Konsequenz, die Randbedingungen des organisationalen Umfeldes mit zu berücksichtigen, da Pflegeeinrichtungen durch ihre Strukturen als besonders einflussreiche und starke Organisation gegenüber individuellen Selbstdarstellungen, Reflexionstendenzen und konkreten Implementierungsbedingungen von technologischen Innovationen gelten. Hierzu zählen Einflüsse auf die Konstruktion der Rolle der Pflegekräfte in Pflegeinteraktionen, organisationskulturelle Aspekte (Drepper, 1992, S.

140) sowie darauf bezogene pathologische Erscheinungsformen (Staute, 1997, S. 120). Unter pathologischen Erscheinungsformen versteht er die Behinderung von organisationalen Lernprozessen durch mangelnde Informationsverarbeitungskapazitäten auf der Ebene von Strukturen, Normen und individual-psychologischer Kognitionen. Diese Merkmale führen zu defensiven Organisationsmustern und Verhaltensweisen.

Aus diesem Grund erhielten die VersuchsteilnehmerInnen eine Coverstory in Form einer Fallstudie (vgl. Kap. 4) mit dem Auftrag, sie mit Hilfe der Analysematrix hinsichtlich konkreter Entwicklungs-, Lern- und Innovationsbedarfe auszuwerten und konkrete Anforderungen hinsichtlich der Person- und Organisationsentwicklung zu formulieren. Dafür wurden sieben Kleingruppen mit drei Versuchspersonen, die unmittelbar aus dem Kontext Pflege mit patientennahen und patientenfernen Tätigkeiten kommen, gebildet. Jede Gruppe erhielt eine Analysematrix (vgl. Abb. 2). Zu den einzelnen Feldern sollte, wenn möglich, jedes Gruppenmitglied in Bezug auf den geschilderten Fall Stellung nehmen. Die Gruppenmitglieder konnten sich darüber verständigen, wann sie Bedarf sehen in einen thematischen Diskurs zu treten. Diese Form der kommunikativen Verdichtung markiert die Relevanz des Themas. Der Untersuchungsleiter war beim eigentlichen Gruppenprozess nicht anwesend, was einen Hauptunterschied zur klassischen Gruppendiskussion darstellt. Für die Gespräche waren ungefähr 60 Minuten vorgesehen. Im Gespräch wurde die Analysematrix ausgefüllt und die Begründungen und Argumente nachgehalten (Prescher, 2009, S. 80ff.).

Die Daten wurden systematisch für einen kontrollierten Nachvollzug alltagsweltlicher Handlungsfiguren und die Systematisierung dieser Handlungsfiguren in der Analysematrix zusammengefasst. Das Ziel war die Typisierung eines Sets an sozialen Handlungsmustern, welche eine besondere Relevanz für die angestrebten pädagogischen Veränderungsmaßnahmen haben könnten. Die Analysematrix diente den Autoren als Instrument Kern-, Haupt- oder Schlüsselkategorien (Strauss, 1994, S. 65ff.) deduktiv inhaltsanalytisch nach Mayring (1993) herauszuarbeiten, die der Integration der Kategorien in das zu entwickelnde theoretische Modell dienen.

#### **4 Betriebliches Fallbeispiel: Situationsbeschreibung ambulanten Pflegedienst als Coverstory zur Bildungsbedarfsanalyse und Innovationsbereitschaft in Anlehnung an Staudt et al. (1993, S. 27ff.)**

Der Träger für ambulante Pflege Frei, ist seit über 25 Jahren in Düsseldorf ansässig. Er hat sich auf die Pflege älterer Menschen, Palliative Care zu Hause sowie auf die Pflege von Demenzerkrankten spezialisiert und beschäftigt derzeit insgesamt ca. 120 MitarbeiterInnen in der Zentrale und den Niederlassungen. Acht Personen repräsentieren die Geschäftsführung, Verwaltung mit z.B. Lohnbuchhaltung, Marketing und Vertrieb usw.

Im Stadtgebiet Düsseldorf besitzt der Träger Frei zwei ambulanten Pflegestationen, in NRW im ländlichen Bereich zusätzlich fünf, die jeweils von einer PflegedienstleiterIn geleitet werden und in denen variierend ca. 112 überwiegend weibliche MitarbeiterInnen mit einem hohen Anteil an Teilzeitarbeit beschäftigt sind. Die meisten von

ihnen sind examinierte Pflegekräfte, einige auch PflegehelferInnen. Gerade im ländlichen Bereich ist die Fluktuation durch ein suboptimales Ausfallmanagement der Beschäftigten sehr hoch.

Das Unternehmen ist ein Familienbetrieb und wird durch zwei Geschwister geleitet, die für die einzelnen Bereiche (Pflege, Vertrieb/Controlling) verantwortlich sind. Das Betriebsklima wird von der überwiegenden Anzahl der Beschäftigten als sehr gut eingeschätzt und ist durch eine ausgeprägte Firmenphilosophie und -tradition geprägt.

In den letzten fünf Jahren wurden in der Einrichtung keine modernen Vorrichtungen und Technologien zur Pflege, PatientInnen- und Angehörigenkommunikation eingeführt. Der Umsatz des Unternehmens konnte, insbesondere aufgrund der steigenden Nachfrage aufgrund der demographischen Entwicklung in den letzten 15 Jahren verdreifacht werden. Doch in zunehmendem Maße macht sich – auch bedingt durch die Standorte der Niederlassungen – die wachsende Konkurrenz gerade auch von großen Anbietern und der immer stärker spürbare Fachkräftemangel bemerkbar. Die Geschäftsführung überlegt in dieser Situation, wie sich ihr Unternehmen von der Konkurrenz abheben kann und suchen hierfür Ansätze und Lösungen.

