LiG

Lehren & Lernen im Gesundheitswesen

Die Zeitschrift für Theorie & Praxis

Ausgabe 07/2022



In Zusammenarbeit mit „Pflege Professionell“



KÄRNTEN
University of Applied Sciences

GESUNDHEITS- UND PFLEGEMANAGEMENT

DAS GESUNDHEITSWESEN VON MORGEN MANAGEN

Das Studium befähigt, aktiv und lösungsorientiert Herausforderungen im Gesundheitswesen anzunehmen. Spezialwissen über das sensible Arbeitsumfeld im Gesundheits- und Pflegebereich gepaart mit Kompetenzen aus dem Management machen Sie zum Experten.



„Wer das Gesundheitssystem nicht nur mitgestalten, sondern innovativ und kreativ weiterentwickeln will, ist am Bachelorstudiengang Gesundheits- und Pflegemanagement genau richtig. Durch unsere Vernetzung in die Praxis und das hohe Niveau in der Theorieausbildung bringen wir genau die Zutaten mit, die dafür von Nöten sind."

FH-PROF. MAG. DR. KLAUS WETTL
Studiengangsleitung

FATCS

Bachelorstudiengang, Vollzeit & Berufsbegleitend, 6 Semester
Ausbildung nach § 65a GuKG
(Führend in der Pflege)

VZ: Mo. – Fr. ganztägig, teilweise samstags
BB: 6 Blockwochen pro Semester
(Mo. – Sa.: 08:30 – 19:45 Uhr)

AUFNAHMEVERFAHREN

Bewerbung bis 31. August erbeten

Schriftlicher Aufnahmetest

Persönliches Gespräch

UNSER STUDIENANGEBOT

Bachelorstudiengänge

- Biomedizinische Analytik (VZ)
- Disability & Diversity Studies (BB)
- Ergotherapie (VZ)
- Gesundheits- und Krankenpflege (VZ)
- Gesundheits- und Pflegemanagement (VZ, BB)
- Hebammen (VZ)
- Logopädie (VZ)
- Physiotherapie (VZ)
- Radiologietechnologie (VZ)
- Soziale Arbeit (VZ, BB)

Masterstudiengänge

- Disability, Diversity & Digitalisierung (BB)
- Gesundheitsmanagement (BB)
- Soziale Arbeit: Entwickeln und Gestalten (BB)

Jetzt bewerben!

KONTAKT

T: +43 5 90500-4101
M: gpm@fh-kaernten.at
W: www.fh-kaernten.at/gpm

TAG DER OFFENEN TÜR

6. Mai 2022 I 15:00 - 19:00 Uhr
Campus Feldkirchen

FH CAMPUS DAY - Infos unter
fh-kaernten.at/studienberatung

VZ = Vollzeit | BB = Berufsbegleitend

SPEZIELLE BERUFLICHE DIDAKTIK

05 **Zur Notwendigkeit eine Berufsfeldanalyse im Rettungsdienst – Eine aktuelle Darstellung und projektbezogene Übersicht**
Christian Frieß: M.A.
Prof. Dr. Sebastian Koch

15 **Vom Allgemeinen zum Speziellen - Das Berufsbild der Anästhesietechnischen Assistenz (ATA) an der Schwelle zur staatlichen Anerkennung**
Christiane Spichale
Sebastian Klamt B.A.

21 **Akademisierung im Rettungswesen - Aktueller Stand der Akademisierung und Überblick aktueller Studiengänge**
Prof.in Dr.in Sabine Hubbertz-Josat
Prof. Dr. Sebastian Koch

27 **Das Pflegeberufegesetz – Herausforderungen und Anpassungsbedarfe aus der Perspektive von Pflegeschule, Hochschule und Praxis**
Walter Carola, MScN, Diplom Pflegepädagogin (FH)
Palmer Ursula, M.A., B.A.
Teichert Jan, M.A., Diplom Pflegewirt (FH)
Müller-Wolff Tilmann, DNP, M.A.,
Zangenfeind Katja, MBA, Diplom Pflegepädagogin (FH)

37 **Vom Assistenten zum Technologen – Der Reformprozess im Rahmen des Gesamtkonzepts „Gesundheitsberufe“ und dessen Konsequenzen für die berufspädagogische Praxis am Beispiel der Medizinisch-technischen Assistenten für Funktionsdiagnostik**
André Schilling B.A.
Robert Leschowski M.A.

BEST PRACTICE

47 **Das erste Skill-&Grade-Mix Center® in Deutschland an den Bamberger Akademien für Gesundheits- und Pflegeberufe - ein Best Practice Beispiel**
Prof. Dr. phil. Matthias Drossel
Frank Feick, M.A.
Michael Springs, MHBA

FORSCHUNG

55 **Aspekte einer interkulturellen pflegepädagogischen Kompetenz in Aneignungssituationen**
Prof. Dr. phil. Marcus Mittenzwei

63 **Bedingungen der Lernortkooperation und des Theorie-Praxis-Transfers in der Pflegeausbildung – ein empirischer Beitrag aus dem Projekt „ViRDiPA“**
Lydia Pfeifer M.A.
Prof.in Dr.in Patrizia Raschper

73 **Die Ausbildung zum Notfallsanitäter in Deutschland – Eine bundesweite Studie zur Zufriedenheit im Ausbildungsprozess der Notfallsanitäter**
Madeleine Leser M.A.
Prof. Dr. Sebastian Koch

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

Herausgeber-Team:
Prof. Dr. phil. Matthias Drossel, B.A., MSc.
Markus Golla, BScN.MScN
Prof. Dr. Sebastian Koch, B.A., MSc.
Prof. Dr. phil. Patrizia Raschper
Heiko Käding, Dipl. Pflegepädagoge, M.A.
Prof. Dr. Karl-Heinz Sahmel

Medieninhaber
Markus Golla, BScN MScN
Aspangweg 73
3433 Königstetten
golla@pflege-professionell.at

Redaktion
Pflege Professionell
Aspangweg 73
3433 Königstetten

Lektorat
Herausgeber-Team

Grafik, Layout, Fotoredaktion & Produktion
Markus Golla, BScN MScN

Webseite & kostenfreies PDF Abo
www.pflege-professionell.at

Printausgabe
bestellbar über www.pflege-professionell.at

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

Kontakt
office@pflege-professionell.at
0043/6764908676

Titelbild (C) IMC FH Krems - Rainer Friedl
(C) 2021 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

hpsmedia
CareLit®
Gezielte Literatur-Recherche im Gesundheitswesen.



Sie suchen,
wir finden.

www.carelit.de

Liebe Leser*innen,

Zeiten wie diese stimmen uns alle demütig. Der KRIEG in der Ukraine ist ein Thema, das uns den ‚Atem stocken' lässt. Der Inhaber und Redakteur der Pflege Professionell, Markus Golla, leistet mit seinen Kolleg*innen Unglaubliches. Aus der Ferne und sogar vor Ort in der Ukraine. Schön, dass es solche Menschen gibt, die Nächstenliebe wirklich leben.

Deshalb mussten Sie, liebe Leser*innen warten und die April-Ausgabe erscheint einen Monat später.

Die ehrenamtliche Arbeit dieses Open Source Journal aller Beteiligten macht es möglich, dass wir diese Zeitschrift weiter kostenlos veröffentlichen können. Unser Anspruch, ist gut zu sein. Dennoch wissen wir, dass auch immer ‚Luft nach oben' ist. Helfen Sie uns dabei noch besser zu werden. Bringen Sie gerne eigene Artikel mit ein und senden diese an uns. Haben Sie Interesse als Peer Reviewer tätig zu sein? Melden Sie sich bitte gerne!

Wir versuchen in unseren Artikel die verschiedenen Gesundheitsberufe abzubilden. Diesmal sind neu mit dabei die Medizinisch-technischen Assistenten (MTA), ein kleiner erster Einblick in die Handlungsfelder des Berufes und deren Reformarbeiten. Ebenso für den Bereich der Operationstechnischen Assistenten. Wir richten unseren Fokus auf die berufspädagogische Arbeit in Theorie und Praxis und an allen Lernorten.

Ab Oktober werden wir eine neue Rubrik erschließen: angewandte Gesundheitsversorgung. Diese Rubrik soll es ermöglichen, dass wir auch fachwissenschaftliche Artikel mit aufnehmen. Diese stellen eine wichtige Grundlage für die evidenzbasierte Vorbereitung von Unterrichten dar.

Ich freue mich, wenn ich Sie alle bei der Fachtagung zur Schulentwicklung des BLGS in Kassel am 10. November 2022 sehe. Oder Sie gehen am 14. November 2022 zum Thema Praxisanleitung nach Kassel. Ich möchte an dieser Stelle die Wichtigkeit von Netzwerkarbeit und Vernetzung betonen. Der BLGS bietet u.a. dafür viele Möglichkeiten. Für alle Lernprozessbegleiter*innen in Theorie und Praxis im Gesundheitswesen. Werden Sie Einzelmitglied!

Ihr Prof. Dr. Matthias Drossel
Leitender Herausgeber



Prof. Dr. phil. Matthias Drossel
Ltd. Herausgeber

QR-Code / Link zu
www.pflege-professionell.at

Eingereicht:
Genehmigt:

doi: 10.52205/llig/16

Zur Notwendigkeit eine Berufsfeldanalyse im Rettungsdienst – Eine aktuelle Darstellung und projektbezogene Übersicht

Christian Frieß: M.A.
Medizinpädagoge (M.A.), Lehrer an der Feuerwehr- und Rettungsdienstschule der Berufsfeuerwehr München und Lehrbeauftragter an der SRH Hochschule für Gesundheit am Campus Gera, christian@friess.me



Prof. Dr. Sebastian Koch
Professor im Studiengang Medizinpädagogik an der SRH Hochschule für Gesundheit GmbH am Campus Gera sowie an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg am Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft , sebastian.koch@srh.de



Abstract

Ziel des NotSanG war es die berufliche Handlungskompetenz zu erweitern und damit den gestiegenen Anforderungen und Ansprüchen einer professionellen Patienenversorgung gerecht zu werden.

Eine berufswissenschaftliche Grundlage für die NotSan-APrV bzw. für den Notfallsanitäter-Beruf ist zum aktuellen Zeitpunkt nicht vorhanden. Des Weiteren fehlt eine berufsspezifische Didaktik. Die Frage was der Notfallsanitäter wissen und können muss ist in der Ausbildung eine Schlüsselfrage und unterscheidet sich mitunter von Lehrperson zu Lehrperson.

Bei der Erstellung der NotSan-APrV wurde sich an der Krpfl-APrV von 2003 orientiert. Dadurch entstand eine sehr große Ähnlichkeit der beiden Ausbildungs- und Prüfungsordnungen, die das Spezifikum des Notfallsanitäter-Berufs vermissen lässt. In den vergangenen Jahren kam es zu einer Veränderung des Einsatzspektrums des Rettungsdienstes, von der Versorgung von schwerverletzten / -erkrankten Patienten zu einer größeren Anzahl subakuter Notfälle.

Die Voraussetzung für eine zukunftsfähige Berufsdidaktik ist eine sog. Berufsfeldanalyse. Berufliche Curricula müssen sich an der beruflichen Wirklichkeit orientieren. Hierfür ist eine Berufsfeldanalyse eine zwingende Voraussetzung.

Abstract

The aim of the NotSanG was to expand professional competence and thus meet the increased requirements and demands. The professional scientific basis for the NotSan-APrV or for the emergency paramedic profession is currently available.

Furthermore, there is a lack of profession-specific didactics.

The question of what the emergency paramedic must know and be able to do is a key question in training and sometimes differs from teacher to teacher.

When the NotSan-APrV was drafted, it was based on the Krpfl-APrV of 2003. This resulted in a very high degree of similarity between the two training and examination regulations, which lacks the specifics of the emergency paramedic profession.

In recent years, there has been a change in the spectrum of emergency medical services, from the care of seriously injured / ill patients to a greater number of sub-acute emergencies.

The prerequisite for a future-oriented vocational didactics is a so-called vocational field analysis.

Vocational curricula must be oriented towards vocational reality. For this, a vocational field analysis is a mandatory prerequisite.

Einleitung

Das Gesetz über den Beruf der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters (NotSanG) trat am 01.01.2014 in Kraft. Damit sollte dem Notfallsanitäter die rechtliche Grundlage zur selbstständigen Durchführung (invasiver) heilkundliche Maßnahmen gegeben werden und gleichzeitig die beruflichen Handlungskompetenzen der Notfallsanitäter erweitert werden, um eine professionelle Patientenversorgung zu gewährleisten (Flake et al. 2013a, S. 602).

Hierbei ist kritisch anzumerken, dass eine berufswissenschaftliche Analyse im Vorfeld der Erstellung der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter (NotSan-APrV) und der damit grundlegenden für die Ausbildung zum Notfallsanitäter implementierten Themenbereich, nicht stattgefunden hat. Die tatsächlichen Kompetenzbereiche bzw. Tätigkeitsfelder im Rettungsdienst sind bis heute nicht wissenschaftlich untersucht.

Die beruflichen Anforderungen an die Notfallsanitäter sind hoch. Notfallsanitäter müssen innerhalb kürzester Zeit weitreichende klinische Entscheidungen treffen, ohne den Patienten, den Einsatzort, die beteiligten Akteure sowie das Krankheitsbild vorher zu kennen (Hahnen & Karutz, 2018, S. 253). Damit die Notfallsanitäter in der Lage sind, die Erwartungen professionell zu erfüllen, ist eine professionelle fachliche und pädagogisch-didaktische konzipierte Ausbildung grundlegend. Bereits an der vormaligen Ausbildung zum Rettungsassistenten wurde durch Harald Karutz und Herbert Hockauf die Kritik geübt, dass der Unterrichtsprozess aus didaktischer Sicht wenig reflektiert und aus erziehungswissenschaftlicher Sicht wenig erforscht wurde (Karutz & Hockauf, 2004, S. 466).

Aktuell muss festgestellt werden, dass eine fehlende berufsspezifische Didaktik sowie fehlende empirisch begründete und an dem Alltag des Rettungsdienstes bzw. des Notfallsanitäters untersuchte Lerngegenstände, noch immer die Ausbildung dominieren. Des Weiteren sind die Qualifikationen von Lehrkräften sowie Praxisanleitern, die jetzt oder zukünftig in der Notfallsanitäter Ausbildung begleiten, kritisch zu diskutieren. Diese Faktoren (Lerngegenstände und Lehrerausbildung) sind u.a. Teil von Fach- bzw. Berufsdidaktiken, die zum aktuellen Zeitpunkt für den Rettungsdienst nicht existieren.

Rechtliche Rahmenbedingungen

Am 1. Januar 2014 wurde das bis dahin bestehende „Gesetz über den Beruf der Rettungsassistentin und des Rettungsassistenten“ (RettAssG) und die „Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Rettungsassistentinnen und Rettungsassistenten“ (RettAssAPrV) durch das „Gesetz über den Beruf der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters“ (NotSanG) (BGBl. I S. 1348) und die „Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter“ (NotSan-APrV) (BGBl I S. 4280) ersetzt (Dielmann & Malottke, 2017, S. 13). Zuvor hatte das RettAssG 25 Jahre lang die Ausbildung im Rettungsdienst geregelt. Die Ausbildung zum Rettungsassistenten war auf zwei Jahre ausgelegt und umfasste nach Abschnitt II §4 RettAssG 1.200 Stunden Berufsfachschulische Ausbildung und nach Abschnitt II §7 RettAssG 1.600 Stunden praktische Ausbildung auf einer Lehrrettungswache und Klinik.

Die geringe Ausbildungsdauer zum Rettungsassistenten wurde nicht nur von den Berufs- und Interessensverbänden kritisiert. Flake et al. konstatierten, dass die Ausbildungszeit durch die Nutzung der Möglichkeit einer Verkürzung der Ausbildungsdauer durch die vorherig erlangte Qualifikation des Rettungssanitäters somit teilweise nur fünf bis sechs Monate betrug (Flake et al., 2013b, S. 598).