Von einem Konkurrenzunternehmen ihrer Betriebsgröße wissen sie aus einer persönlichen Kooperation, dass dieses erfolgreich neue Pflorgetechnologien implementiert und Weiterbildungsmaßnahmen für seine Pflegekräfte durchgeführt hat. Bisher wurde bei dem Träger Frei noch keinerlei Notwendigkeit zur Initiierung und

Durchführung von Weiterbildung gesehen, die über die Pflichtweiterbildungen hinausgehen, da sich die Unternehmensentwicklung positiv gestaltete und technische Investitionen nicht im Vordergrund standen.

Doch der nun entstandene Handlungsbedarf führt dazu, dass die Betriebsleitung als zentrale Maßnahme die Investition in Technik beschließt. Der Träger möchte die Arbeit der Pflegekräfte digital unterstützen, um diese zu entlasten, die Qualität der Pflege erhöhen und insbesondere die Zusammenarbeit mit den Angehörigen verbessern. Dazu wurde folgende Pflegeinnovation durch die Geschäftsführung in den Blick genommen und als lohnenswert für eine Implementierung in den eigenen Niederlassungen ausgewählt. Die Lösung soll in den nächsten drei Monaten eingeführt werden.

Der Anbieter <https://moio.care/ambulant/> (Stand: 12.04.2020) wirbt mit folgenden Beschreibungen für das intelligente Pflegepflaster.

Das intelligente Pflegepflaster

für eine rundum Betreuung, um möglichst lange im eigenen Zuhause bleiben zu können: Das ist allen PatientInnen wichtig, die ambulant betreut werden. Schön, wenn auch jemand aufpasst, wenn Sie oder die Angehörigen mal nicht da sind. Für diesen Fall haben wir moio.care entwickelt. Das intelligente Pflegepflaster erkennt zuverlässig Handlungsbedarf sowie Notsituationen und verständigt sofort die Bezugspersonen. So können pflegebedürftige Menschen länger zu Hause bleiben und sich trotzdem sicher fühlen. Zu jeder Zeit.

Das moio wertet kontinuierlich die Daten seines Trägers aus. Im Bedarfsfall überträgt es die relevanten Informationen an die moio.cloud zum Beispiel bei der Lagerungsüberwachung zur Dekubitusprophylaxe, der Sturzerkennung, Tragekontrolle und einer GPS-Ortung bei PatientInnen mit Flucht-tendenz. Dies geschieht über

einen separaten gesicherten Bereich des Mobilfunknetzes. Dabei werden nur Daten der Funktionen übermittelt, die ausdrücklich aktiviert wurden. Die moio.cloud benachrichtigt daraufhin die verantwortlichen Pflegekräfte über ihre mobilen Endgeräte. Auf Wunsch können die Daten auch in Ihre elektronische Pflegedokumentation oder eine andere von Ihnen genutzte Anwendung übermittelt werden. Eine Aufschaltung auf die Rufanlage ist ebenso möglich. Sie können frei entscheiden, wie Sie moio.care am besten in Ihrer Einrichtung integrieren.

Die Pflegedienstleitungen fühlen sich mit dieser Maßnahme überrannt. Sie fühlen sich in ihrer Arbeits- und Führungsleistung kritisiert und befürchten auch eine zunehmende Überwachung und Kontrolle der KollegInnen, was sich negativ auf das Arbeitsklima auswirken könnte. Insbesondere befürch-

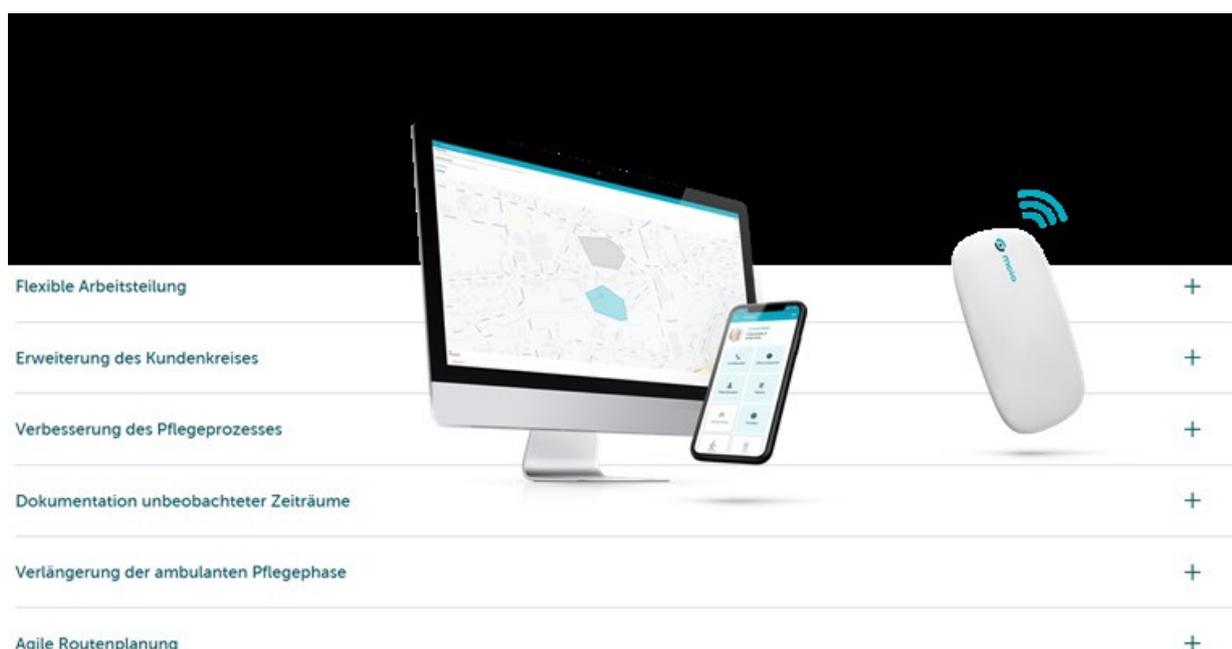


Abbildung 3: Moio.Care Vorteile

ten sie eine technologiegetriebene Verselbstständigung des MitarbeiterInneneinsatzes, was sie in ihrer Führungsrolle untergräbt. Überhaupt sehen sie diese Neuerung als skeptisch an, weil Pflege immer noch Dienst am Menschen ist und gerade dieses Pflegepflaster zu einer zunehmenden Vereinsamung der PatientInnen führen könnte, weil die Angehörigen ja über die App auch mit dem Moio verbunden sind und einfach seltener zu ihren pflegebedürftigen Angehörigen kommen. Ein Blick ins Handy ersetzt keine menschenwürdige Pflege.

## 5 Ergebnisdarstellung und -interpretation: Implementierung technologischer Innovationen in die Pflege benötigt einen triadischen Bildungsansatz

In der Bildungstheorie lassen sich drei Begründungslinien für einen strukturverantwortlichen Zugriff auf eine Implementierung technologischer Innovationen in der Pflege identifizieren:

- Intraindividuelles Lernen (vgl. Kap. 5.1)
- Interindividuelles Lernen (vgl. Kap. 5.1) und
- Transindividuelles Lernen (vgl. Kap. 5.2)

### 5.1 Fehlschluss interaktionistischer Technikimplementierung: Fort- und Weiterbildung zu technologischen Innovationen als Ansatz interindividuellen Lernens

In der ersten Begründungslinie geht es darum, dass Lernen kein Input-Prozess ist, der von

außen gesteuert wird. Lernen ist vielmehr ein intraindividuell-eller Prozess der Selbstan-eignung und ist kein abbilden. Bildung vollzieht sich demnach innerhalb subjektiver und individueller Realitätskonstruktionen (Alheit & Dausien, 1996, S. 33) und findet nicht ausschließlich in einer Relation zwischen Lehren und Lernen in Bezug auf ein Lernobjekt hier individueller Technikkompetenz und -akzeptanz statt (Prescher et al., 2020, S. 118ff.).

Veränderungen und implementierungswirksame Maßnahmen zeigen sich in einer zweiten Begründungslinie als ein interindividuelles Lernen, was zwischen Individuen abläuft bzw. mehrere Individuen betrifft. Technikanwendungswissen und Nützlichkeitsdarstellungen einer Innovation stehen hier so gesehen als ko-konstruktiver Prozess im Mittelpunkt, bei dem Lernen durch Zusammenarbeit und soziale Interaktion vollzogen wird. Im Zentrum der Diskussion steht dafür die Interaktion zwischen Lehrenden (häufig vertreten durch die Herstellerfirmen) und Lernenden. Bei dem zu vollziehenden ko-konstruieren geht es um die gemeinsame Erforschung von Bedeutungen gegenüber einer reinen Auseinandersetzung mit Fakten. Die Auseinandersetzung mit Bedeutungen heißt, die verschiedenen Verständnisse und Interpretationen von Phänomenen zu diskutieren und zu verhandeln (Fthenakis, 2009, S. 6). Diese Begründungslinie ist dem Verständnis

interaktionistischer Theorien zuzuordnen.

Die Beobachtung zu Strategien von Technikimplementierung in der Pflege lässt den Eindruck entstehen, dass die Angebote im Kern interaktionistisch angelegt sind, d. h. dyadisch (Fischer, 2008, S. 122). Der dyadische Bezug lässt sich über ein wechselseitiges Konstitutionsverhältnis zwischen Alter und Ego bestimmen. Technik und Technologie durch Bildung zu implementieren scheint davon bestimmt zu sein, dass innerhalb eines Bildungssettings sich Ego und Alter über Regeln des Handelns in Bezug auf ein Objekt bzw. Inhalt, hier Technikanwendung, austauschen und vielleicht sogar Regeln vereinbaren (interaktionistische Technikimplementierung). Dieses dyadische Verständnis findet sich in der Analysematrix in der Dimension Personal, bei der es überwiegend um das Thema Schulung im Rahmen der Gruppengespräche ging (vgl. Abb. 4).

Der Ausgangspunkt der Implementierung neuer Techniken und Technologien ist dabei, dass seitens der Einrichtungen den Herstellern der innovativen technischen Lösungen die Verantwortung übertragen wird, die MitarbeiterInnen entsprechend zu schulen und in die Nutzung der Technologie einzuweisen. Hersteller als auch die Einrichtungen folgen dabei einem konkreten Fehlschluss, der die Ausgangsannahmen der Forschung des vorliegenden Bei-

trages bestätigt: Sie setzen mit ihren Maßnahmen an der Subjektebene der Nutzung technologischer Innovationen an. Damit werden das Bedürfnis der Hersteller und Einrichtungen bedient, sich nach außen so darzustellen, wie sie gesehen werden wollen. Sie erfüllen damit die Erwartungen, die von außen an sie herangetragen werden.

„Wenn bei uns was neues eingeführt wird, wie letzts die digitale Patientenakte, werden alle kurz geschult, damit wir wissen, wie das funktioniert und wo wir was eingeben und finden. (Grp I, Z. 123)

Die Hersteller folgen damit ihrem Bedürfnis ein so genanntes „innovatives“ Produkt hinsichtlich einfacher Umsetzbarkeit bzw. Handhabbarkeit im Sinne von Usability-Aspekten in den Mittelpunkt zu stellen. Die Technologie als solche, so die TeilnehmerInnen, scheint als selbsterklärend präsentiert zu werden. Es geht in erster Linie um den Transport des vermeintlichen Lösungsverprechen von Technologien zu folgen, dass sich selbst eher an einem Idealfall von Pflege orientiert.