Werden die Ziele der Ausbildung zum Rettungsassistenten und des Notfallsanitäters gegenübergestellt, können in der Gesetzesformulierung mitunter große Unterschiede festgestellt werden. Nach Abschnitt II §3 RettAssG soll der Rettungsassistent als „Helfer des Arztes“ in Funktion treten. Das Ausbildungsziel wurde wie folgt definiert: Der Rettungsassistent soll in der Lage sein „[…] am Notfallort bis zur Übernahme der Behandlung durch den Arzt lebensrettende Maßnahmen bei Notfallpatienten durchzuführen, die Transportfähigkeit solcher Patienten herzustellen, die lebenswichtigen Körperfunktionen während des Transports zum Krankenhaus zu beobachten und aufrechtzuerhalten sowie kranke, verletzte und sonstige hilfsbedürftige Personen, auch, soweit sie nicht Notfallpatienten sind, unter sachlicher Betreuung zu befördern (Ausbildungsziel)“.

Im Vergleich zum Ziel der Ausbildung für Notfallsanitäter, zeigt sich, dass die Kompetenzen des Notfallsanitäters weitreichender und ausführlicher formuliert wurden. Der §4 NotSanG enthält die Ziele, die dem Notfallsanitäter im Rahmen der Berufsausbildung vermittelt werden müssen. Grundsätzlich muss hierbei festgehalten werden, dass das NotSanG ein Ausbildungsgesetz ist und damit

primär die Ausbildung regelt. Dadurch hat es nur eine bedingte Aussagekraft für die tatsächliche berufliche Handlungstätigkeit von Notfallsanitätern (Dielmann & Malottke, 2017, S. 131).

Die Maßnahmen des Notfallsanitäters werden auf Grund Ihrer Reihung im Abschnitt 2 §4 NotSanG in sogenannte „1c“ und „2c-Maßnahmen“ unterteilt. Dabei stellen die „1c-Maßnahmen“ oder Empfehlungen dar, die der Notfallsanitäter eigenverantwortlich bis zum Eintreffen des Notarztes durchführt. Die „2c-Maßnahmen“ sind Maßnahmen, die dem Notfallsanitäter durch den ÄLRD delegiert werden und ohne Notarzt Alarmierung durchgeführt werden.

Aktuelle Situation in der Berufsausbildung

Im Gesetzgebungsverfahren wurde die Frage, welche Maßnahmen der Notfallsanitäter können bzw. durchführen soll / darf, gerade im Bereich der sogenannten „1c-Maßnahmen“ („Eigenverantwortlichen Maßnahmen“) sehr kontrovers diskutiert. Die Bundesärztekammer verweist in einer Stellungnahme auf die „Gesamtverantwortung des Arztes für die Gesundung des Patienten“ (Dielmann & Malottke, 2017, S. 129). Aufgrund dessen stellt sich für die Lehrenden im Rahmen der Notfallsanitäter Ausbildung, die Schlüsselfrage: welche Inhalte sind für den zukünftigen Notfallsanitäter wichtig, über welches Wissen und über welche Kompetenzen muss er nach Abschluss der Ausbildung verfügen (Kemp et al., 2020, S. 320).

Diese Frage hat einen großen Einfluss auf alle Bildungsebenen, begonnen von der Makro- bis hin zur Mikroebene und der Lehrerbildung im Rettungsdienst (Heitzmann, 2013, S. 11). Wird die inhaltliche Dimension in den Fokus genommen, ist gerade die fachliche Tiefe bzw. die Kompetenzziele nicht klar definiert und variiert teilweise von Lehrperson zu Lehrperson erheblich, was für die Auszubildenden häufig zu Problemen führt (Kemp et al., 2020, S. 320).

Die Grundlage für die Kompetenzanforderungen ist durch das NotSanG und die NotSan-APrV vorgegeben. Nach §4 Abs. 1 NotSanG soll der Notfallsanitäter nach dem erfolgreichen Absolvieren der Ausbildung in der Lage sein den Patienten nach „[…] dem allgemein anerkannten Stand rettungsdienstlicher, medizinischer und weiterer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse […]“ zu versorgen. In Abs. 2 Satz 1-3 NotSanG werden die Kompetenzen weiter konkretisiert. Die NotSan-APrV formuliert in Anlage 1 (zu §1 Abs. 1 Nummer 1) zehn handlungs- und kompetenzorientierte Themenbereiche, die der theoretisch-praktische Unterricht an der Berufsfachschule im Rahmen der Notfallsanitäter-Ausbildung umfassen soll. Die Inhalte der NotSan-APrV und der Rahmenlehrpläne stellen das oberste Kompetenzziel (Makroebene) dar.

Im Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens wurde sich an der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung der Gesundheits- und Krankenpflege orientiert, aber Themengebiete nicht als „Lernfelder“ sondern als „Themenbereiche“ benannt (Dielmann & Malottke, 2017, S. 248). Eine Begründung, warum der Begriff „Themenbereiche“ und nicht der didaktischen Berufsfeldorientierung entsprechend geläufige Begriff „Lernfelder“ verwendet wurde, kann nicht nachvollzogen werden.

Eine empirische Begründung der 10 Themenbereiche für die Ausbildung zum Notfallsanitäter erfolgte weder im Vorfeld der Ausgestaltung der NotSan-APrV, noch wurden diese bis zum heutigen Zeitpunkt berufswissenschaftlich evaluiert.

In den Begründung der Gesetzestexte wird häufig Bezug auf das „Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege“ (KrPflG) und die dazugehörige „Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege“ von 2003 genommen (Dielmann & Malottke, 2017, S. 127). So wurde die Struktur des Ausbildungsziels aus dem KrPflG übernommen (ebd.). Im Abschnitt 2 §4 Abs. 1 Satz 3 heißt es: „[…] Die Ausbildung soll die Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter außerdem in die Lage versetzen, die Lebenssituation und die jeweilige Lebensphase der Erkrankten und Verletzten und sonstigen Beteiligten sowie deren Selbständigkeit und Selbstbestimmung in ihr Handeln mit einzubeziehen“. Diese Kompetenzformulierung geht auf die Pflegetheorie nach Dorothea Orem zurück (Dielmann & Malottke, 2017, S. 128). Dielmann und Malottke erläutern, dass das Ausbildungsziel zwar an den Rettungsdienst angepasst wurde, sich aber an den Zielsetzungen des KrPflG orientiert (ebd.).

Dies wird vor allem dann sichtbar, wenn die „Themenbereiche“ der NotSan-APrV mit den „Lernfeldern“ der KrPfl-APrV gegenübergestellt werden. Bei einer Analyse wird ersichtlich, dass die Themenbereiche der NotSan-APrV nahezu deckungsgleich mit den Lernfeldern der KrPfl-APrV sind (Tabelle 1).

Nr.	NotSan-APrV		Nr.	KrpfI-APrV
1	Notfallsituationen bei Menschen aller Altersgruppen sowie Gefahrensituationen erkennen, erfassen und bewerten		1	Pflegesituationen bei Menschen aller Altersgruppen erkennen, erfassen und bewerten
2	Rettungsdienstliche Maßnahmen und Maßnahmen der Gefahrenabwehr auswählen, durchführen und auswerten		2	Pflegemaßnahmen auswählen, durchführen und auswerten
3	Kommunikation und Interaktion mit sowie Beratung von hilfesuchenden und hilfsbedürftigen Menschen unter Berücksichtigung des jeweiligen Alters sowie soziologischer und psychologischer Aspekte		3	Unterstützung, Beratung und Anleitung in gesundheits- und pflegerelevanten Fragen fachkundig gewährleisten
4	Abläufe im Rettungsdienst strukturieren und Maßnahmen in Algorithmen und Einsatzkonzepte integrieren und anwenden		4	Bei der Entwicklung und Umsetzung von Rehabilitationskonzepten mitwirken und diese in das Pflegehandeln integrieren
5	Das Arbeiten im Rettungsdienst intern und interdisziplinär innerhalb vorhandener Strukturen organisieren		5	Pflegehandeln personenbezogen ausrichten
			6	Pflegehandeln an pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen ausrichten
6	Handeln im Rettungsdienst an Qualitätskriterien ausrichten , die an rechtlichen , wirtschaftlichen und ökologischen Rahmenbedingungen orientiert sind		7	Pflegehandeln an Qualitätskriterien, rechtlichen Rahmenbestimmungen sowie wirtschaftlichen und ökologischen Prinzipien ausrichten
7	Bei der medizinischen Diagnostik und Therapie mitwirken, lebenserhaltende Maßnahmen und Maßnahmen zur Abwendung schwerer gesundheitlicher Schäden bis zum Eintreffen der Notärztin oder des Notarztes oder dem Beginn einer weiteren ärztlichen Versorgung durchführen		8	Bei der medizinischen Diagnostik und Therapie mitwirken
			9	Lebenserhaltende Sofortmaßnahmen bis zum Eintreffen der Ärztin oder des Arztes einleiten
8	Berufliches Selbstverständnis entwickeln und lernen, berufliche Anforderungen zu bewältigen		10	Berufliches Selbstverständnis entwickeln und lernen, berufliche Anforderungen zu bewältigen
9	Auf die Entwicklung des Notfallsanitäterberufs im gesellschaftlichen Kontext Einfluss nehmen		11	Auf die Entwicklung des Pflegeberufs im gesellschaftlichen Kontext Einfluss nehmen
10	In Gruppen und Teams zusammenarbeiten		12	In Gruppen und Teams zusammenarbeiten

Tabelle 1. Gegenüberstellung der NotSan-APrV und KrPfl-APrV (Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter vom 16. Dezember 2013 (BGBl. I S. 4280), die zuletzt durch Artikel 41 des Gesetzes vom 15. August 2019 (BGBl. I S. 130)

Ob die Übertragbarkeit von Erkenntnissen aus der Pflege auf den Rettungsdienst zielführend ist, muss kritisch hinterfragt werden. Karutz & Hahnen kamen 2018 in ihrem Artikel zum Thema der Übertragbarkeit von pflegedidaktischen Modellen in den Rettungsdienst zu dem Schluss, dass dies nicht adäquat möglich ist. Begründet wird dies durch die hohe Komplexität und Spezifität des Notfallsanitäters im Notfalleinsatz und dem damit einhergehenden Treffen von Entscheidungen, die unter Zeitdruck und auf einer geringen Informationsbasis erfolgen müssen (Hahnen & Karutz, 2018, S. 253). Zum aktuellen Zeitpunkt erscheinen die Aufgaben und Themenfelder zwar bedingt nachvollziehbar, dennoch kann ein berufswissenschaftspädagogischer Ansatz mit einer spezifischen Ausrichtung auf das komplexe Aufgabengebiet des Notfallsanitäter im Rettungsdienst-Einsatz nicht erkannt werden.

Veränderung des Einsatzspektrums

Die durch den Rettungsdienst zu versorgenden Patienten, die Gründe für eine Alarmierung des Rettungsdienstes sowie die Zahl der Rettungsdienst Einsätze hat sich in den letzten Jahren stetig verändert. In aktuellen Erhebungen kam es seit 1994 im Schnitt zu einer Steigerung der Einsatzzahlen um 5% pro Jahr. 2018 stiegen in Bayern die Notfallereignisse um 48% auf 81 Notfallereignisse je 1.000 Einwohner (Sieber et al., 2020, S. 490).

Sieber et al. definiert ein Notfallereignis wie folgt: „Ein Notfallereignis fasst alle innerhalb eines Notfalls disponierten Rettungsmittel zusammen. Dabei ist die Anzahl der beteiligten Rettungsmittel nicht maßgeblich. Notfallereignisse sind von Notfalleinsätzen zu unterscheiden, die einzelne Fahrzeugbewegungen beschreiben.“ (ebd.). Wird die Alarmierung der einzelnen Rettungsmittel betrachtet, so stiegen die Einsätze ohne Notarzt um 87% und mit Notarzt um 13% an. Die Einsätze, an denen ein Notarzt beteiligt ist, liegen im Bundesdurchschnitt bei ca. 40%. Im Jahr 2018 sanken die Einsatzzahlen für Notarztbesetze Rettungsmittel (ebd.).

Die Ursachen für den Anstieg der Einsatzzahlen ist nicht eindeutig

zu ermitteln. Sieber et al. führt diese Entwicklung auf verschiedene Faktoren wie die „Abnahme der Hemmschwelle, einen Notruf abzusetzen“, das Anspruchsdenken der Bevölkerung, die fehlende „Verfügbarkeit alternativer medizinischer Dienstleistungen“, „individuelle sozioökonomische Faktoren“ sowie die demografische Entwicklung zurück. Die demografische Entwicklung ist ein zentraler Faktor für den gemessenen Anstieg (ebd.).

In der aktuellen Entwicklung der Einsatzarten trifft der Rettungsdienst immer häufiger auch auf nicht lebensbedrohlich erkrankte oder verletzte Patienten, bei denen eine Klinik Einweisung nicht indiziert ist und die Patienten durch den Rettungsdienst nicht in ein Krankenaus transportiert werden. Der Anteil dieser Patienten liegt bei ca. 10% (ebd.) Die Zahlen aus den Pilotprojekten der Gemeindenotfallsanitäter zeigen das 59% der Patienten zuhause versorgt und nicht in eine Klinik transportiert werden müssten (Seeger et al., 2021, S. 198). Hier ist am deutlichsten eine Veränderung des Patienten-Klientel sichtbar. Auf Grund dieser Veränderungen wird eine Reform des Sozialgesetzbuches (SGB), das den Rettungsdienst als eigenen Leistungsbereich anerkennt, diskutiert (ebd.). Der Umgang mit sogenannten „subakuten Notfällen“ und der ambulanten Behandlung von Patienten ist kein regelhafter Gegenstand der NotSan-APrV und wird in der berufsfachschulischen Ausbildung von Notfallsanitätern häufig vernachlässigt.

Berufsdidaktik im Rettungsdienst

Die Einführung des Berufsbildes „Notfallsanitäter“ und den damit einhergehenden Erweiterungen der Kompetenzen haben große Auswirkungen auf die Berufsausbildung. In seinem Artikel „Fachdidaktik Rettungsdienst“ schrieb Karutz 2004, dass ein Mehr an notfallmedizinischer Handlungskompetenz auch eine hohe pädagogische Kompetenz und Professionalität auf Seiten des Lehrpersonals erfordert (Karutz & Hockauf, 2004, S. 466). Die Tätigkeiten der Notfallsanitäter und die Ausbildung müssen sich wie im Abschnitt 2 §4 Abs. 1 NotSanG formuliert, an wissenschaftlichen Erkenntnissen orientieren. Das bedeutet, dass auch die Prozesse der Berufsausbildung auf der Makro-, Meso- und Mikroeben auf einer empirisch ausgerichteten Qualifikationsforschung beruhen müssen (Becker & Spöttl, 2006, S. 4). Hierfür ist die Einführung einer Berufsdidaktik für Notfallsanitäter erforderlich. Die „eigene“ Fach- bzw. Berufsdidaktik stellt zum Teil eine Grundvoraussetzung für die Professionalisierung des eigenen Berufsbildes dar, da damit in der Regel eine politische und soziale Akzeptanz einhergeht (Plaumann, 2015, S. 13).

„[…] Studien belegen, dass die Qualität der fachlichen und fachdidaktischen Ausbildung von Lehrpersonen maßgeblich nicht nur die Unterrichtsqualität, sondern auch den Lernerfolg der Schülerinnen und Schüler positiv beeinflusst“ (Heitzmann, 2013, S. 11).

Eine Fachdidaktik muss folgende Kriterien erfüllen, um als Fachdidaktik gelten zu können: „[…] Auswahl, Legitimation und didaktische Rekonstruktion von Lerngegenständen, Festlegung und Begründung von Zielen des Unterrichts, methodische Strukturierung von Lernprozessen sowie angemessene Berücksichtigung der psychischen und sozialen Ausgangsbedingungen von Lehrenden und Lernenden. […]“, sowie „[…] Entwicklung und Evaluation von Lehr- und Lernmaterialien“ (Bayrhuber et al., 2017, S. 13). Der Wissenschaftsbezug und ein grundlegendes didaktisches Modell gelten als weitere Kriterien, die eine Fachdidaktik aufweisen sollte (ebd.).

Für den Unterricht ist der Lerngegenstand ein essenzieller Bestandteil. Der Begriff „Lerngegenstand“ wird unter anderem in pflegedidaktischen Modellen häufig verwendet. Eine einheitliche Definition existiert nur bedingt. Der Lerngegenstand kann im Handlungsorientierten Curriculum / Unterricht am ehesten mit dem Unterrichtsziel bzw. den Lern- / Handlungsfeld beschrieben werden (HSL LIA, 2015). In der Notfallsanitäter Ausbildung könnte dieser unter anderem aus dem NotSanG, der NotSan-APrV und den Rahmenlehrplänen abgeleitet werden. Um den Lerngegenstand adäquat und an die Wirklichkeit angepasst auszuwählen und so empirisch begründen zu können, ist eine Berufsfeldanalyse notwendig (Koch, 2020).

Eine Fach- bzw. Berufsdidaktik muss einen Bezug zu einer wissenschaftlichen Disziplin, einer sogenannten „Bezugswissenschaft“ haben, in der unter anderem grundsätzliche Begriffe definiert werden. In diesem Bereich erfolgen durch die Deutsche Gesellschaft für Rettungswissenschaften e.V. (DGRe) erste Bestrebungen (DGRe, 2021).

Ein weiterer Baustein einer Fachdidaktik ist die „Methodische Strukturierung von Lehrprozessen“ sowie die „Entwicklung und Evaluation von Lehr- und Lernmaterialien“ (Bayrhuber et al., 2017). Auch der Bereich der Methodik ist

mit dem Fokus auf die Lernwirksamkeit der Lehr-/Lernprozesse im Bereich der Notfallsanitäter Ausbildung berufspädagogisch nicht adäquat erforscht worden. Enke & Kuhnke beschreiben „eine Monokultur der eingesetzten Medien“ in der Rettungsdienst Ausbildung (Enke & Kuhnke, 2013, S. 11). Hierbei ist zu beachten, dass die Autoren hier die Ausbildung zum Rettungsassistenten im Fokus hatten.

In den etablierten Fachdidaktiken sind die „psychischen und sozialen Ausgangsbedingungen“ von allen am Lehr-/ Lernprozess beteiligten Personen ein wichtiger Faktor (Bayrhuber et al., 2017). Dazu zählen unter anderem sogenannte „Schülervorstellungen“. Diese sind Vorstellungen, die das Lernen und den Lernerfolg beeinflussen. Für die Lehrperson sind Kenntnisse über die „Vorstellungen“ essentiell wichtig, um im Sinne des Konstruktivismus, lernwirksam unterrichten zu können (Asshoff & Hammann, 2019). In folgenden wird die Fachdidaktik als Forschungsgegenstand im Rahmen einer „Dienstleistungswissenschaft für Wissenschaft und Politik betrachtet“ (Heitzmann, 2013, S. 10).

Unzureichend empirisch begründete und zum Teil nicht adäquat an dem Alltag der Notfallsanitäter orientierte Lerngegenständen, sowie die unzureichenden Vorgaben der fachlichen Tiefe der Themen, die im Rahmen der berufsfachschulischen Ausbildung von Notfallsanitätern vermittelt werden sollen, führen zu einer uneinheitlichen Ausbildung von Notfallsanitätern. Der Pyramiden-Prozess stellt eine Grundlage für die zu erlernten Maßnahmen innerhalb der Ausbildung dar. Der Katalog bezieht sich allerdings nur auf invasive Maßnahmen und vernachlässigt dadurch den beruflichen Alltag im Hinblick auf subakute-Einsatzszenarien der zukünftigen Notfallsanitäter.

Die Veränderung des Patienten-Klientel und des Einsatzaufkommens muss in der Ausbildung von Notfallsanitätern eine größere Rolle spielen und im Rahmen der Lerngegenstände auf der Makroebene berücksichtigt werden.

Das Versorgen von Rettungsdienst-Patienten stellt aufgrund der zum Teil extremen Umweltbedingungen (Regen, Dunkelheit, schlechte Zugänglichkeit, akute Lebensgefahr etc.) eine Besonderheit im Gesundheitssektor dar. Diese Bedingungen bedürfen spezieller Ausbildungstechniken, die durch eine bloße Übernahme von anderen berufsdidaktischen Modellen, wie der Pflege, die zukünftigen Notfallsanitäter nicht adäquat auf ihre spätere Tätigkeit vorbereiten. Aufgrund dessen ist eine eigene berufspädagogisch-wissenschaftliche Forschung mit dem Ziel einer eigenen Berufsdidaktik essenziell.

Berufsfeldanalyse

Eine Berufsfeldanalyse stellt ein Instrument der berufswissenschaftlichen Forschung zur Identifikation von aktuellen Gegebenheiten innerhalb eines Berufes dar. Hierfür haben folgende Punkte eine besonders hohe Bedeutung und muss deshalb besonders sorgfältig formuliert werden:

1. Erkenntnisinteresse
2. Zielsetzung
3. Gegenstandsbereich

Berufsfeldanalysen werden in der Regel durchgeführt, um Erkenntnisse im Rahmen einer beruflichen Curriculumentwicklung zu erlangen (Becker & Spöttl, 2006, S. 1).

Für die vorliegende Arbeit werden zwei Ansätze bzw. Herangehensweisen zur Berufsfeldanalyse dargestellt. Der erste Ansatz hat seinen Ursprung in der Berufs- und Wirtschaftspädagogik und wurde 2006 von Matthias Becker und Georg Spöttl entwickelt. Der zweite Ansatz der Berufsfeldanalyse kommt aus dem Bereich der Pflegepädagogik und wurde 2016 von Kordula Schneider, Heidi Kuckeland und Myrofora Hatzliadis zur Entwicklung eines kompetenzorientierten, anschlussfähigen Curruiculum für die generalistische Pflegeausbildung in Hannover verwendet. Grundlegend ist festzuhalten, dass eine Berufsfeldanalyse das Ziel verfolgt, berufliche Handlungsfelder zu eruieren, die Ausgangspunkt der Curriculumentwicklung darstellen (Becker & Spöttl, 2006, S. 4).

Berufs- und Wirtschafts-pädagogischer Ansatz

Dieser Ansatz verfolgt eine Kombination von unterschiedlichen Schritten und Methoden mit dem Ziel eine Empfehlung für ein Curriculumsdesign auszusprechen. Dieser Forschungsansatz ist in Phasen und Methoden mit bestimmten Zielen gegliedert (Abbildung 1).



Abbildung 1. Einsatz berufswissenschaftlicher Forschungsinstrumente zur Curriculumentwicklung (Becker & Spöttl, 2006, S. 10)

Sektoranalyse

Die Vorbereitungsphase ist durch die Sektoranalyse gekennzeichnet. Veränderungen der Gesellschaft und der Technologie, aber auch ein struktureller Wandel wirken auf die berufliche Entwicklung ein. Dies bedeutet, dass die Anforderungen, die an einen Beruf und der damit einhergehenden Facharbeit gestellt werden, sich verändern. Die Komplexität unserer Gesellschaft zwingt uns dazu, berufliche Arbeitsaufgaben in regelmäßigen Abständen auf Aktualität bzw. ein verändertes Anforderungsbedürfnis hin zu überprüfen (Spöttl, 2018, S. 151).

Für die Art der Analyse ist es notwendig, den Sektor sowie den Beruf genau zu definieren. Im Rahmen berufswissenschaftlicher Erhebungen kann ein Sektor auf der Grundlage von drei Faktoren definiert werden (Spöttl, 2018, S. 152):

Fachgebiete sind dadurch gekennzeichnet, dass:

- diese vergleichbare oder ähnliche Arbeitsaufgaben und Dienstleistungsstrukturen aufweisen
- vergleichbare Daten, Statistiken und Studien, zur Erfassung sektorenspezifischer Entwicklungen genutzt werden können
- die Auseinandersetzung mit Fachaufgaben, sich strukturell nicht voneinander unterscheiden

Eine Sektoranalyse im Bereich des Rettungsdienstes hat das Ziel, das Berufsfeld des Notfallsanitäters gegenüber anderen medizinischen Gesundheitsberufen zu definieren und zu analysieren. Nach dem „Institut für Arbeitsmarkt und Berufsforschung“ (IAB) werden Berufe in sogenannte „Berufshauptgruppen“ (BHG) und „Berufsgruppen“ (BG) unterteilt. Wird dies als Grundlage für die Sektoranalyse herangezogen, so ist der Notfallsanitäter der Berufshauptgruppe 81 / Berufsgruppe (BG) 813 – „Gesundheits- und Krankenpflege, Rettungsdienst und Geburtshilfe“ zugeordnet. Aufgrund

dessen wird der Beruf des Notfallsanitäters horizontal gegenüber der Qualifikation des Rettungssanitäters, sowie dem (Not-) Arzt und vertikal gegenüber den Berufen der Pflege, hier im speziellen des Pflegefachmanns (ehemals Gesundheits- und Krankenpfleger) und der Hebamme abgegrenzt (IAB, 2018). Dies kann über eine Analyse der Anforderungen bzw. Ausbildungsziele in den jeweiligen Berufs- bzw. Ausbildungsgesetzen erfolgen. Hierbei ist kritisch zu reflektieren, dass wie o.g., die Themenbereiche der NotSan-APrV, der GKrPflAPrV entnommen sind. Zusätzlich soll durch eine Sektoranalyse relevante Experten, Forscher und Interessensvertretungen identifiziert werden (Becker & Spöttl, 2006, S. 10).

Fallstudien

Mit „berufswissenschaftlich ausgerichteten Fallstudien“ erfolgt der Schritt in die „Erhebung“ und damit in die tatsächliche Arbeitswelt, bzw. das berufliche Handeln selbst (Becker & Spöttl, 2006, S. 11). Wie Berufskompetenzen ausgeübt werden, ist u.a. davon abhängig, wie die Fachkraft innerhalb des Betriebes eingebunden ist. „Daher sind mit Hilfe von Fallstudien Hierarchien, Zuständigkeiten, Arbeitsplätze, Abläufe, Auftragsstrukturen und Gesprächspartner zu identifizieren“ (ebd.). Mit den Gesprächspartnern werden im Anschluss auf verschiedenen Hierarchieebenen Gespräche über betriebliche Abläufe geführt. Bei diesen Gesprächen ist darauf zu achten, dass bei Gesprächspartnern der Unternehmensführung häufig das Idealbild beschrieben wird, das sich allerdings von der Realität im „Betrieb“ unterscheiden kann (ebd.). Für betriebliche Fallstudien können, je nach Ziel der Berufsfeldanalyse, verschiedene Methoden angewandt werden:

- Arbeitsbeobachtung
- Fachinterviews mit Verantwortlichen (mit Hilfe von Fragebogenleitfäden
- Expertengespräche (situativ)
- Aufgabenanalysen
- Arbeitsaufgabeninventare
- Auftragsanalyse und Auftragsablaufbegleitung
- Betriebsbegehung

(Becker & Spöttl, 2006, S. 10)

Experteninterviews

Becker & Spöttl sprechen in der Phase der „Strukturierung“ sogenannte „Experteninterviews, standardisierte Befragung“ durch (Abbildung 2). Leider bleibt unklar was genau hierrunter, im Vergleich zu den „Expertengesprächen“ in der Erhebungsphase verstanden wird.

Ein Interpretationsansatz könnte folgender sein: Es handelt sich hier um verschieden Ebenen und Gruppen von Befragten. „Expertengespräche“ könnten somit Interviews mit Experten aus der Praxis sein. Bei den „Experteninterviews“ erfolgt dann eine Befragung von übergeordneten Experten, z.B. Vertreter von Handelskammer, Politik, Bildung etc.

Experten-Facharbeiter-Workshops

Experten-Facharbeiter-Workshops (EFW) dienen auf der Ebene der Validierung zur „Ordnung von beruflichen Arbeitsaufgaben, um Berufsbildungspläne nach entwicklungslogischen Kriterien aufbauen zu können“ (Becker & Spöttl, 2015, S. 119).

Der EFW ist ein moderiertes Format, dem die Annahme bzw. der Konsens zu Grunde liegt, dass Facharbeiter, also die Experten ihres eigenen Fachgebietes, ihre Arbeitsaufgaben am konkretesten beschreiben und bewerten können (Becker & Spöttl, 2006, S. 14). Somit liegt im EFW der Fokus nicht auf der Gewinnung neuer Erkenntnisse, sondern auf der Strukturierung und Bewertung der Ergebnisse, die im Rahmen der vorangegangenen Arbeitsprozessanalyse gewonnen wurde. Dadurch kommt es zu einer präzisen Formulierung einer curricularen Struktur und zur Legitimation der erarbeiteten Inhalte (ebd.).

KraniCH-Modell

„2016 wurde im Rahmen des Forschungsprojekts „KraniCH“ (Kompetenzorientiertes, anschlussfähiges Curruiculum Hannover) von Kordula Schneider, Heidi Kuckeland und Myrofora Hatzliadis eine Berufsfeldanalyse durchgeführt. Diese hatte das Ziel, für die drei Berufsausbildungen in der Pflege (Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und Altenpflege) aufgrund des Pflegeberufegesetz (PflBG) ein einheitliches (generalistisches) Curriculum zum entwickeln (Schneider et al., 2019, S. 17).“

Dabei ergaben sich für das Forschungsdesign der KraniCH-Studie zwei Prämissen (Schneider et al., 2019, S. 7):

1. „Ein berufsbezogenes Curriculum orientiert sich an der Berufspraxis und basiert auf einer Berufsfeldanalyse, in der aktuelle und zukünftige Tätigkeitsfelder eruiert werden.“
2. „Ein Curriculum braucht eine hohe Akzeptanz bei den Lehrenden, um im Unterricht umgesetzt zu werden.“

Um diese Akzeptanz bei den Lehrenden zu schaffen, wurden diese in die Erhebung mit eingebunden.

Die Berufsfeldanalyse beinhaltet drei zentrale Schritte: Die „Analyse des Berufsbildes“, die „Identifikation von Geschäfts- und Arbeitsprozessen“ sowie die „Identifizierung von Handlungssituationen“.

Die Analyse des Berufsbildes geht grundsätzlich auf den Berufs- und Wirtschaftspädagogischen Ansatz von Becker & Spöttl von 2006 zurück und kann u.a. mit der Sektoranalyse gleichgesetzt werden.

Auch hier sollen Informationen über das Berufsbild, Organisations- und Personalstrukturen, etc. gesammelt werden (Schneider et al., 2019, S. 14).

Die „Identifizierung von Geschäfts- und Arbeitsprozessen“ unterscheidet sich je nach Schwerpunkt des pflegerischen Versorgungsgebietes. Dennoch können die Arbeitsprozesse in sogenannte allgemeine und speziell Tätigkeiten unterschieden werden (ebd.). Als allgemeine Tätigkeiten werden Tätigkeiten bezeichnet, die alle drei Berufe ausüben. Die speziellen Tätigkeiten hingegen werden nur in bestimmten Settings oder Ausbildungsrichtung ausgeübt (Schneider et al., 2019, S. 18). Diese Tätigkeiten wurden durch nicht-teilnehmende, strukturierte Beobachtungen durchgeführt. Im Anschluss fanden fokussierte Interviews mit den beobachtenden Pflegekräften sowie mit den zu Pflegenden Patienten / Klienten statt (ebd., S. 24)

Einer der elementarsten Punkte für eine Curriculumentwicklung, stellt die „Identifizierung von Handlungssituationen“ dar. Weiterhin sind diese Punkte von einer didaktischen entscheidenden und wegweisenden Relevanz, da hieraus Lernsituationen im Rahmen eines lernfeldorientierten Curriculums entwickelt werden (ebd.).

Fazit

Die Autorengruppe Schneider, Kuckeland und Hatziliadis (2019) formulierten, dass sich ein berufliches Curriculum an der Berufspraxis orientieren und dieses auf der Grundlage einer Berufsfeldanalyse gestaltet werden soll (Schneider et al., 2019). Dies ist, wie eingangs schon erwähnt, für den Beruf des Notfallsanitäters bis jetzt nicht erfolgt. Damit stellt sich die Frage, nach der Grundlage der NotSan-APrV, wenn berufswissenschaftliche Überlegungen nicht Anwendung gefunden haben. Eine Evaluierung der NotSan-APrV unter Zuhilfenahme der wissenschaftlichen Methodik der Berufsfeldanalyse ist zwingend erforderlich, um den Anspruch an ein hoch komplexes Berufsbild gerecht zu werden.