„Die Technik ist ja schön und gut. Aber wer übernimmt die Verantwortung für die Datenpflege, besonders wenn einmal ein Fehler passiert und dass nicht gleich einer merkt. Da hat ja jetzt jeder Zugriff darauf. Bei dem Moio sogar die Angehörigen.“ (Grp. III, Z. 46)

Konkret bedeutet das, es wird durch die Hersteller ganz im Sinne des Technology Usage Inventory nach Kothgassner et al. (2012) Energie dahingehend investiert, Einsicht in ein Produkt zu fördern, in dem die Nützlichkeit mit lachenden Menschen und lachenden PatientInnen dargestellt wird. In diesem Vorgehen werden zunächst die Produkt-Idee, Mehrwerte und Entlastungsfaktoren vorgestellt. Darüber hinaus wird die Bedienung des Produktes geschult, damit eine fehlerfreie und angemessene Nutzung möglich ist. Im Sinne eines Technikanwendungswissens wird die Skepsis der Pflegekräfte angesprochen. Inhalte sind dann im angeführten Produktbeispiel der moio.care Lieferumfang, die Bedienung, das Anlegen und die Wartung des Pflasters sowie Meldungen, Fehlermeldungen, Zuständigkeiten und Rollen u.a. Aspekte.

Die Implementierungslogik folgt dabei einem doppelten Fehlschluss: Zum einen sind die Pflegekräfte aktuellen empirischen Ergebnissen folgend nicht der Engpassfaktor zur Einführung von Innovationen (vgl. hier etwa Dockweiler, 2019). Pflegekräfte sind insgesamt als grundsätzlich technikbereit anzusehen, ihre Einstellung zu einer Technologie hängt eher vom Einsatzszenario von Technologien im Kontext von Pflegebeziehungen ab. Zöllick et al. (2019, S. 216 f.) weisen insbesondere auf die besondere Problematik bei Technologien als Ersatz bei sozialen und

persönlichen Zuwendungen hin. Zum anderen ist es gerade mit Blick auf das eigene professionelle Bild von Pflegekräften nicht zielführend die Verantwortung dem Hersteller zu überlassen. Dieser kann ein technologisch einwandfreies Produkt herstellen und argumentativ verkaufen. Im Zentrum der Pflegearbeit steht jedoch eine menschliche Zuwendung, sorgendes Denken und Handeln (Hellige et al., 2018, S. 115). Pflege ist eine komplexe personenbezogene Beziehungs- und Fürsorgearbeit, die durch eine hohe Individualität, eine hohe Integrativität und eine hohe Verhaltensunsicherheit geprägt ist. Die daraus ableitbare Qualitätsunsicherheit seitens der Pflegenden (und der PatientInnen) durch Technologieinsatz kann die Bereitschaft, assistive Technologien zu nutzen, hemmen.

## 5.2 Prozessorientierung für ein transindividuelles Lernen: Ko-Konstruktiver Diskurs als Basis organisationaler Innovationsbereitschaft in der Pflege

Es fehlt aus Sicht einer bildungstheoretischen Perspektive daher ein drittes Element: Als das Dritte können Organisationen mit ihren Institutionen angesehen werden, welche die sozialen Verhältnisse strukturieren. Fischer (2008, S. 125) beschreibt dieses Dritte als den Missing Link, damit Handeln innerhalb von Versorgungs- und Pflegeeinrichtungen verändert werden kann, d.h. sich eine bestimmte sozial konstruierte Objektivität verändert. Erst

die Wiederholung der besprochenen Regeln zwischen Alter und Ego durch einen Dritten bzw. viele Dritte im Rahmen eines kommunikativen Diskurses, insbesondere die Nutzung von innovativen Technologien in multiprofessionellen Teams, lässt diese Regeln objektiv, d.h. sozial relevant werden (transaktionale Bildung). Dieses Lernen kann als ein transindividuelles Lernen beschrieben werden. Im Sinne der Analysematrix entspricht dieses Lernverständnis den Angaben der TeilnehmerInnen der Gruppengespräche zum Verhältnis aus Organisation, Technik und Markt der Bildungsanlässe zu den betrieblichen Aufgabenbereichen.

„Die Technik allein nützt mir nichts. Ich brauche jemanden, der mir die Patienten anlegt, zuordnet und das geregelt ist, wer springt, wenn der Alarm ausgelöst wird. Und ich glaube, mein Träger ist schon überfordert, jeder Pflegekraft ein eigenes Diensthandy zur Verfügung zu stellen, was unseren IT-Sicherheitsbestimmungen gerecht wird.“ (Grp. V, Z. 82).

Die wahrgenommene und eingeschätzte Nützlichkeit bzw. Skepsis gegenüber neuen Techniken hängt dabei mit hoher Plausibilität von den Kontrollüberzeugungen in Bezug auf die PatientInnenversorgung zusammen. Dies meint, dass Pflegekräfte ihr Handeln und ihre Verantwortlichkeit innerhalb des Pflegeprozesses kontrollieren wollen. Durch die

technologische Intervention sehen sie hier eine Gefahr, weil die Technologie in den Pflegeprozess eingreift (Dimension Organisation und Technik der Analysematrix). Es braucht eine klare Administration, Regelung zur Einbindung der gewonnenen Daten in die Pflege und eine Klärung der Verantwortlichkeiten.

„Was passiert eigentlich, wenn ich bei Herrn Müller einen echten Notfall mit Notarzteinsatz habe und bei Frau Meier der Umlagerungsalarm für die Dekubitusprohylaxe kommt. Lasse ich dann Herrn Müller liegen oder kassier´ ich dann eine Abmahnung, weil in der Pflegedoku steht, dass ich Frau Meier nicht umgelagert habe?“ (Grp. I, Z. 12)

Das Menschen mit ausgeprägten Routinen und einer Institutionalisierung von Verhaltens- und Handlungsweisen mit einer hohen PatientInnennähe auf technologieinduzierte Veränderungen skeptisch reagieren, kann in Anlehnung an die Veränderungs- und Widerstandsforschung als plausibel angenommen werden (Evans et al, 2021, S. 38f.). Daraus folgt, dass die Praxiseinrichtungen im Sinne eines prozessorientierten Lernens ihre Bildungsmaßnahmen anpassen sollten. Die Pflegekräfte sollten die Technologie im geschützten Rahmen anwenden und über mögliche Unsicherheiten bezüglich der Anwendung der Technologie und ihrer Kontrolle sprechen können. Diese Unsicherheiten

müssen im Rahmen von Dialogräumen abgebaut werden (Prescher, 2019, S. 160).