Welcher Berufsfeldanalytischer Ansatz (Berufs- und Wirtschaftspädagogik oder KraniCH) oder eine Kombination aus beiden

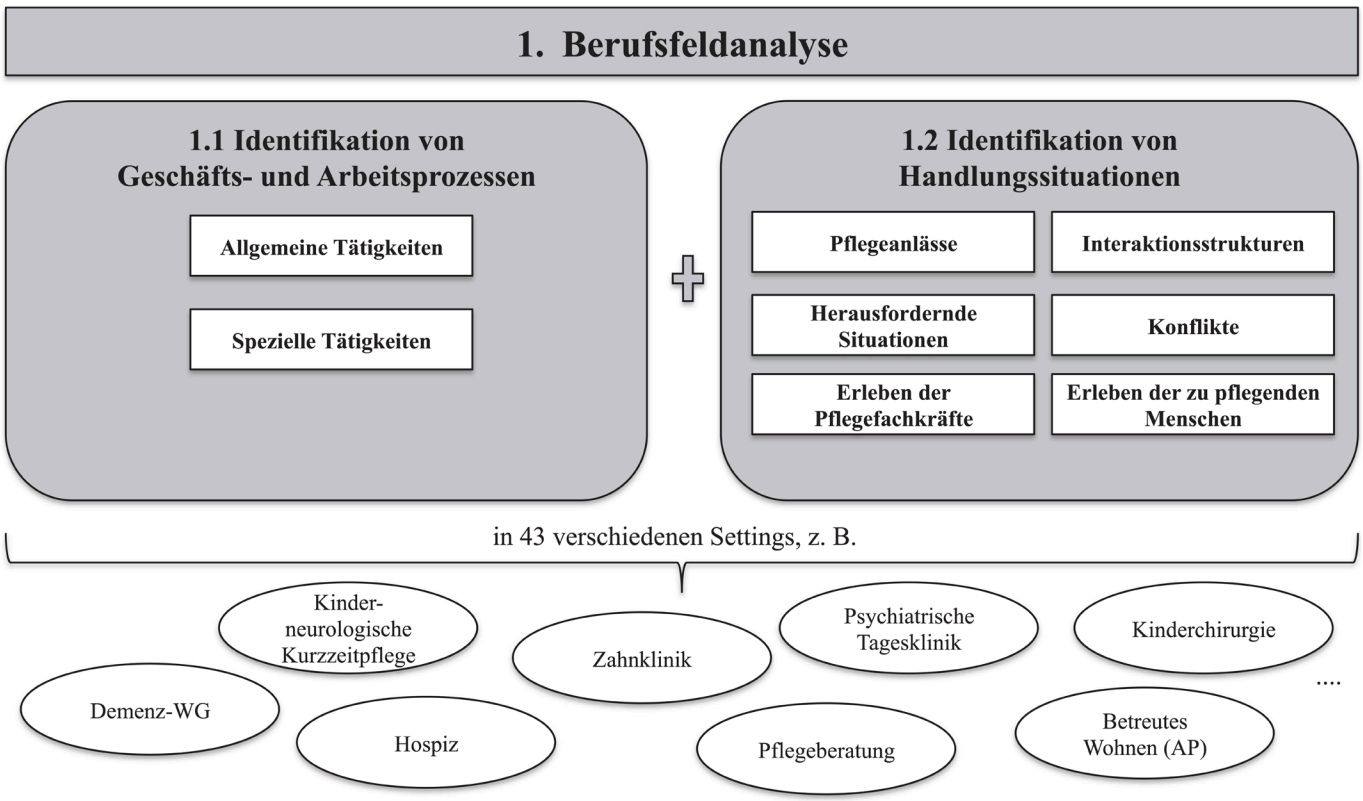


Abbildung 2. Forschungsgegenstände der Berufsfeldanalyse (Schneider et al., 2019, S. 19)

Zielführend ist, muss in zukünftigen Studien untersucht und weiter entwickelt werden. Dies kann u.a. Aufgabe der Rettungsdienst-Pädagogik als wesentliche Säule einer zukünftigen Disziplin der Rettungswissenschaft sein.

Literatur

Asshoff, R., & Hammann, M. (2019). Schülervorstellungen im Biologieunterricht. Klett Kallmeyer.

Bayrhuber, H., Abraham, U., Frederking, V., Jank, W., & Rothgangel, M. (2017). Auf dem Weg zu einer Allgemeinen Fachdidaktik. Waxmann.

Becker, M., & Spöttl, G. (2006). Berufswissenschaftliche Forschung und deren empirische Relevanz für die Curriculumentwicklung. Berufs- und Wirtschaftspädagogik - online, 11.

Becker, M., & Spöttl, G. (2015). Berufswissenschaftliche Forschung: Ein Arbeitsbuch für Studium und Praxis (Berufliche Bildung in Forschung, Schule und Arbeitswelt). Peter Lang GmbH.

DGRe. (2021). „Über uns“ Deutsche Gesellschaft für Rettungswissenschaften.

Dielmann, G., & Malottke, A. (2017). Notfallsanitätergesetz und Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter. Mabuse.

Enke, K., & Kuhnke, R. (2013). Lernfeld Rettungsdienst - Wege zum handlungsorientierten Unterricht. Stumpf & Kossendey.

Flake, F., Gliwitzky, B., Grusnick, H.-M., König, M. K., & Beckers, S. K. (2013a). Notfallsanitäter – Chancen und Perspektiven des neuen Berufsbildes. Notfall + Rettungsmedizin, 16(8), 598–603. https://doi.org/10.1007/s10049-013-1735-5

Flake, F., Gliwitzky, B., Grusnick, H.-M., König, M. K., & Beckers, S. K. (2013b). Notfallsanitäter – Chancen und Perspektiven des neuen Berufsbildes. Notfall + Rettungsmedizin, 16(8), 598–603. https://doi.org/10.1007/s10049-013-1735-5

Hahnen, D., & Karutz, H. (2018). Didaktische Modelle in der Ausbildung zum Notfallsanitäter: Übertragbarkeit und Anwendung von allgemein- und pflegedidaktischen Modellen. Pädagogik der Gesundheitsberufe, 4, 244–254. https://doi.org/10293.000/30000-1699

Heitzmann, A. (2013). Entwicklung und Etablierung der Fachdidaktik in der schweizerischen Lehrerinnen- und Lehrerbildung: Überlegungen zu Rolle und Bedeutung, Analyse des Ist-Zustands und Reflexionen für eine produktive Weiterentwicklung. Beiträge zur Lehrerinnen- und Lehrerbildung, 31(1), 6–17.

HSL LIA. (2015). Lernen und lernförderlicher Unterricht.

IAB. (2018, November 2). Berufe im Spiegel der Statistik. Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung. http://bisds.iab.de/Default.aspx?beruf=ABO&region=1&qualifikation=0

Karutz, H., & Hockauf, H. (2004). Fachdidaktik Rettungsdienst: Ein Beitrag zur Professionalisierung der RD-Ausbildung. Rettungsdienst, 5, 50–55.

Kemp, C., Bischoni, R., & Hahnen, D. (2020). Fünf Jahre Notfallsanitäterausbildung aus Sicht der Schulen. Notfall + Rettungsmedizin, 23(5), 319–324. https://doi.org/10.1007/s10049-019-0569-1

Koch, S. (2020). Didaktische Jahresplanung 2020 - Lernfelddidaktik wissenschaftlich gesehen.

Plaumann, U. (2015). Umrisse einer Fachdidaktik Pflege. Mabuse.

Schneider, K., Kuckeland, H., & Hatziliadis, M. (2019). Berufsfeldanalyse in der Pflege. Zeitschrift für Berufs- und Wirtschaftspädagogik, 115(1), 6. https://doi.org/10.25162/zbw-2019-0001

Sieber, F., Kotulla, R., Urban, B., Groß, S., & Prückner, S. (2020). Entwicklung der Frequenz und des Spektrums von Rettungsdiensteinsätzen in Deutschland. Notfall + Rettungsmedizin, 23(7), 490–496. https://doi.org/10.1007/s10049-020-00752-1

Spöttl, G. (2018). Sektoranalysen. In F. Rauner & P. Grollmann (Hrsg.), Handbuch Berufsbildungsforschung (S. 149–161). wbv Media.

Seeger, I., Klausen, A., Thate, S., Flake, F., Peters, O., Rempe, W., Peter, M., Scheinichen, F., Günther, U., Röhrig, R., & Weyland, A. (2021). Gemeindenotfallsanitäter als innovatives Einsatzmittel in der Notfallversorgung – erste Ergebnisse einer Beobachtungsstudie. Notfall + Rettungsmedizin, 24(3), 194–202. https://doi.org/10.1007/s10049-020-00715-6

Eingereicht:
Genehmigt:

doi: 10.52205/llig/17

Christiane Spichale
Dipl. Medizinpädagogin
Fachrichtungskoordinatorin für ATA/ OTA-Ausbildung am Universitätsklinikum Halle/ Saale
Lehrerin und Klassenleiterin im Bereich ATA/ OTA



Sebastian Klamt B.A.
Medizinpädagoge B.A.
Lehrer und Klassenleiter im Bereich ATA/ OTA-Ausbildung am Universitätsklinikum Halle/ Saal

klamtsebastian@gmail.com



Vom Allgemeinen zum Speziellen - Das Berufsbild der Anästhesietechnischen Assistenz (ATA) an der Schwelle zur staatlichen Anerkennung

Zusammenfassung

Neben dem klassischen Werdegang, der sich zunächst aus pflegerischer Grundausbildung und anschließender zweijähriger Fachweiterbildung zusammensetzt, gibt es auch die Möglichkeit die Anästhesiepflege als eigenes Berufsbild innerhalb von drei Jahren zu erlernen, die „Anästhesietechnische Assistenz“. Obwohl das Berufsbild in Deutschland seit mittlerweile 18 Jahren existiert – in anderen Ländern ist es sogar ein Bachelorstudium - gehören die ATA noch nicht flächendeckend zum Alltagsbild im Operationssaal. Allmählich scheinen Kliniken jedoch die Vorzüge und das Potenzial der qualifizierten Facharbeiter schätzen zu lernen. Die Zahl der Auszubildenden sowie Ausbildungsstätten steigen kontinuierlich. Zunächst autonom über die ersten Bildungsträger und später über die DKG reguliert, ist die Ausbildung seit dem 1. Jänner 2022 staatlich anerkannt und durch das jüngst ratifizierte ATA/OTA-Gesetz bundesweit reguliert. In einem kurzen Interview resümiert Christiane Spichale, Medizinzinpädagogin in der ATA-Ausbildung der ersten Stunde, sowie langjährige Vorsitzende des Berufsverbandes, dass die staatliche Regulierung einen wichtigen Meilenstein zur allgemeinen Akzeptanz des Berufsbildes demarkiere, eine Entwicklung, die zu Beginn so noch nicht denkbar gewesen sei. Dennoch stelle die Umstrukturierung alle Beteiligten vor große Herausforderungen und es sei momentan noch zu früh ein erstes Resumee zu ziehen. Eine Zusammenlegung mehrerer operativer Berufsgruppen zu einer gemeinsamen Ausbildung, sei denkbar jedoch aktuell nicht geplant.

Abstract

Beside the common development, comprising nursing college, followed by a further education for two years, there is the opportunity to learn anaesthetic assistance (i.e. ATA) in a specific training of three years, instead. Despite it has been existing in Germany for almost 18 years now – in other countries they even provide a Bachelor’s degree course – the anaesthetic assistants haven‘t become common at the operation-theatres throughout Germany, yet. Gradually, it seems that hospitals are getting aware of the several advantages, those eligible skilled-workers hold. This obviously appears in the increasing numbers of both applicants, and schools. Initially run autonomously by the practitioners, the training, after having been guided by the Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)for a few years, now is governed by a new federal law, effective from January 2022, the so called „ATA/OTA-Gesetz“.

Mrs. Christiane Spichale, who has been working as a medical pedagogue at the ATA-training from the beginning on, also head of the professional association for several years, summarizes within a short interview, that it is a remarkable development, finally having the training state-aproved, for its acceptance in general. In the beginning this current state may have appeared unconceiveable. Nevertheless it seems to early, to draw the balance. Furthermore It may be possible, considering a fusion of several job-trainings all around the operation theatre, but there are no such plans currently.

Die Anästhesietechnische Assistenz (ATA) hat in den nunmehr 18 Jahren, da dieser Ausbildungsberuf in Deutschland bereits angeboten wird, einerseits einen immensen Zulauf, andererseits einen starken Wandel erfahren. Begonnen als notwendige Reaktion auf den bereits damals manifesten Nachwuchsmangel im Gesundheitswesen ab den 1990-er Jahren, stand die Ausbildung nach einem langjährigen Kampf um ihre Anerkennung in der Berufswelt von 2011 bis 2021 unter Ägide der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) (Janssen, 2021). Seit dem 01.01.2022 ist sie nun in die Zuständigkeit des Gesundheitsministeriums gefallen und gilt somit als staatlich anerkannt (Igl, 2022). Neben den Vorteilen, welche diese Änderung mit sich bringt, stellt sie die bisherigen Bildungsträger vor erhebliche Herausforderungen, ähnlich wie es den „klassischen“ Pflegeberufen durch Ratifikation des aktuellen Pflegeberufegesetzes, also Implementierung der generalistischen Pflegeausbildung schon einige Jahre zuvor erging. Nun erscheint, angesichts dieser Vereinheitlichung der drei ursprünglichen Berufe (Gesundheits-/ und Krankenpflege, Gesundheits-/ und Kinderkrankenpflege, Altenpflege) in der Generalistik, die Spezialisierung auf ein einzelnes Betätigungsfeld, wie in der ATA, beinahe als ein Anachronismus. Gleichwie die anhaltend wachsenden Zahlen an Auszubildenden, sowie gute Übernahmechancen nach der Ausbildung die Daseinsberechtigung des Berufsbildes gleichwie verifizieren.

Wohin soll die Reise in den nächsten Jahren noch gehen? Weiterhin als eigenständiges, anerkanntes Berufsbild, vielleicht hin zu einem akademisierten Beruf, wie es die Hebammen jüngst vorgemacht haben (Geppert-Orthofer, 2022), oder eventuell zu einer weiteren Vereinheitlichung zusammen mit der Operationstechnischen Assistenz (OTA) und anderen OP-spezifischen Berufsgruppen, nach dem Vorbild der Generalistik in den Pflegeberufen?

Im Folgenden soll zunächst ein kurzer Einblick in das immer noch neue und frisch-reformierte Berufsbild geliefert werden. Hierzu wurden Christiane Spichale, Medizinpädagogin und Fachbereichskoordinatorin der OTA/ATA-Ausbildung am Universitätsklinikum Halle (Saale), fünf Fragen über Vergangenheit, Gegenwart und mögliche Zukunft der Anästhesietechnischen Assistenz gestellt. Ihr großer Erfahrungsschatz durch die 20-jährige Tätigkeit in der ersten Schule, welche die ATA-Ausbildung angeboten hat, liefert lebendiges Zeitzeugnis vom Wandel der Ausbildung. Überdies bekleidet sie seit 2015 den Vorsitz des Deutschen Bundesverband der Schulen für Anästhesietechnische Assistentinnen und Assistenten (DBVSA).

Der sogenannte „Pflegenotstand“ ist im Gesundheitswesen beinahe zu einer Art Mantra der vergangenen Jahre avanciert, ein Kasus, welcher ganz aktuell durch die hohe Auslastung der Krankenhauskapazitäten während der Corona-Pandemie auch in den Fokus der öffentlichen Aufmerksamkeit geraten ist. Dennoch stellt dieser bei Leibe kein Novum im Gesundheitssystem dar. Als stetiger Prozess, welcher in den Jahren nach der deutschen Wiedervereinigung 1990 einen damaligen Höchststand erreicht hat, ist er das Resultat einer Gemengelage aus einerseits medizinischem Fortschritt sowie andererseits steigendem Bedarf durch Bevölkerungszuwachs und höhere Lebenserwartung (Panke-Kochinke, 2003). Daneben spielen die gestiegenen beruflichen und individuellen Belastungen der - nach wie vor - größtenteils weiblichen Akteure (Meleis, 2005), die sich auch im damaligen Lohnniveau nicht widerspiegelten hinein (Nowossadeck, 2013). Panke-Kochinke skizziert diesen Prozess zunächst separat für BRD und DDR bis 1990 und leitet daraus, gleich einer Synthese, die Diskrepanz vom wissenschaftlichen Fortschritt des Berufsbildes einerseits und der profanen Realität andererseits, die lange nicht mithalten konnte ab. Die Folgen daraus waren eine hohe Abbruchquote bereits während der Ausbildung in der Pflege, sowie eine häufige spätere Umorientierung zu anderen Berufen. So entstand ein zunehmender Nachwuchsmangel. In hochspezialisierten Bereichen wie dem Operationsdienst und der Anästhesiepflege waren die Folgen ebenso gravierend, da diese Tätigkeitsfelder eine gewisse Verweildauer im Beruf voraussetzten um die notwendige Fachweiterbildung absolvieren zu können. So schrieb die verantwortliche DKG eine Berufserfahrung von mindestens zwei Jahren vor, ehe die Fachweiterbildung „Intensivpflege und Anästhesie“ mit einer Dauer von zwei Jahren berufsbegleitend angetreten werden konnte. Gleiches galt für die „Fachpflege OP“[1] Der Operationsdienst begegnete der demographischen Entwicklung bereits 1994 durch Entwicklung des Berufsbildes der Operationstechnischen Assistenz (ein gesondertes Portrait zu diesem ist in Planung). In der Anästhesiepflege dauerte es noch bis ins Jahr 2004, dass erste Ausbildungsjahrgänge für die ATA starteten. Zunächst gingen nur zwei

Schulen deutschlandweit das Wagnis ein, zum einen in Frankfurt am Main, zum anderen am Universitätsklinikum Halle an der Saale. Beide Einrichtungen standen und stehen noch heute bei der Gestaltung der Ausbildungsinhalte in engem Austausch, aus welchem am 25.05.2005 die Arbeitsgemeinschaft der Schulen für Anästhesietechnische Assistenz hervorging (Schule für operationstechnische und anästhesietechnische Assistenz, 2022). Die Inhalte der dreijährigen Ausbildung orientierten sich einerseits am Bedarf zur Ausübung der späteren Tätigkeit, andererseits bei manchen Inhalten an den erprobten und bewährten Vorlagen aus den Pflegeberufen. So kam es zunächst zu einer Aufteilung der Ausbildung in 3000 Stunden Praxis und 1600 Stunden Theorie. Neben den vorrangigen Einsätzen in unterschiedlichen operativen Bereichen zum Erlernen der Besonderheiten bei den jeweiligen Anästhesieverfahren und Krankheitsbildern, waren auch Praktika in Notaufnahme, Endoskopie und Intensivstation enthalten, um das gesamte Spektrum der Anästhesiologie kennenzulernen. Dies hatte aber teilweise einen eher edukativen Charakter, da es nicht vorgesehen war und immernoch ist, als ausgebildete ATA in der Intensivpflege tätig zu werden. Eine detaillierte Auflistung der möglichen Tätigkeitsbereiche gemäß DBVSA (Deutscher Bundesverband der Schulen für Anästhesietechnische Assistentinnen und Assistenten e.V.) findet sich im im Onlineauftritt des Berufsverbandes.

Durch die Übernahme der Gesamtverantwortung für die Ausbildung durch das Ministerium verringerte sich die Menge an Praxisstunden zugunsten der Theorie, so dass die Verteilung jetzt analog zur generalistischen Pflegeausbildung ist (s. Tabelle 1).

Zeitraum	Hauptverantwortung	Inhalte	Praxis /h	Theorie /h
2004-25.05.2005	Eigenverantwortung der Schulen	Normative Empfehlungen	3000	1600
26.05.2005-31.12.2021	Arbeits-gemeinschaft der Schulen für ATA	DKG	3000	1600
seit 01.01.2022	Bundesministerium für Gesundheit	OTA/ATA-Gesetz	2500	2100

Tabelle 1 - (Bundesanzeiger Verlag, 2022), (Schule für operationstechnische und anästhesietechnische Assistenz, 2022)

Demographische Daten

Der Bedeutungszuwachs dieses neuen Ausbildungsberufes lässt sich ganz objektiv an der Entwicklung der Absolventenzahlen demarkieren. So haben seit den ersten Abschlussprüfungen des Ausbildungsjahrgangs 2004-2007 bisher 1200 Absolventen die Berufszulassung erworben. Die ursprünglichen zwei Schulen in Frankfurt/ Main und Halle/ Saale, die als Pilotprojekt mit der ATA-Ausbildung begonnen hatten, haben bundeweit Nachahmer gefunden, so dass derzeit in Deutschland ca. 1700 Auszubildende in 46 Schulen den Berufsabschluss als ATA anstreben (Stand März 2022). Hinsichtlich der Verteilung des biologischen Geschlechts zeichnet sich, zumindest für die Auszubildenden in Halle (Saale), wo genaue Daten vorliegen, eine ähnliche prozentuale Verteilung wie in den Pflegeberufen, bei einem durchschnittlichen Anteil von 14% an männlichen Auszubildenden innerhalb der letzten acht Jahre ab.

Ausbildungsinhalte

Die inhaltliche Struktur der ATA-Ausbildung zeigt im Laufe der Jahre, analog zu Entwicklungen, welche in den Pflegeberufen bereits vorher erfolgt sind, einen Wandel vom klassischen Fächerkanon hin zur Unterteilung in Lernfelder und entsprechender Unterkategorien. Die Stundenverteilung zwischen Theorie und Praxis wurde überdies nach der aktuellen Ausbildungs-/ und Prüfungsordnung vom 04.11.2020 der Pflegeausbildung angeglichen, wie in Tabelle 1 ersichtlich (Bundesministerium für Justiz, 2022).

Praktische Ausbildung

Das neue Kontingent von 2500 Stunden ist in mehrere Praktika unterteilt, jeweils zwischen 80 und 400 Stunden, wobei 80 Stunden davon zur freien Verfügung bleiben. Es ist zunächst ein 80-stündiger Orientierungseinsatz vorgesehen, wiederum ähnlich der generalistischen Pflegeausbildung. Es folgen mehrere Pflicht-/ und Wahlpflichteinsätze. Zu den nicht-anästhesiologischen Pflichteinsätzen gehört, neben den bisher schon üblichen Bereichen Notaufnahme, Endoskopie und Sterilisationsabteilung auch ein Pflegpraktikum von 120h. Letzteres wurde bisher zumeist im intensivpflegerischen oder IMC-Bereich absolviert, was einerseits der logistischen Umsetzbarkeit, da die Intensivstationen häufig der Anästhesie angegliedert sind und zum anderen der fachlichen Nähe des Tätigkeitsfeldes geschuldet ist. Perspektivisch wollen die Ausbil-

No.	Kompetenzschwerpunkt	Stunden-umfang
1	Berufsbezogene Aufgaben im ambulanten und stationären Bereich eigenverantwortlich planen und strukturiert ausführen	880
2	Bei der medizinischen Diagnostik und Therapie mitwirken und ärztliche Anordnungen eigenständig durchführen	340
3	Interdisziplinäres und interprofessionelles Handeln verantwortlich mitgestalten	120
4	Verantwortung für die Entwicklung der eigenen Persönlichkeit übernehmen (lebenslanges Lernen), berufliches Selbstverständnis entwickeln und berufliche Anforderungen bewältigen	120
5	Das eigene Handeln an rechtlichen Vorgaben und Qualitätskriterien ausrichten	140
6	Mit Patientinnen und Patienten aller Altersstufen und deren Bezugspersonen unter Berücksichtigung soziologischer, psychologischer, kognitiver, kultureller und ethischer Aspekte kommunizieren und interagieren	120
7	In lebensbedrohlichen Krisen- und Katastrophensituationen zielgerichtet handeln	40
8	Hygienische Arbeitsweisen umfassend beherrschen und beachten	140
9	Zur freien Verteilung auf Kompetenzschwerpunkte	200
Gesamt		2100

Tabelle 2 - (Bundesministerium für Justiz, 2022)

dungsträger auch an dieser Praxis festhalten.

Theoretische Ausbildung

Anders als in der bisherigen DKG-gelenkten Ausbildung, welche eine Unterteilung in vier Lernbereiche aufweist, gliedert sich die theoretische Ausbildung ab 2022 in neun Kompetenzschwerpunkte, deren allgemeine Lernziele kompetenzorientiert ausformuliert sind (Tabelle 2). Die Übertragung in ein Curriculum erfolgt weiterhin föderalistisch und wird ebenfalls adaptiert an den Kompetenzen umgesetzt. Ebenfalls analog zur Generalistik schreibt das ATA/OTA-Gesetz, in welchem ebenso die neu-strukturierte OTA-Ausbildung reguliert wird, die pädagogische Qualifikation aller Lehrpersonen vor auf dem Niveau eines Master-Degree, mit einer Übergangsfrist bis 2029 (Bundesanzeiger Verlag, 2022). Bis dahin greift bei den bereits genehmigten Lehrkräften der Bestandsschutz.

Interview mit Christiane Spichale vom 10.02.2022

Frage 1: Frau Spichale, jetzt sind es schon wieder fast 18 Jahre, dass die ersten ATA-Azubi in eine damals ungewisse berufliche Zukunft gestartet sind. Und nun sind wir an einem Punkt angelangt, da die Ausbildung staatlich anerkannt und ATA in den meisten Anästhesieabteilungen zum alltäglichen Bild zählen. Sie sind quasi „in der Mitte des OP-Teams angekommen“. Hätten Sie sich diese Entwicklung zu Beginn träumen lassen?

„Als wir 2004 mit der ATA-Ausbildung starteten wusste ich gar nicht, was mich erwartet. Wir hatten mit vielen Hindernissen zu kämpfen. Vor allem ging es um die Organisation einer völlig neuen Ausbildung, um die Aufklärung bezüglich der Aufgaben und Tätigkeiten und um den stetigen Kampf für die Akzeptanz des Berufsbildes. Letztendlich erfolgte eine Etablierung der Anästhesietechnischen Assistenz durch eine fundierte und qualitativ hochwertige Ausbildung und durch die Kenntnisse, Fähigkeiten, Fertigkeiten und Kompetenzen unserer Absolventen. Rückblickend war vieles nicht einfach, insofern ist es mir eine Freude, dass wir das Berufsbild erfolgreich bis zur bundeseinheitlichen Anerkennung durch das ATA/OTA-Gesetz geführt haben.

Das ist eine wahre Erfolgsgeschichte und wir sind die Zeitzeugen.“

Frage 2: In der DKG-Ausbildung war bisher kein verbindliches Curriculum verankert, sondern es existierten lediglich Empfehlungen, die eher fakultativen Charakter aufwiesen. Viele Inhalte wurden aus den Pflegeberufen oder der Fachweiterbildung, teilweise der Facharztausbildung übernommen. Sehen Sie die Forderung nach einem spezifischen, pädagogisch-ausgearbeiteten Curriculum als den notwendigen nächsten

Schritt oder als eher-hinderlich für die Vermittlung der notwendigen Inhalte an?

„Natürlich wäre ein verbindliches Curriculum optimal. Aus der Erfahrung heraus ist es aber sehr schwierig, ein solches mit dem Hintergrund der unterschiedlichen pädagogischen Sichtweisen, zu erarbeiten. Durch das ATA/OTA Gesetz und die Ausbildungs-und Prüfungsverordnung ist der konkrete Rahmen für die Inhalte der Ausbildung festgelegt worden. Das gibt den ATA/OTA-Schulen die „pädagogische Freiheit“ ein eigenes Curriculum entsprechend individuellen pädagogischen Ansatzpunkte zu erarbeiten“

Frage 3: Die bereits angesprochene „Pädagogisierung“ der theoretischen Ausbildung, hat momentan zur Folge, dass der ärztliche Unterricht, wie bereits in den Pflegeberufen erfolgt, zunehmend in Frage gestellt wird. Ist dieser Ihrer Meinung nach ein Relikt aus vergangener Zeit dar, welches es aufgrund des pädagogischen Anspruchs abzulegen gilt, oder droht dadurch eine inhaltliche Verarmung der Ausbildung?

„Aus meiner Sicht ist die ärztliche Beteiligung an der ATA/OTA-Ausbildung ein wesentliches Qualitätskriterium. Ich sehe allerdings die Gefahr, dass aus organisatorischen und finanziellen Zwängen diese reduziert oder sogar komplett entfällt, da diese laut gesetzlichen Vorgaben seit 01.01.2022 nicht mehr gefordert werden. Hier hat man sich zu sehr nach den klassischen Pflegeberufen gerichtet und nicht die speziellen Aufgaben und Tätigkeiten der ATA und OTA beachtet.“

Frage 4: Aufgrund vieler fachlicher Überschneidungen ist es immernoch Usus die Erstellung der neuen Curricula für die ATA-Ausbildung parallel zu denen der OTA zu gestalten und nur in fachspezifischen Bereichen zu differenzieren. Könnten Sie sich vorstellen, dass perspektivisch nach dem Vorbild der Pflegeberufe eine „generalistische OP-Assistenzausbildung“ kommen könnte, in welcher OTA, ATA und ggf. auch Sterilisationsfachkräfte gemeinsam ausgebildet werden und sich innerhalb der Ausbildung spezialisieren können?

„Das ist durchaus vorstellbar, da eine Doppelqualifikation zur OTA und ATA laut DKG möglich war. Ich selbst habe im Rahmen einer Kooperation mit einer anderen Klinik in Halle (Saale) eine Operationstechnische Assistentin während ihrer 15-monatigen Qualifikationsmaßnahme zur Anästhesietechnischen Assistentin begleitet. Seit Dezember 2021 arbeitet sie sehr kompetent in beiden Tätigkeitsbereichen.

Ob die Ausbildung zur Sterilisationsfachkraft auch integriert werden kann, wir die Zukunft uns zeigen.“

Frage 5: Nun sind wir bis zur letzten Frage gelangt, ohne über die Corona-Pandemie zu sprechen, weswegen es nun höchste Zeit wird: Durch die noch andauernde Pandemiesituation wurde der bereits erwähnte Fachkräftemangel im Gesundheitssystem auch Außenstehenden schmerzlich bewusst. Eine Coping-Strategie der Klinikbetreiber bestand in einer personalneutralen - entschuldigen Sie die beabsichtigte Polemik - zeitweiligen Umsetzung von Mitarbeitern in andere Abteilungen. Dadurch sind vielerorts ATA und ATA-Auszubildende im intensivmedizinischen Bereich eingesetzt worden, obwohl ihnen nach der Ausbildung dieser Arbeitsplatz bislang verwehrt war. Halten Sie es für denkbar, dass es künftig möglich werden könnte, ggf. durch Zusatzqualifikation als ATA auch auf der Intensivstation zu arbeiten?

„Coronabedingt war und ist immer noch der Einsatz von Anästhesietechnischen Assistenten im intensivmedizinischen Bereich notwendig; hier erfolgt ein Einsatz im Rahmen des möglichen Tätigkeitsprofils. Aufgrund des stetigen Personalmangels im Intensivbereich kann es durchaus möglich sein, dass derzeitige Pläne von deutschen Kliniken, ATA grundständig dort einzusetzen, umgesetzt werden. Das erfordert allerdings umfangreiche Zusatzqualifikationen, da die ATA-Ausbildung nur grundlegende Inhalte der Pflegetätigkeiten vermittelt.

Außerdem sehe ich das Problem des Personalmangels, welches auch im Funktionsbereich der Anästhesie besteht, so dass sich hier ein Konkurrenzverhalten entwickeln wird.“

Frau Spichale, vielen Dank für das offene Gespräch!

Fazit

Die steigenden Zahlen an Auszubildenden, sowie die staatliche Anerkennung legitimieren augenscheinlich bundesweit das Berufsbild der ATA. Auch im Jahr 2022 ist die Zahl der momentanen Bewerber um Ausbildungsplätze ungebrochen hoch. Im jetzigen Stadium des Umbruchs, zumal die noch-andauernde Pandemiesituation ohnehin zu einer Verzerrung der Gesamtsituation führt, wäre es jedoch reine Spekulation, über die mittelfristigen Auswirkungen der neuen Ausbildung Aussagen zu treffen. Eine erste Zwischenbi-

lanz ist in frühestens drei Jahren denkbar und sinnvoll, wenn dann die ersten Auszubildenden nach ministerialer Vorgabe abschließen. Bis dahin gibt es viel zu tun um den neuen Vorgaben und dem damit einhergehenden Zuwachs in der theoretischen Ausbildung Rechnung zu tragen. Da bekanntermaßen die Praxis als Prüfstein der Wahrheit fungiert, ist anzunehmen, dass die ersten Curriculumsentwürfe auch noch der Überarbeitung bedürfen. Hier ist ein offener Dialog und ein fortschrittsgläubiges Klima obligat, um eine Optimierung der Ausbildung zu erreichen.