Für eine gelungene Implementierung kommt es daher auf eine Prozessorientierung an, und darauf, die Integration hinsichtlich formaler Notwendigkeiten und sich ergebender informaler Möglichkeiten gemeinsam zu gestalten und immer wieder zu reflektieren. Gerade im Zusammenhang mit dem Pflegepflaster als vernetztes System ist die Frage der Kommunikationswege und damit zusammenhängender Entscheidungen fundamental. Es müssen legitime Kontaktpunkte und Zuständigkeiten geregelt werden:

„Die PDL ist in jedem Falle verantwortlich und sollte die treibende Kraft sein. Schließlich geht es ja nicht nur um die Technik an sich, sondern um viele Konsequenzen für die Personal- und Routenplanung, die Zuständigkeiten, den Umgang mit Störungen durch die Technik in unseren Pflegeroutinen wie Morgens oder Abends. Na und wie das alles gewartet, aufgeladen und gepflegt wird.“ (Grp. 4, Z. 123).

Ein Lernen hinsichtlich der Einführung und Nutzung technologischer Innovationen in der Pflege ist immer am Kontext orientiert, da ein Lernen von Individuen als ein Lernen innerhalb eines beeinflussenden kulturellen Kontextes einer multiprofessionellen Gemeinschaft stattfindet. Das Soziale ist dazu als transindividuelle Einheit mit

spezifischen Umweltmerkmalen zu verstehen (vgl. Dimension Markt der Analysematrix). Insofern ist eine intentionale Technologieimplementierung nicht allein als ein ko-konstruktiver Prozess in Bezug auf den Lerngegenstand Technologie und ihre Nutzung zu sehen, sondern als ein ko-konstruktiver Diskurs für eine gemeinsame Sinnkonstruktion für das multiprofessionelle Handeln und die kundenorientierte Zusammenarbeit mit PatientInnen und Angehörigen. Nicht allein der Lerngegenstand oder die anwesenden Interaktionspartner stehen im Mittelpunkt, sondern die den Lerngegenstand betreffenden sozialen Institutionen in Form von Regeln, Werten und Normen (Röhrle & Laireiter, 2010, S. 907ff.), wie z.B. die Pflegeroutinen, das Konzept der Pflege nach Bereichs- oder Funktionspflege oder auch der räumlichen Gestaltung der Einrichtung.

„Ich bin ja der Überzeugung, dass wir Lichtjahre davon weg sind, dass uns die Technik als Mensch ersetzen wird. Aber ich habe so schon keine Zeit für meine Patienten. Jetzt käme da noch so ein Ding dazu. Das müsste ich ankleben, laden und kontrollieren. Das kostet doch auch Zeit. Die fehlt mir.“ (Grp. 3, Z. 56).

Diese erweiterte Begründungslinie ist den systemtheoretischen und institutionentheoretischen Ansätzen zuzuordnen, da es nicht nur darum geht, neue Inhalte gemeinsam zu erarbeiten,

um darüber den gegenwärtigen Verständnishorizont zu erweitern. Vielmehr geht es darum, den Bedeutungshorizont des Lerngegenstandes innerhalb des sozialen Systems als kulturelles Gebilde einzubeziehen und im Sinne einer multiprofessionellen Sinnkonstruktion neu zu bestimmen. Im Sinne der Analysematrix bedeutet dies, die Aufgabenbereiche der Kerndienstleistung Pflege, die innerbetriebliche Aufgabenstruktur und Abläufe sowie die außerbetriebliche Kommunikation zu betrachten (vgl. Abb. 4). Im Mittelpunkt steht damit nicht mehr allein die Interaktion zwischen einem Hersteller als Schulungsverantwortlichen und seiner technischen Lösung mit den Lernenden, sondern die hierarchieübergreifende Interaktion der Fach- und Führungskräfte als Lernende untereinander in ihrer sozialen Lebens- und Arbeitswelt mit dem Adressatenkreis der angebotenen Pflege (systemische Bildung). Entsprechend dieses Verständnisses braucht eine Pflege mit Hilfe von Technologie durch Bildung eine sozialtheoretische Öffnung, die das dyadische Verständnis um ein triadisches Verständnis erweitert.

Es bringt mir nichts, wenn so ein Techniker kommt und mir erzählt wie toll und einfach alles geht. Ich brauche meine WBL, die mir genau sagt, wie sie die Technik genutzt haben will. Die macht sich darüber nur keine Gedanken, weil die bei der Einführung von so was ja auch

nicht gefragt wurde.“ (Grp. 5, Z. 112).

Die verwendete Analysematrix zur Bestimmung möglicher Fort- und Weiterbildungsanlässe sowie Bildungs- und organisationale Entwicklungsbedarfe deckt dementsprechend das Spektrum des triadischen Verständnisses ab (vgl. Abb. 4). Im Folgenden dient die Analysematrix als zusammenfassende Darstellung der Erkenntnisse aus den Gruppengesprächen. Dabei werden konkrete Ansatzpunkte des Lernens mit den Anlässen im Bereich des Marktes, der eigentlichen Technik, der Pflegeeinrichtung mit ihrer Organisation und dem Personal in Beziehung zu den betrieblichen Aufgabenbereichen der pflegerischen Wertschöpfungserstellung gesetzt. Sichtbar wird im Sinne der oben geführten Argumentation, dass die Implementierung neuer Technologien nicht von den Pflegekräften als Lernsubjekte abhängig ist, sondern von der Organisation als lernende Organisation, die für eine Implementierung nötige zeitliche und materielle Ressourcen zur Verfügung stellt, damit sich eine Technologie nahtlos in die etablierten Prozesse und Routinen einfügen kann.