Literaturverzeichnis

Bundesanzeiger Verlag. (12. 02 2022). Von https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?tartbk=Bundesanzeiger_BGBl&start=%2F%2F%2A%5B%40attr_id=%27bgbl119s2768.pdf%27%5D#__bgbl__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl119s2768.pdf%27%5D__1645969130282

Bundesministerium für Justiz. (13. 03 2022). Von ATA-OTA-APrV: https://www.gesetze-im-internet.de/ata-ota-aprv/BJNR229510020.html abgerufen

Deutsche Krankenhausgesellschaft. (25. 02 2022). Von https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/2_Themen/2.5._Personal_und_Weiterbildung/2.5.12._Aus-__Fort-_und_Weiterbildung_von_OTA_ATA/Rechtliche_Grundlagen/DKG-Empfehlung_OTA-ATA_01-01-2014.pdf abgerufen

Deutsche_Krankenhausgesellschaft. (02. 03 2022). DKG-Empfehlung_Weiterbildung_Pflege. Von DKGEV: https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/2_Themen/2.5._Personal_und_Weiterbildung/2.5.11._Aus-_und_Weiterbildung_von_Pflegeberufen/DKG-Empfehlung_zur_pflegerischen_Weiterbildung_vom_29.09.2015/2021_DKG-Empfehlung_Weiterbildung_Pflege.pdf abgerufen

Geppert-Orthofer, U. (03. 03 2022). Hebammenverband e.V. Von https://www.hebammenverband.de/beruf-hebamme/akademisierung/ abgerufen

Igl, G. (10. 02 2022). Das Gesetz über den Beruf der Anästhesietechnischen Assistentin und des Anästhesietechnischen Assistenten und über den Beruf der Operationstechnischen Assistentin und des Operationstechnischen Assistenten. Von DeGruyter: https://www.degruyter.com/document/doi/10.9785/gesr-2021-200503/html abgerufen

Janssen, S. (2021). Anästhesietechnische Assistenten/-innen - ein neuer Beruf im Gesundheitswesen. AINS - Anästhesiologie Intensivmedizin Notfallmedizin Schmerztherapie, S. 635-638.

Meleis, A. I. (2005). Pflegetheorien. München: Verlag Hans Huber.

Neukamm, B., & Loose, A. (2020). Die Erfolgsgeschichte der OTA und ATA. Im OP, S. 237-242.

Nowossadeck, S. (18. 07 2013). Demografischer Wandel, Pflegebedürftige und der künftige Bedarf an Pflegekräften. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, S. 2013.

Panke-Kochinke, B. (2003). Sichtbar zufrieden – Probleme, Ziele, Anforderungen im Berufsfeld Krankenpflege (1949 –2003). Pflege und Gesellschaft, S. 146-155.

Schule für operationstechnische und anästhesietechnische Assistenz, H. (12. 02 2022). ATA-info. Von http://www.ata-info.de abgerufen

Fußnote

[1] Beide Fristen wurden mittlerweile auf eine Empfehlung von 6 Monaten herabgesetzt. (Deutsche_Krankenhausgesellschaft, 2022)

Eingereicht:
Genehmigt:

doi: 10.52205/llig/18

Prof.in Dr.in Sabine Hubbertz-Josat
Professorin und Studiengangsleiterin im Studiengang Medizinpädagogik an der SRH Hochschule für Gesundheit GmbH am Campus Rheinland/ Leverkusen,
sabine.hubbertz-josat@srh.de



Prof. Dr. Sebastian Koch
Professor im Studiengang Medizinpädagogik an der SRH Hochschule für Gesundheit GmbH am Campus Gera sowie an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg am Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft,
sebastian.koch@srh.de



Akademisierung im Rettungswesen - Aktueller Stand der Akademisierung und Überblick aktueller Studiengänge

Abstract

Die Akademisierung im Rettungswesen, als Teil der Professionalisierung des Berufsbildes, schreitet voran. Welche Studienangebote es mit Schwerpunkt Rettungswesen gibt wird dargestellt. Bei den Bachelorstudiengängen überwiegen berufsbegleitende Management und Pädagogik Studiengänge. Fachwissenschaftliche Studiengänge sind in der Minderheit. Im Masterbereich existieren ausschließlich berufsbegleitende Management Studiengänge. Pädagogische Masterstudiengänge sind in berufspädagogischen Studiengängen und in der Medizinpädagogik angesiedelt. Mit zunehmender Akademisierung werden fachwissenschaftliche als auch ausbildungsintegrierende Studiengänge an Bedeutung gewinnen. Damit wird die systematische Forschung im Rettungswesen und die evidenzbasierte rettungsdienstliche Praxis weiter fortschreiten.

Abstract

The academization in the rescue service, as part of the professionalization of the job, is progressing. The range of courses with a focus on rescue services is shown. In the bachelor's degree courses, part-time management and education courses predominate. Technical courses are in the minority. In the Master's area, there are only part-time management courses. Pedagogical master's courses are part of vocational courses and medical education. With increasing academization, specialist and training-integrated courses will gain in importance. This means that systematic research in rescue services and evidence-based rescue service practice will continue to progress.

Die Ausbildung zum Notfallsanitäter orientiert sich hinsichtlich seiner Struktur und Themenbereiche an der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung von 2003 (1). Zur Weiterentwicklung einer Akademisierung des Rettungswesens lohnt es sich daher auch auf die Professionalisierung der Pflege zu schauen und dies kritisch-konstruktiv zu reflektieren.

Bereits in den 70er Jahren startete in den neuen Bundesländern der Medizinpädagogik-Studiengang an der Humboldt Universität zu Berlin. Erst in den 80er Jahren etablierten sich die ersten Pflegestudiengänge, die sich der Pflegepraxis verschrieben und neben den damals vorherrschenden Pflegepädagogik- und Pflegemanagementstudiengänge eine weitere Akademisierung in den Gesundheitsberufen forcierten (2).

Mittlerweile kommen in zunehmender Anzahl fachwissenschaftliche und grundständige Pflegestudiengänge hinzu. Heute ist die Pflege mit Abstand die Berufsgruppe im Gesundheitswesen, die sich am stärksten akademisiert und damit auch professionalisiert hat. Andere Gesundheitsberufe können sich der Akademisierung nicht mehr entziehen, so auch im Rettungswesen (3, 4).

Die Notwendigkeit der Akademisierung im Rettungswesen ergibt sich nicht nur aus der Vorgabe des Wissenschaftsrats, welcher eine Akademisierungsquote von 10-20 % fordert (4). Die Akademisierung ist vielmehr eine wesentliche Säule der beruflichen Professionalisierung und des Selbstverständnisses aller tätigen Mitarbeiter im Rettungswesen. Sie bietet interessierten Mitarbeitern bzw. Ausbildungsinteressierten Aufstiegschancen und stärkt damit die Attraktivität des Berufes (5). Die anfängliche Sorge der ärztlichen Kollegen (6) die Akademisierung sei eine Mini-Arzt Ausbildung zeigt heute, dass die Akademisierung von Notfallsanitätern der besseren Patientenorientierung und -versorgung dient. Die Akademisierung wird den Empfehlungen des Wissenschaftsrates gerecht, die systematische Forschung im Rettungswesen und die damit verbundene evidenzbasierte Notfallmedizin voranzubringen (5).

Akademisierung im Rettungswesen

Unter dem Begriff der Akademisierung wird die in den letzten Jahrzehnten stattfindende, berufsqualifizierende Entwicklung in den Gesundheitsfachberufen verstanden. Darüber hinaus umfasst der mit der Akademisierung verbundene Prozess der wissenschaftlichen Disziplinierung auch den Auf- und Ausbau von Forschung und damit die Entwicklung von wissenschaftlichen Karrierewegen (4).

Über die für Notfallsanitäter typische Ausbildung an berufsbildenden Schulen hinausgehend, hat in den letzten Jahren die Anzahl einschlägiger Studiengänge an Hochschulen kontinuierlich zugenommen. Im deutschen Hochschulwesen lassen sich derzeit prinzipiell drei Arten von Studiengängen unterscheiden (4). Den überwiegenden Teil an Studienangeboten machen Studiengänge aus, die sich an Personen mit einer abgeschlossenen Berufsausbildung an einer berufsbildenden Schule richten und die ggf. über Berufserfahrung verfügen. Individuell stellt die Aufnahme eines derartigen Studiengangs eine Weiterbildung auf akademischem Niveau dar, hochschulrechtlich gesehen jedoch ein Erststudium (4).

Des Weiteren wird zwischen primärqualifizierenden und ausbildungsintegrierten Studiengängen unterschieden (4). Durch primärqualifizierende Studiengänge wird die Berufsqualifizierung über das erfolgreiche Absolvieren eines Hochschulabschlusses erreicht. Eine im Vorfeld abgeschlossene Berufsausbildung zum Notfallsanitäter an einer berufsbildenden Schule ist nicht erforderlich (4).

Ein primärqualifizierender Studiengang wird im Rettungswesen durch die im NotSanG enthaltene Modellklausel ermöglicht, welche eine Ausbildung an den Hochschulen im Rahmen von Modellvorhaben vorsieht.

Ausbildungsintegrierte Studiengänge sehen eine Vernetzung von schulischen und hochschulischen Ausbildungsanteilen vor. Im Unterschied zum primärqualifizierenden Studiengang streben sie daher nicht nur Ausbildungsanteile an der Hochschule und der Praxiseinrichtung an, sondern zusätzliche Inhalte an einer berufsbildenden Schule. Ausbildungsintegrierte Studiengänge zeichnen sich demnach durch eine triale Ausbildungsstruktur aus (4).

Studiengänge mit dem Schwerpunkt Rettungswesen sind derzeit vorwiegend im Bereich der Pädagogik und Management zu finden. Ein Bedarf, den sowohl Experten als auch Schulleiter in einer durchgeführten Studie der Ostfalia Hochschule angeben (7).

Grundständige fachwissenschaftliche Studiengänge existieren erst vereinzelt. Eine Zunahme wird es in den nächsten Jahren geben und somit die systematische Forschung im Rettungswesen, die noch in den Kinderschuhen steckt, vorantreiben. Die Akzeptanz und

positive Einstellung von Mitarbeitern im Rettungswesen gegenüber einer Akademisierung und die damit verbundene Förderung und Forderung eines auf Forschung basierenden Berufsbildes Notfallsanitäter, konnte bereits in Studien nachgewiesen werden (8).

Bachelorstudiengänge Rettungswesen

Im Folgenden wird eine Übersicht aller derzeitigen Bachelorstudiengänge mit Schwerpunkt Rettungswesen gegeben. Ausgenommen sind hier technische Studiengänge mit dem Schwerpunkt Rettungs-Ingenieurwesen, da diese nachweislich dem Markt des Rettungswesens nicht zur Verfügung stehen, sondern in andere z.B. feuerwehrtechnische Bereiche abwandern (7).

Schaut man sich die Bachelorstudiengänge mit dem Schwerpunkt Rettungswesen genauer an, so überwiegen die Management- und Pädagogikstudiengänge. Sieben von sechzehn Studiengängen haben einen Schwerpunkt im Bereich Rescue Management oder Risiko- bzw. Sicherheitsmanagement, wobei ein Studiengang sowohl Management als auch Pädagogik Spezialisierung beinhaltet. Ein Studiengang ist als Fernstudiengang konzipiert, die anderen Studiengänge sind Präsenzstudiengänge.

Die meisten Studiengänge schließen mit einem Bachelor of Arts (B.A.) ab, dem im Deutschland häufigsten Abschluss. In vier der hier aufgeführten Studiengängen wird der Bachelor of Science (B.Sc.) verliehen. Die Anzahl der Semester reicht von sechs bis elf Semester, wobei das letztgenannte auf acht Semester verkürzt werden kann. Nahezu alle päda-

Tabelle 1

Fachrichtung	Bachelorstudiengänge Rettungswesen																				
	Fachwissenschaftliche Studiengänge			Management Studiengänge								Pädagogik Studiengänge									
Name Studiengang	Notfallsanitäter	Rettungswesen/Notfallversorgung	Notfallhilfe und Rettungsmanagement	Management in der Gefahrenabwehr	Risiko- und Sicherheitsmanagement	Rescue Management B.A.	Sicherheitsmanagement (B.A.)	Rescue- und Crisis Management	Medizinisches Management mit Schwerpunkt Rettungsdienstmanagement	Medizin-/Notfallpädagogik (B.A.)	Pädagogik für den Rettungsdienst (B.A.)	Gesundheitspädagogik mit Spezialisierung Evidenzbasierte Praxis des Rettungswesens	Berufspädagogik und Management im Rettungsdienst	Berufspädagogik für Gesundheit – Fachrichtung Rettung (B.A.)	Berufspädagogik im Gesundheitswesen - Fachrichtung Rettungswesen (B.A.)	Pädagogik im Rettungsdienst (B.A.)
Anbieter	DIU International University Weiterbildungsuniversität der TU Dresden	Ernst-Abbe-Hochschule Jena	IB Hochschule für Gesundheit und Soziales	Akkon-Hochschule für Humanwissenschaften	Hochschule für Öffentliche Verwaltung Bremen	Medical School Hamburg	NBS Northern Business School	Steinbeis Transfer Institut NRW in Essen	THM Technische Hochschule Mittelhessen	Akkon Hochschule für Humanwissenschaften	Fliedner Fachhochschule Düsseldorf	IU Internationale Hochschule	Ostfalia Hochschule	SRH Wilhelm Löhe Hochschule	Fachhochschule Münster	Technischen Hochschule Deggendorf
Abschluss	B.A.	B.A.	B.Sc.	B. Sc.	B.A.	B.Sc.	B.A.	B.A.	B. Sc.	B.A.	B.A.	B.A.	B.A.	B.A.	B.A.	B.A.
Credit Points	180	240	180	210	180	180	180	180	210	210	180	180	180	210	180	210
Dauer in Semester	8	8	7-9	8	6	9	6	6	7	7	7	6	6	8	6	11
Form	ausbildungs- oder berufsbegleitend	ausbildungsintegrierend	ausbildungs- oder berufsbegleitend	(Digitale) Präsenzlehre und Selbststudium	Vollzeit	berufsbegleitend	Vollzeit/ Teilzeit	berufsbegleitend	Vollzeitstudium	Teilzeit, Blockveranstaltungen, digitale Präsenzlehre und Selbststudium	berufsbegleitend, Teilzeit in Blockform, Anrechnung 1. Sem. auf Ausbildung	Fernstudium, Vollzeit, Teilzeit	berufsbegleitend: Blended Learning; pro Semester 3 – 4 Blockwochen, Schwerpunkt Management u Berufspädagogik	berufsbegleitend (Blockform)	Vollzeit	berufsbegleitend: Präsenzstudium in Blockform, Anerkennung 1.2. Sem auf Ausbildung + 3. Sem., bei Nachweis 1 Jahr Vollzeit Berufstätigkeit
Start	Sommersemester	Wintersemester	Wintersemester	Wintersemester	Wintersemester	Sommersemester	Sommer/Wintersemester	Sommer/Wintersemester	Sommer/Wintersemester	Wintersemester	Wintersemester	jederzeit	Sommersemester	Wintersemester	Wintersemester 22/23	Sommersemester
Standorte	Dresden und Wernau	Jena	Berlin und Hamburg	Berlin	Bremen	Hamburg	Hamburg	Essen und Simmerath	Gießen	Berlin	Düsseldorf	Standortunabhängig	Wolfsburg	Fürth bei Nürnberg	Münster	Deggendorf
Preis in €	200 pro Monat	Semesterbeitrag	ausbildungsbegleitend: 295 pro Monat; berufsbegleitend: 435 pro Monat	419 pro Monat	Semesterbeitrag	390 pro Monat	17.760 insg.	12.500 insg.	Semesterbeitrag	449 pro Monat	386 pro Monat	2154 pro Semester	Semesterbeitrag	345 pro Monat	Semesterbeitrag	1752 pro Sem
Schwerpunkte			Notfallmedizin, Evidenzbasierte Medizin/Praxis, Clinical Reasoning, Patientenzentriertes Handeln, Gesundheitswissenschaft und -management	Vertiefungsmöglichkeiten: Rettungsdienstmanagment, Katastrophenmanagement	Management der Sicherheit, Risikomanagement, u.a. Krisen- und Notfallmanagement	Management Rettungswesen, Management-, Personal- und Sozialkompetenz, Organisationsformen, administrative Prozesse	Konzernsicherheit, Hafen- und Luftsicherheit, u.a. Krisen- und Notfallmanagement	Notfall- und Krisenmanagement in Einrichtungen des Gesundheits- und Bildungswesens	Bedarfsanalyse und -berechnung, Ressourcenmanagement, Risikomanagement im Rettungsdienst, Hygienemanagement	Medizin und Notfallpädagogik, (Fach)didaktik	Bildungswissenschaft, Rettungs- und Notfallmedizin, Gesundheitswissenschaften	Pädagogik und Gesundheit	Berufspädagogik (Lehrende in der Aus- Fort - Weiterbildung), Notfallpädagogik, Fachdidaktik, Evidence, Gesundheits- u. Medizinwissenschaften	Naturwissenschaften, Notfallmedizin, Rettungswesen, Aus- /Fort- und Weiterbildung	Pädagogik im Rettungswesen, Aus- /Fort- und Weiterbildung	Medizin, Natur und Gesundheitswissenschaften, Didaktik

***Quelle: 9- 17, Sortierung nach Anbietername zum Erhebungszeitpunkt.**

gogischen Studiengänge sind berufsbegleitend, so dass sie sich gut mit einer bestehenden Berufstätigkeit verbinden lassen. Zusätzlich zu den hier aufgeführten pädagogischen Studiengängen ist das Studium der Medizinpädagogik zu erwähnen, in dem sich viele Studierenden aus dem Rettungswesen wiederfinden. Dies wird derzeit an neun Hochschulen deutschlandweit angeboten, Tendenz steigend.