„Ich glaube, die Matrix hier ist mal ein Ansatz, so was strukturiert einzuführen. Ich brauche ja nicht nur die Technik, ich brauche vor allem jemanden der die verwaltet und mit den Informationen irgendwas macht.“ (Grp. 1, Z. 167).

Betrieblicher Aufgabenbereich Anlässe	Erstellung von Dienstleistungen	Innerbetriebliche Aufgabenstruktur und Abläufe	Außerbetriebliche Kommunikation
<b>Markt</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Andere bieten Leistungen günstiger an</li> <li>• Höheres Konkurrenzgefälle macht veränderte und flexiblere Dienstleistung nötig</li> <li>• Innovative Programme anbieten</li> <li>• Risikoüberwachung bei alleinlebenden Patienten               <ul style="list-style-type: none"> <li>• erhöhte Patientensicherheit</li> <li>• weniger Zeitbedarf bei Betreuung durch Familie</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Attraktiverer Arbeitgeber als Ziel</li> <li>• Unterschiedliche Standorte ausbauen/einschließen</li> <li>• Durch flexibleren Patientenkontakt wird Patienten-/Marktnähe gesichert</li> <li>• Personalmanagement               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personalbedarfsplanung</li> <li>• Ausfallsmanagement (Pool)</li> <li>• Aufgabenmanagement</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informationen einholen zu zukünftigem Bedarf, Kostenübernahmen, Programme</li> <li>• Angehörigenkommunikation und –education</li> <li>• Kundenorientierte Öffentlichkeitsarbeit               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bessere Kundenbindung</li> <li>• Ermöglicht Angehörigen mehr Selbstständigkeit in der Pflege/Unterstützung</li> </ul> </li> </ul>
<b>Technik</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kunde kann Unternehmen besser erreichen</li> <li>• Pflegepflaster beim Patienten</li> <li>• Überwachungstechnik zentral (IT) anschaffen sowie auf den mobilen Geräten der MA mit entsprechender Notfallalarmierung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Software anschaffen und einführen</li> <li>• DGSVO Konformität prüfen</li> <li>• Technik des Unternehmens muss modernisiert werden</li> <li>• Entsprechende IT-Technik</li> <li>• ggf. mobile Endgeräte (Diensthandys, Tablets)</li> <li>• Programmimplementierung zur Dienstplanung</li> <li>• Wartung z.B. Aufladen, Pflege, Support</li> <li>• Schnittstellung zu bestehenden Lösungen z.B. Pflegedokumentation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Akzeptanzförderung bei PatientInnen und Angehörigen</li> <li>• Alarmierungsplan mit Angehörigen abstimmen für Notfälle</li> <li>• Technischschulung bei Angehörigen und PatientInnen</li> <li>• MPG-Beauftragung (mit Hinweis nach „außen“)</li> </ul>
<b>Organisation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administration klären</li> <li>• Notfallmanagement (z.B. bei Sturzalarm)</li> <li>• Technik-Support 24/7</li> <li>• Ansprechpartner 24/7</li> <li>• Einbindung der Messergebnisse in die Pflegeplanung/Behandlung und entsprechender Dokumentation</li> <li>• Beauftragten benennen oder externes Consulting</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einbindung in die Personalplanung</li> <li>• Strukturen schaffen</li> <li>• im Idealfall hohe Transparenz bei der Einführung für maximale Akzeptanz unter den MA</li> <li>• Zeitlicher Mehraufwand für die MA zusätzlich zur Regelversorgung</li> <li>• Klärung von Verantwortlichkeiten/ Aufgabenbereiche (Bezugs- und Funktionspflege)</li> <li>• Abgleich arbeitsrechtlicher Rahmenbedingungen (ggf. Betriebsrat)</li> <li>• Tourenoptimierung durch neue Techniken</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mehraufwand individualisierter Terminplanung mit den Angehörigen der PatientInnen</li> <li>• Zentrale Ansprechpartner (mind. 2)</li> <li>• Behandlungsteam Absprachen (Ärzte/Physio/Catering)</li> <li>• Organisation der Produktschulung des intelligenten Pflegepflasters mit Angehörigen</li> <li>• Beratungsgespräche führen</li> </ul>
<b>Personal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personalschulung auf das Produkt</li> <li>• Multiplikatoren für Personalschulung</li> <li>• Multiplikatoren für Angehörigenschulung (im Idealfall durch alle MA möglich)</li> <li>• Einbindung der Führungsebene</li> <li>• Konzept zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter bei Fluktuation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schulung der Führungskräfte/Personalmanagement auf das neue System</li> <li>• Strukturierte Zeiterfassung</li> <li>• Personalschulung aller MA auf neues               <ul style="list-style-type: none"> <li>• System und mobile Endgeräte/App</li> <li>• Beauftragten bestimmen, der den Managementdesktop für das Pflegepflaster/Dienstplanung übernimmt</li> <li>• Zuständigkeits-/Stellvertreterregelung</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Multiplikatoren für Personalschulung</li> <li>• Personalschulung für die Durchführung von Angehörigengesprächen und Angehörigenschulungen</li> <li>• Schulungen regelmäßig wiederholen (MA wie auch Angehörige)</li> </ul>

Abbildung 4: Auswertung Analysematrix für ein triadisches Bildungsverständnis transindividueller Lernens

### 6 Fazit: Innovationsbereitschaft als ein Verändern von Gemeinsamkeiten

Die bildungstheoretische Betrachtung der Implementierung technologischer Innovationen in die Pflege kann einen Beitrag dazu leisten, ein „gesellschaftlich-normatives Identitätsler-

nen“ (Geißler, 2000, S. 236) zu unterstützen, das jedoch nicht einseitig auf ein kognitives und wissensorientiertes Verständnis von Technik und ihrer Anwendung ausgerichtet ist. Eine solche bildungstheoretisch Betrachtung ist hier mit dem doppelten Spannungsfeld

der Dualität aus Kognition und Affekt konfrontiert sowie mit dem Spannungsfeld individuellen und gemeinschaftlichen Lernens als Ankerpunkte einer kollektiven Innovationsbereitschaft.