Fachwissenschaftliche Studiengänge im Rettungswesen stellen derzeit mit drei Studiengängen die Minderheit dar. Der fachwissenschaftliche Studiengang der Hochschule Jena ist ein ausbildungsintegrierender Studiengang, d.h. mit Ende des Studiums erlangen die Absolventen sowohl den Ausbildungsabschluss eines Notfallsanitäters als auch den ersten akademischen Abschluss. Der Studiengang an der TU Dresen ist ausbildungs- oder berufsbegleitend. Der dritte Studiengang der IB Hochschule für Gesundheit und Soziales ist sowohl ausbildungs- und berufsbegleitend konzipiert. Hier liegen die Schwerpunkte im Bereich der Fachwissenschaft Rettungswesen und im Bereich Management.

Die Angebote der Studiengänge im Rettungswesen sind sowohl an staatlichen Hochschulen als auch an privaten Hochschulen zu finden. Der Unterschied liegt meist im Betreuungsverhältnis der Studierenden. An privaten Hochschulen ist das Betreuungsverhältnis pro Studierende höher, dafür fallen hier höhere Studiengebühren an.

Masterstudiengänge Rettungswesen

Wer einen Master mit dem Schwerpunkt Rettungswesen abschließen möchte, hat im Vergleich zum Bachelorstudium deutlich weniger Auswahl.

	Masterstudiengänge Rettungswesen					
Fachrichtung	**Management Studiengänge**					**Pädagogik Studiengänge**
Name Studiengang	Katastrophenvorsorge und Katastrophenmanagement	Krisen- und Notfallmanagement	Gesundheitswissenschaften mit Schwerpunkt Management im Rettungswesen	Health Care Management mit der Vertiefung Rettungsdienstmanagement		kein expliziter pädagogischer Studiengang Rettungswesen
Anbieter	Rheinisch Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn in Kooperation mit dem BBK (Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe)	Carl Remigius Medical School	DHGS Deutsche Hochschule für Gesundheit & Sport	Donau-Universität Krems (Austria)		es dominieren Medizinpädagogik und berufspädagogische Studiengänge
Abschluss	Master of Disaster Management and Risk Governance	M.Sc.	M.A.	M.Sc.	M.BA	M.A. oder M.Ed.
Credit Points	120	90	90	90	120	120
Dauer in Semester	5-6	4	3	4	6	5-6
Form	berufsbegleitende Teilkonzeption: blended learning - Kombination aus Präsenzwochenenden und nachfolgenden Selbstlernphasen	berufsbegleitend	berufsbegleitend, semi-virtuell (virtuelles Fernstudium mit Präsenzphasen)	berufsbegleitend Blended Learning (Dual/Hybridmodus)		berufsbegleitend
Start	Wintersemester	Wintersemester	Sommer/Wintersemester	Wintersemester		vorwiegend Wintersemester
Standorte	Bonn	Idstein	Berlin, Ismaning/München, Unna	Krems		div.
Preis in €	10.500 insg. zzgl. 100 € pro Semester	545 pro Monat	545 pro Monat	11900 insg.	14.900 insg.	von 350-540 pro Monat
Schwerpunkte	Katastrophenschutz, Katastrophenvorsorge, Katastrophenmanagement, Risikomanagment	Notfallmedizin, Krisenmanagement, Gefahrenabwehr, Einsatzplanung, Personalführung	Gesundheitssysteme, Versorgungsmodelle, Versorgungsstrukturen, Management im Rettungswesen	Rettungsdienstmanagement, Kosten- und Leitstellenmangement, Ressourcenmanagement und Rettungsdienstforschung, Rettungsdienstliches QM, Systemkonzepte, Bedarfsanalyse und Systemplanung	s. M.Sc. Plus Corporate Responsibility & Marketing, Planung/Budgetierung, Kosten/Leistungsrechnung, HR, Leadership Excellence, OE, Changemangement	für Notfallsanitäter, Pflegekräfte und Therapieberufe

***Quelle: 9- 17, Sortierung nach Anbietername zum Erhebungszeitpunkt, Hochschulen und Studiengänge in Planung wurden hierbei nicht berücksichtigt**

Insgesamt finden sich nur vier Management Studiengänge und kein originärer fachwissenschaftlicher Studiengang. Alle Managementstudiengänge sind berufsbegleitend und erstrecken sich über drei bis zu sechs Semestern. Im pädagogischen Bereich existiert kein Studiengang mit dem expliziten Schwerpunkt Rettungswesen. Es dominieren Medizinpädagogik und berufspädagogische Studiengänge, die für Mitarbeitende sowohl aus dem Rettungswesen, der Pflege und den Therapieberufen konzipiert sind. Alle sind ebenfalls berufsbegleitend und dauern zwischen fünf und sechs Semester. Die Masterstudiengänge schließen entweder mit einem Master of Arts (M.A.), einem Master of Science (M.Sc.) oder im pädagogischen Bereich mit einem Master of Education (M.Ed.) ab.

Die Zukunft der Akademisierung im Rettungswesen

Die notwendige Akademisierung im pädagogischen Bereich schreibt das Notfallsanitätergesetz (NotSanG) von 2015 bereits vor. Demnach muss gemäß § 6 NotSanG die hauptberufliche Leitung einer Schule einen entsprechend qualifizierten Fachkraftabschluss mit einer abgeschlossenen Hochschulausbildung nachweisen. Die Lehrkräfte müssen ebenfalls, im Verhältnis zur Zahl der Ausbildungsplätze, fachlich und pädagogisch qualifiziert sein mit entsprechender, abgeschlossener Hochschulausbildung (18).

In Zukunft werden die ausbildungsintegrierenden Bachelorstudiengänge weiter zunehmen. Zumal gesetzlich geregelt ist, dass die Ausbildung an Hochschulen im Rahmen von Modellvorhaben zur Erprobung von Ausbildungsangeboten, die der fachlichen und pädagogischen Weiterentwicklung des Berufs dienen, angeboten werden kann (18).

Auch die fachwissenschaftlichen Studiengänge werden mit zunehmender Akademisierung an Menge gewinnen. Diese Entwicklung dauert jedoch erfahrungsgemäß, wenn man die Akademisierung der Pflege als Vergleich heranzieht, einige Jahrzehnte. Wie Bartholomeyczik beschreibt, befindet sich die Akademisierung der Pflege auch heute noch in der Konsolidierungsphase (19). So fanden zu Beginn der Akademisierung die Absolventen vorwiegend an Hochschulen und in Ministerien neue Wirkungsstätten. Erst in den letzten 10 Jahren gelangen die Absolventen in die Praxis, z.B. als Advanced Practice Nurses. Die Akademisierung ist jedoch auch heute noch, wie früher, mit Widerständen der Basis verbunden. Und auch die Verortung der Pflegewissenschaft im Hochschulkontext musste und muss auch weiterhin kritisch und konstruktiv diskutiert werden (19, 20). Eine „akademische Bettflucht“ ist nicht das Ziel der Akademisierung im Rettungswesen. Vielmehr hat Sie das Ziel, Ergebnisse systematischer Forschung im Rettungswesen in die evidenzbasierte rettungsdienstliche Praxis zu übertragen.

Die wissenschaftliche Ausrichtung der beruflichen Ausbildung zum Notfallsanitäter und die damit verbundene rechtliche Forderung zur eigenverantwortlichen Durchführung und teamorientierten Mitwirkung insbesondere bei der notfallmedizinischen Versorgung von Patienten, entsprechend dem allgemein anerkannten Stand rettungsdienstlicher, medizinischer und weiterer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse, ist Grundlage einer Akademisierung im Rettungswesen.

Der Wissenschaftsrat geht davon aus, dass komplexe Fähigkeiten und Kompetenzen vielmehr durch eine hochschulische Ausbildung zu vermitteln sind (4) und fordert neben dem mit der Akademisierung verbundenen Prozess der wissenschaftlichen Disziplinierung auch den Auf- und Ausbau von Forschung und damit die Entwicklung von wissenschaftlichen Karrierewegen im Rettungswesen (4).

Vor diesem Hintergrund muss die Entscheidung erwachsen, Bildungswege für Mitarbeiter im Rettungswesen zu überdenken und so zu konzipieren, dass sie sich an die veränderten Qualifikations- und Kompetenzanforderungen schnell und flexibel anpassen können. Die Akademisierung im Rettungswesen ist hierbei nicht der Goldstandard, aber Sie ist als Weg in die Etablierung der Professionalisierung im Rettungswesen nicht mehr weg zu denken.

Literaturverzeichnis

(1) Hahnen, D., Karutz, H. (2018). Didaktische Modelle in der Ausbildung zum Notfallsanitäter: Übertragbarkeit und Anwendung von allgemein- und pflegedidaktischen Modellen. Pädagogik der Gesundheitsberufe, 4, 5, 244-254.

(2) Department für Pflegewissenschaft (2021). Entstehung und Werdegang. https://www.uni-wh.de/gesundheit/department-fuer-pflegewissenschaft/profil-department-pflegewissenschaft/ (letzter Aufruf 28.09.2021)

(3) Bundesgesundheitsministerium (2020). Eckpunkte der Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Gesamtkonzept Gesundheitsfachberufe“. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/

Dateien/3_Downloads/G/Gesundheitsberufe/Eckpunkte_Gesamtkonzept_Gesundheitsfachberufe.pdf (letzter Aufruf 28.09.2021)

(4) Wissenschaftsrat (2012). Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. Drs. 2411–12, S. 1–113

(5) Heringhausen, G. (2019). Professionalisierung und Akademisierung im Rettungsdienst: Perspektiven, Chancen und Risiken. Rettungsdienst, 9, 42, 40-45.

(6) Redaktion Rettungsdienst (2011). Ärztliche Leiter kritisieren Rettungsmedizinische Studiengänge. https://www.rettungsdienst.de/news/arztliche-leiter-kritisieren-rettungsmedizinische-studiengange-25458 (letzter Aufruf 28.09.2021)

(7) Bell, E., Immenroth, T. (2017). Berufliche Chancen für akademisierte Notfallsanitäter. Arbeitsmarktanalyse zur Einführung des Studienangebotes „Paramedic B.Sc.“ an der Fakultät Gesundheitswesen der Ostfalia-Hochschule für angewandte Wissenschaften. https://www.ostfalia.de/cms/de/g/.galleries/g_download_modulbeschreibungen/paramedic_arbeitsmarktanalyse-170522.pdf (letzter Aufruf 28.09.2021)

(8) Zirnstein, M, Koch, S. (2021). Zur Akademisierung und Professionalisierung des Berufsbilds des Notfallsanitäters. Eine qualitative Untersuchung mittels Interviewanalyse von Mitarbeitern in der Notfall- und Rettungsmedizin. Notfall+Rettungsmedizin, 3, DOI:10.1007/s10049-021-00853-5

(9) Rettungsdienstforschung.de (2021). Studiengänge. https://rettungsdienst-forschung.de/studiengaenge/ (letzter Aufruf 28.09.2021)

(10) Studieren.de (2021). Hochschulen in Deutschland. Rettungswesen-Notfallversorgung. Liste der Hochschulen nach Postleitzahl. https://studieren.de/rettungswesen-notfallversorgung.hochschulliste.t-0.c-42259.html (letzter Aufruf 28.09.2021)

(11) Gesundheit-studieren.com (2021). Rettungswesen. Hochschulen & Studiengänge. https://www.gesundheit-studieren.com/studiengaenge/rettungswesen/ (letzter Aufruf 28.09.2021)

(12) Bundesagentur für Arbeit (2021). Studienbereiche entdecken. Rettungswesen. https://con.arbeitsagentur.de/prod/studiensuche/suche?uk=Bundesweit&at=kompakt&sty=0&sw=Rettungswesen&pg=1 (letzter Aufruf 28.09.2021)

(13) Studieren-studium.com (2021) Rettungswesen. https://www.studieren-studium.com (letzter Aufruf 28.09.2021)

(14) Studycheck (2021). Sanitäts- und Rettungsmedizin. https://www.studycheck.de/studium/sanitaets-und-rettungsmedizin (letzter Aufruf 28.09.2021)

(15) Studieren-berufsbegleitend.de (2021). Studiengänge. Gesundheitspädagogik und Medizinpädagogik- Fernstudium & berufsbegleitendes Studium. Zugriff am 20.04.2021 unter https://www.studieren-berufsbegleitend.de/studiengaenge/gesundheitspaedagogik-medizinpaedagogik/ (letzter Aufruf 28.09.2021)

(16) Studieren.de (2021). Hochschulen in Deutschland. Medizinpädagogik. Liste der Hochschulen nach Postleitzahl. Zugriff am 20.04.2021 unter https://studieren.de/medizinpaedagogik.hochschulliste.t-0.c-2053.html (letzter Aufruf 28.09.2021)

(17) Gesund-studieren.com (2021). Der Wegweiser zu Deinem Studium. Medizinpädagogik. Zugriff am 20.04.2021 unter https://www.gesundheit-studieren.com/studiengaenge/medizinpaedagogik/ (letzter Aufruf 28.09.2021)

(18) Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz (2021). Gesetz über den Beruf der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters (Notfallsanitätergesetz – NotSanG). https://www.gesetze-im-internet.de/notsang/BJNR134810013.html (letzter Aufruf 28.09.2021)

(19) Bartholomeyczik, S. (2017). Zur Entwicklung der Pflegewissenschaft in Deutschland – eine schwere Geburt. Pflege & Gesellschaft, 22, 101-118.

(20) Department für Pflegewissenschaft (2021). 25 Jahre Pflegewissenschaft an der UW/H. Lehre, Forschung & Praxis mit Pioniergeist. Stimmen: Prof. Dr. Andreas Büscher. https://www.uni-wh.de/gesundheit/department-fuer-pflegewissenschaft/25-jahre-pflegewissenschaft/ (letzter Aufruf 28.09.2021)

Die Autoren erklären, dass kein Interessenskonflikt besteht.