Aufgrund dieses Spannungsfeld-

des ist in einer pädagogischen Konzeption das umgebende Sozialsystem mit einzubeziehen, da entsprechend der Annahme eines Mehrebenenmodells des Lernens aus Subjekt, Team, Organisation und organisationales Feld eine soziale Innovation nur über eine „dialektische Relation“ (Erben et al., 1986, S. 101) zwischen den technischen, physischen, psychischen und sozialen Systemen erreichbar ist. Gerade soziale Umwelten wie Organisationen mit ihren Institutionen haben einen maßgeblichen Einfluss darauf, welche Handlungsoptionen durch ihre Mitglieder gewählt und auf Dauer gestellt werden können. Sie stellen mit ihren Kontexten Institutionen als zentrale Behavior Settings zur Verfügung, um eine innovations- und technologieförderliche Kompetenzentwicklung zu ermöglichen oder eben zu verhindern.

Für die grundlegende Innovationsbereitschaft spielt hier speziell die Leitung mit einem klaren Prozessmanagement und einer zielgerichteten Prozessgestaltung eine bedeutsame Rolle. Hierin kommt eine wesentliche bildungstheoretische Dimension organisationalen Lernens zum Ausdruck, die auf die Veränderung von Gemeinsamkeiten abzielt.

## 7 Literatur

Alheit, P. & Dausin, B. (1996). Bildung als „biographische Konstruktion“? In H. Faulstich-Wieland, E. Nussli, H. Siebert & J. Weinberg (Hrsg.), Report 37. Biographieforschung und Biographisches Lernen. Frankfurt a.M., 33 – 45. [http://www.die-frankfurt.de/esprid/dokumente/doc-1996/faulstich-wieland96\\_01.pdf#page=30](http://www.die-frankfurt.de/esprid/dokumente/doc-1996/faulstich-wieland96_01.pdf#page=30) [07.02.2023].

Arnold, R. & Pätzold, H. (2005). Die Systemik der Kompetenzentwicklung. In B. Dewe, G. Wiesner & C. Zeuner (Hrsg.), Theoretische Grundlagen und Perspektiven der Erwachsenenbildung. Literatur- und Forschungsreport Weiterbildung, Jg. 28, Report 1/2005, 201-207.

Arnold, R. (2010). Systemische Berufsbildung: Kompetenzentwicklung neu denken - mit einem Methoden ABC. Schneider.

Beschorner, T., Behrens, T. Hoffmann, E., Lindenthal, A., Hage, M., Thierfelder, B. & Siebenhühner, B. (2005). Institutionalisierung von Nachhaltigkeit. Eine vergleichende Untersuchung der organisationalen Bedürfnisfelder Bauen & Wohnen, Mobilität und Information & Kommunikation. Metropolis.

Deutscher Ethikrat (2020). Robotik für gute Pflege. Stellungnahme vom 10.3.2020, Deutscher Ethikrat (Hrsg.). Berlin.

Dockweiler, C., Dierich, L. & Palmdorf, S. (2019). Telemati-

sche Anwendungen in der ambulanten Pflege: Die Perspektive von Pflegekräften, Pflege, 32(2), 87-96.

Drepper, C. (1992). Unternehmenskultur: Selbstbeobachtung und Selbstbeschreibung im Kommunikationssystem „Unternehmen.“ Europäische Hochschulschriften. Campus.

Durkheim, E. (1999). Die Regeln der soziologischen Methode. Suhrkamp.

Engels, A. (2011). Wirtschaft und Rationalität im Neo-Institutionalismus. In A. Maurer & U. Schimank (Hrsg.), Die Rationalitäten des Sozialen (S. 113-133). VS.

Evans, M., Schrör, L. & Gießler, W. (2021). Digitale Kompetenzen für die Pflege – Erfolgsfaktoren vorausschauender Personalentwicklung im Krankenhaus, In J. Zerth, C. Forster, S. Müller, C. Bauer, P. Bradl, T. Loose, R. Konrad & M. Klemm (Hrsg.), Kann Digital Pflege? Konferenzband Teil 1 zur 3. Clusterkonferenz „Zukunft der Pflege“, Nürnberg, September 2020, (37-40).

Erben, R., Franzkowiak, P. & Wenzel, E. (1986). Die Ökologie des Körpers - Konzeptionelle Überlegungen zur Gesundheitsförderung. In E. Wenzel (Hrsg.), Die Ökologie des Körpers (S. 13-120). Suhrkamp.

Fischer, J. (2008). Tertiärität. Die Sozialtheorie des »Dritten« als Grundlegung der Kultur- und Sozialwissenschaften.

- In J. Raab, M. Pfadenhauer, P. Stegmaier, J. Dreher & B. Schnettler (Hrsg.), Phänomenologie und Soziologie (S. 121-130). VS.
- Flick, U. (1995). Qualitative Forschung. Theorie, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften. Rowohlt.
- Fthenakis, W.E. (2009). Bildung neu definieren und hohe Bildungsqualität von Anfang an sichern. *Betrifft Kinder*, 9(3), 6-10.
- Geißler, H. (2000). Organisationspädagogik: Umriss einer neuen Herausforderung. *Vahlen*.
- Groddeck, V. von (2011). *Organisation und Werte: Formen, Funktionen, Folgen*. VS.
- Hänsel, M. (2002). *Intuition als Beratungskompetenz in Organisationen*. Dissertation der Medizinischen Fakultät der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg.
- Hellige B., Meilwes M. & Seidel S. (2018). Digitalisierung und Sorgeverhältnis – ein unauflöslicher Widerspruch? In M. Pfannstiel, S. Krammer & W. Swoboda (Hrsg.), *Digitale Transformation von Dienstleistungen im Gesundheitswesen IV – Impulse für die Pflegeorganisation*, Bd. IV (S. 113-133). Springer.
- Ittelson, W. H., Proshansky, H. M., Rivlin, L. G. & Winkel, G. H. (1977). *Einführung in die Umweltpsychologie*. Klett-Cotta.
- Kardorff, E. v. (1985). Zwei Diskurse über die Ordnung des Sozialen-Zum Verhältnis von Eigenrationalisierung und Verwissenschaftlichung am Beispiel von Psychiatrie und Soziologie. In W. Bonß & H. Hartmann (Hrsg.), *Entzauberte Wissenschaft. Sonderband 3, Soziale Welt* (S. 229-255). Otto Schwartz & Co.
- Kothgassner, O. D., Felhofer, A., Hauk, N., Kasthofer, E., Gomm, J. & Kryspin-Exner, I. (2012). *TUI: Technology Usage Inventory. Fragebogen und Manual*. FFG. [https://www.ffg.at/sites/default/files/allgemeine\\_downloads/thematische\\_programme/programmdokumente/tui\\_manual.pdf](https://www.ffg.at/sites/default/files/allgemeine_downloads/thematische_programme/programmdokumente/tui_manual.pdf) [12.03.2018].
- Kuhlmey, A., Blüher, S., Nordheim, J. & Zöllick, J. (2019). *Technik in der Pflege – Einstellungen von professionell Pflegenden zu Chancen und Risiken neuer Technologien und technischer Assistenzsysteme*. Abschlussbericht für das Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP). <https://www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP-Bericht-Technik-profPflege.pdf> [07.02.2023].
- Kulmer, U. (2000). *Erfolgskonstruktionen: Strategie-Interviews mit körperbehinderten Frauen*. Lit.
- Lamnek, S. (1995). *Qualitative Sozialforschung. Methoden und Techniken: Band 2. Psychologie*. Verlags Union.
- Lamnek, S. (1995). *Qualitative Sozialforschung. Methodologie*. Band 1. Psychologie. Verlags Union.
- Luhmann, N. (1997). *Die Gesellschaft der Gesellschaft*. Suhrkamp.
- Mayring, P. (1993). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (4. Aufl.). Deutscher Studien Verlag.
- Pautzke, G. (1989). *Die Evolution der organisatorischen Wissensbasis: Bausteine zu einer Theorie des organisatorischen Lernens*. Kirsch.
- Prescher, T. (2009). *Führung als organisationsbezogener Lernprozess: Zur Rekonzeptionalisierung von Self-Monitoring in einer erziehungswissenschaftlichen Perspektive*. Südwestdeutscher Verlag für Hochschulschriften.
- Prescher, T. (2019). *Ökologisch bilden: Modellierung von Lernzugängen zur nachhaltigen Entwicklung in Organisationen*. WBV.
- Prescher, T., Schneider, M., Zerth, J., Müller, S. & Jaensch, P. (2020). *Technik, Pflege und prozessorientierte Lernkulturentwicklung: Konstitution und Konstruktion der Technikimplementierung in Pflegeeinrichtungen am Beispiel der Dekubitusprophylaxe*. *Pädagogik der Gesundheitsberufe*, 7(2), 115-121.

- Röhrle, B. & Laireiter, A.-R. (2010). Netzwerkforschung in der Psychologie. In C. Stegbauer & R. Häußling (Hrsg.), *Handbuch Netzwerkforschung* (S. 907-915). VS.
- Schaefers, C. (2002). Der soziologische Neo-Institutionalismus. Eine organisations-theoretische Analyse- und Forschungsperspektive auf schulische Organisationen. *Zeitschrift für Pädagogik*, 48(6), 835-855.
- Seibert, K., Domhoff, D., Hunter, K., Krick, T., Rothgang, H. & Wolf-Ostermann, K. (2020). Application of digital technologies in nursing practice: Results of a mixed methods study on nurses' experiences, needs and perspectives. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, Vol. 158-159, 94-106.
- Staudt, E., Bestel, S., Diétrich, A., Kröll, M., Merker, R., Mühlemeyer, P. & Behrendt, S. (1993). *Weiterbildungshandbuch. Planungshilfen und Checklisten zum Management von WB- Prozessen*. Bochum Innovation: Forschung und Management. Institut für angewandte Innovationsforschung.
- Staute, J. (1997). *Das Ende der Unternehmenskultur. Firmenalltag im Turbokapitalismus*. Campus.
- Strauss, A. L. (1994). *Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. Wilhelm Fink.
- Weiß, C., Lutze, M. & Compagna, D. (2013). *Unterstützung Pflegebedürftiger durch technische Assistenzsysteme, Abschlussbericht*. Berlin: VDI/VDE Innovation + Technik.
- Zöllick, J., Kuhlmeiy, A., Suhr, R., Eggert, S., Nordheim, J. & Blüher, S. (2019). Akzeptanz von Technikeinsatz in der Pflege. Zwischenergebnisse einer Befragung unter professionell Pflegenden. In K. Jacobs, A. Kuhlmeiy, S. Greß, J. Klauber & A. Schwinger (Hrsg.), *Pflege-Report 2019: Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher?* (S. 211-218). Springer.

*hpsmedia*



# CareLit

Gezielte Literatur-Recherche im Gesundheitswesen.



Sie suchen,  
wir finden.

[www.carelit.de](http://www.carelit.de)