Eingereicht:
Genehmigt:

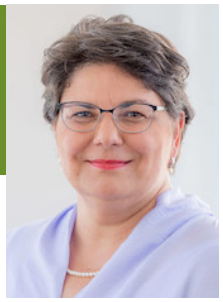
doi: 10.52205/llig/19

Das Pflegeberufegesetz – Herausforderungen und Anpassungsbedarfe aus der Perspektive von Pflegeschule, Hochschule und Praxis

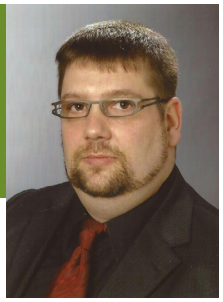
Walter Carola, MScN, Diplom Pflegepädagogin (FH)
Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Institut für Pflegewissenschaft und -praxis, Paracelsus Medizinische Privatuniversität Salzburg, Strubergasse 21, A-5020 Salzburg, carola.walter@pmu.ac.at (Korrespondenzadresse)



Palmer Ursula, M.A., B.A.
Fachbereichsleitung Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, Berufsfachschule für Pflege Ludwigsburg-Bietigheim, ursula.palmer@rkh-akademie.de



Teichert Jan, M.A. Diplom Pflegewirt (FH),
Schulleitung, Berufsfachschule für Pflege Ludwigsburg-Bietigheim, jan.teichert@rkh-akademie.dela.palmer@rkh-akademie.de



Müller-Wolff Tilmann, DNP, M.A.
Akademieleitung, Regionale Kliniken Holding RKH GmbH, tilmann.mueller-wolff@rkh-akademie.de



Zangenfeind Katja, MBA, Diplom-Pflegepädagogin (FH),
Schulleitung Pflegeschule der Kliniken des Landkreises Karlsruhe an der Rechbergklinik Bretten, katja.zangenfeind@rkh-akademie.dedemie.de



Abstract Deutsch

Der Bedarf an qualifizierten Pflegefachpersonen ist in allen Bereichen pflegerischer Versorgung vorhanden (Schwinger, Klauber, & Tsiasioti, 2020). Die Aus- und Weiterbildung von Pflegefachpersonen ist daher von enormer gesellschaftlicher Relevanz. Das Pflegeberufegesetz (PflBG) ist nun seit dem 01.01.2020 in Kraft und stellt die Bildungsträger vor vielfältige Herausforderungen im Umstrukturierungsprozess. Resultierend aus der Zusammenarbeit von Hochschule, Pflegeschule und Praxis entstand eine literaturgestützte Zusammenfassung der Herausforderungen mit dem Ziel Fragen zu Finanzierung, Kooperation und Einsatzmöglichkeiten zu diskutieren und exemplarische Lösungsansätze zu beschreiben. Für Pflegeschulen wie Hochschulen bleiben in den nächsten Jahren weiterhin heterogene Ausbildungsabschlüsse möglich. Durch die generalistische Ausrichtung steigt der Kooperationsaufwand der Pflegeschulen mit Praxiseinrichtungen, um die praktischen Anforderungen zu erfüllen. Die Finanzierung betrifft die fehlende Vergütung von Studierenden und Praxisanleitenden im Bereich der Hochschule. Alle Bereiche stehen vor der Herausforderung qualifiziertes Bildungspersonal zu rekrutieren. Lösungsansätze umfassen zum einen Anpassungen der gesetzlichen Regelungen sowie innerhalb der Zusammenarbeit strukturierte Ansätze zur Verbindung von Wissenschaft und Praxis. Strukturelle Änderungen zur Finanzierung von Studienangeboten müssen gesetzlich geregelt werden. Zur Steigerung der Attraktivität beider Ausbildungsmöglichkeiten sollten alle drei Bereiche systematisch zusammenarbeiten, um damit zu einer Weiterentwicklung der professionellen Pflege beitragen zu können.

Schlüsselwörter

Akademisierung, Pflegebildung, Pflegeberufegesetz, Strukturen der Pflegebildung, Pflege

Abstract Englisch

The need for qualified nurses is present in all settings of nursing care (Schwinger, Klauber, & Tsiasioti, 2020). The education and training of nursing professionals is therefore highly relevant to society. Nurse educators face a variety of challenges, caused by the restructuring processes within the Nursing Professions Act from 2020. As a result of the cooperation between university, nursing school and practice facilities, a literature-based summary of the challenges has been collected with the aim of discussing questions including the funding of education, or the collaboration of universities, nursing schools and facilities of nursing practice. Results concerning the Nursing Professions Act are: Nursing schools and universities will still offer different nursing degrees. Due to the generalist orientation, the cooperation effort of nursing schools with practice institutions increases in order to fulfil the practical requirements. Financing concerns the lack of remuneration for students and practical instructors for the higher education sector. All areas face the challenge of recruiting qualified educational personnel. Possible solutions include, on the one hand, adjustments to the legal regulation and, within cooperation, structured approaches to linking science and practice. Structural changes to the funding of study programs must be regulated by law. To increase the attractiveness of both educational options, all three areas must work together systematically in order to contribute to the further development of nursing.

Key words

Academization, nursing education, Nursing Professions Act, structures of nursing education, nursing care

Einleitung

Das Pflegeberufegesetz (PflBG), welches am 01.01.2020 in Deutschland in Kraft trat, beinhaltet erstmals eine generalistische Ausrichtung der Ausbildung (PflBG, 2020). Die Neukonzeption der Pflegeausbildung hat zur Folge, dass die Ausbildungseinrichtungen der Gesundheits- und Krankenpflege, der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und der Altenpflege die Inhalte neu abbilden und umsetzen müssen. In der Übergangsfrist lässt das Gesetz unterschiedliche Schwerpunktsetzungen und Abschlüsse zu, dennoch ist die generalistische Ausbildung mit den in §4 beschriebenen Vorbehaltsaufgaben der Kernpunkt des Gesetzes und flächendeckend in Deutschland umzusetzen. Der zweite wichtige Teilbereich des Gesetzes ist die Überführung der bisherigen Modellstudiengänge in ein regelhaftes primärqualifizierendes Studium, welches als fester Bestandteil der deutschen Ausbildungsstruktur parallel zu Ausbildungsgängen an Pflegeschulen von Hochschulen nach §37 PflBG (2020) angeboten werden können. Hintergrund der Erarbeitung des neuen Gesetzes war und ist die Notwendigkeit einer Anpassung der Ausbildungsstrukturen aufgrund einer sich verändernden Versorgungslandschaft und einer Demografie bedingt veränderten Gesellschaft bei einem steigenden Fachkräftebedarf (Schwinger et al., 2020). Ziel war es zukunftsorientierte Ansätze in der Ausbildung zu entwickeln, um den sich stellenden Herausforderungen gerecht zu werden (Kälble, 2017). Diese gesetzlichen Änderungen verlangen strukturelle Anpassungen, welche auf unterschiedlichen Ebenen zu Herausforderungen führen können. Eine Darstellung dieser Herausforderungen aus der Perspektive der unterschiedlichen Institutionen ist Ziel dieses literaturgestützen Beitrages. Dazu wird im nachfolgenden Kapitel auf die Herausforderungen des PflBG aus den Perspektiven der Pflegeschule, der Hochschule und der Praxis eingegangen. Ausgehend von den beschriebenen Problematiken werden mögliche Maßnahmen zur Anpassung der Strukturen sowie in der Verbindung der unterschiedlichen institutionellen Bereiche dargestellt.

Herausforderungen des PflBG in Ausbildung, Hochschule und Praxis

Gegebene gesetzliche Rahmenbedingungen treffen in der praktischen Umsetzung auf die seit Jahren gelebte Vielfalt und Heterogenität in den Ausbildungseinrichtungen, den Praxisinstitutionen und den Hochschulen und unterliegen zudem noch länderspezifischen Eigenheiten (Lehmann, Schaepe, Wulff, & Ewers, 2019). Diese unterschiedlichen Entwicklungen führen zu Herausforderungen in der Zusammenarbeit und betreffen teils nur eine einzelne Institution aber auch mehrere Bereiche im Rahmen der gemeinsamen Zusammenarbeit.

Herausforderungen in der Umsetzung der Ausbildung nach PflBG

Die verpflichtende generalistische Pflegeausbildung ist für Ausbildungseinrichtungen der Praxis und Pflegeschulen mit einem erhöhten Organisationsaufwand und der Entwicklung von neuen Strukturen in der Zusammenarbeit mit allen beteiligten Sektoren der Praxis verbunden.

Nach dem aktuell geltenden Gesetz (PflBG, 2020) tragen die Pflegeschulen für folgende Punkte die umfassende Verantwortung:

- Gesamtverantwortung für die Koordination und Planung des theoretischen und praktischen Unterrichtes sowie der praktischen Ausbildung
- Überprüfung der regelrechten Durchführung der praktischen Ausbildung gemäß Ausbildungsplan
- Koordination der Theorie-Praxis-Verzahnung
- Eingehen von Kooperationsverträgen mit zugelassenen und geeigneten Ausbildungs- sowie Praxisinstitutionen

Die Gesamtverantwortung für Theorie und Praxis bedeutet eine Neuerarbeitung von Curricula für die theoretische Ausbildung sowie die Anpassung der Prüfungsstrukturen in weiten Teilen (Fachkommission, 2020). Der Zeitaufwand für die Erstellung neuer schulbezogener Curricula neben den Alltagsaufgaben eines Schulteams stellt eine Herausforderung dar. Ebenso sind die Kompetenzen der Schulteams in Sachen curricularer Arbeit heterogen (Altmeppen, Bohrer, Heinze, Junghahn, & Rohde, 2020; Hamar, Kuckeland, & Schneider, 2019). Für die praktische Ausbildung ist die Koordination der Praxisanleitung sowie der Praxisbegleitung gesetzlich gefordert. In der Umsetzung der praktischen Ausbildung sind der vermehrte Koordinierungsaufwand im Rahmen der Praxiseinsätze sowie die Absicherung dieser Einsätze durch neu zu verhandelnde Verträge mit unterschiedlichen Einsatzstellen, welche bisher nicht Teil der praktischen Ausbildung waren, als Herausforderung für die Pflegeschulen zu nennen.

Hinzu kommt die Gesamtverantwortung für die Koordination des Unterrichtes mit der praktischen Ausbildung und die Verantwortung für die Theorie-Praxis-Verzahnung

(§10 PflBG). Zwar gab es diese Regelung bereits in den vorherigen Gesetzen, jedoch war für die Auszubildenden aus der Altenpflege die Organisation der Einsätze im Krankenhaus nicht Aufgabe der Pflegeschule. Der sich daraus ergebende erhöhte Aufwand zur Koordinierung der unterschiedlichen Settings ist verbunden mit einer aufwendigeren Organisation.

Vor dem Hintergrund, dass durch §9 PflBG die Pflegeschulen gefordert sind Lehrende mit abgeschlossener Hochschulbildung auf Masterniveau einzusetzen, stellt die Gewinnung fachlich qualifizierter Lehrpersonen die Schulen vor eine weitere Herausforderung, die es zusätzlich zu länderspezifischen Vorgaben zu bewältigen gilt (Frieß, Wobst, & Koch, 2019; Frieß, Wobst, Zacharias, & Koch, 2020; Jakobs & Vogler, 2020; Winter, 2020).

Des Weiteren verursacht das gesetzlich festgeschriebene Wahlrecht der Auszubildenden Entscheidungen der Pflegeschulen hinsichtlich ihres Ausbildungsspektrums (§59 PflBG). Diese müssen sich entscheiden die Ausbildungsspezialisierung im Bereich der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege bzw. Altenpflege (§59 PflBG) selbst oder in Zusammenarbeit mit einem weiteren Kooperationspartner anzubieten.

Herausforderungen in der Umsetzung der Hochschulbildung nach PflBG

Erstmals konnten ab 2004 unterschiedliche Studienangebote für die Pflege in primärqualifizierenden Studiengängen angeboten werden. Die Angebote reichten von dualen, ausbildungsintegrierenden Studienmöglichkeiten bis hin zu vollständig an der Hochschule verorteten Studiengängen (Lademann et al., 2016). Qualifikationsziele und Kompetenzprofile für Bachelorabsolvent_innen orientierten sich dabei an der Niveaustufe 6 des Europäischen Qualifikationsrahmens mit dem Ziel Pflegefachkräfte auszubilden „…, die über eine ausgeprägte Reflexivität, eine erweiterte Fachkompetenz sowie die Fähigkeit, wissenschaftlich und ethisch fundiert zu handeln“ verfügen (Lademann et al., 2016, p. 337). Die Zusammenarbeit von Hochschule, Ausbildungsstätte und Praxiseinrichtungen gestaltete sich in den bisherigen Studienformaten, die auf Kooperation von Hochschule und Pflegeschule basieren, regional unterschiedlich, unter anderem war die Verknüpfung auch vom Engagement der beteiligten Personen abhängig (Lademann et al., 2016). Die Finanzierung oblag den Bundesländern und durch die häufig duale Struktur der Studiengänge waren die Ausbildungsanteile der Hochschulen überwiegend theoretischer Natur, praxisorientierte Thematiken wurden über die Schulen gelehrt und über gegenseitige Anerkennungsverfahren geregelt (Lademann et al., 2016). Die Erfahrungen mit den Studiengängen, deren Evaluierung sowie die gesammelten Strukturdaten flossen in die Neuentwicklung des Pflegeberufegesetzes ein (Darmann-Finck et al., 2014; Darmann-Finck & Reuschenbach, 2018; Lademann et al., 2016), so dass nun neben der adaptierten dreijährigen Ausbildung auch das primärqualifizierende Studium im Gesetz regelhaft verortet werden konnte.

Die Festschreibung der hochschulischen Pflegeausbildung in Teil 3 des PflBG verfolgt das Ziel einer höheren Vergleichbarkeit der Inhalte und Kompetenzen des Studiums über Deutschland hinweg (Lademann et al., 2016). Mit den festgeschriebenen Kompetenzen in §37 Absatz 3 PflBG werden die Ausbildungsziele des Studiums einheitlich formuliert und die erweiterten Kompetenzen festgeschrieben (PflBG 2020). Es ist festgelegt, dass neben diesen Kompetenzen weiterhin die Möglichkeit besteht als Hochschule individuell zusätzliche Kompetenzen zu vermitteln (§37 Abs 4 PflBG). Bestehende Kooperationen von Hochschulen und Pflegeschulen können im Rahmen der Übergangsfrist auf Antrag bis zum 31.12.2031 fortgeführt werden (§67 PflBG). Das Fortbestehen von Studiengängen in der Übergangsfrist und die gleichzeitige Etablierung neuer grundständiger Studiengänge führt zu einer temporär weiterhin bestehenden Heterogenität der Studiengänge insgesamt.

Als weitere Herausforderung in diesem Bereich ist die Umsetzung der Generalistik in Verbindung mit der Gesamtverantwortung für das Studium an der Hochschule zu nennen. Die Inhalte des generalistisch ausgerichteten Studiums werden im Rahmen des Lebensverlaufskonzeptes betrachtet und situationsspezifisch und modular unterrichtet. Die Rekrutierung von geeigneten Dozent_innen für die spezifischen Bereiche mit den notwendigen wissenschaftlich formalen Qualifikationen zeigt sich hier als Problematik (Kälble, 2017). Vor allem in der Altenpflege ist die Qualifizierung auf akademischen Niveau noch sehr gering, so dass die Hochschulen vor der Herausforderung der Rekrutierung geeigneter Personen stehen (Ewers & Lehmann, 2020). Der Hintergrund der adäquaten Vergabe von Po-

sitionen unterliegt dem Ziel der Verknüpfung von Forschung und Lehre, um den Studierenden aus der praktischen Forschungsanwendung heraus Beispiele für die klinische Pflegewissenschaft geben zu können. Dabei fehlt es noch an Möglichkeiten der gemeinsamen akademischen und klinischen Karriereentwicklung im Sinne von „Joint Positions“, um beide Bereiche mitgestalten zu können (Cabrera & Zabalegui, 2021, p. 1103; Link, Horstmannshoff, Müller, & Lüftl, 2021). Hier kann übergeleitet werden auf die Zusammenarbeit von Hochschule und Praxis, die bis jetzt häufig über die Pflegeschulen mitkoordiniert wurde. Diese veränderte Zusammenarbeit wird auch als Herausforderung wahrgenommen, da die Schnittstelle Pflegeschule entfällt (Böggemann, Kühme, & Schöniger, 2019).

Die fehlende Finanzierung des Pflegestudiums stellt aktuell eine stark diskutierte Barriere dar. Diese wurde in der Ausbildungsfinanzierungsverordnung nicht berücksichtigt (PflAFinV, 2018). Die fehlende Ausbildungsvergütung für Studierende hemmt die Aufnahme eines Studiums in der Pflege deutlich, da die Ausbildungsvergütung für die Interessent_innen attraktiver ist (DPR, 2021b). Gleichzeitig wurde im Rahmen der Finanzierung die Rückvergütung der geforderten Praxisanleitung für die Studierenden in den Praxiseinsätzen nicht berücksichtigt (DPR, 2021b). Aktuell sind die Studiengänge nicht ausgelastet, wie eine Umfrage der Bundesdekanekonferenz mit 18 Mitgliedshochschulen mit einer Auslastung von 42,1% bescheinigt (DPR, 2021a; Meng et al., 2022).

In Pflegeschule und Hochschule wird überwiegend der theoretische Teil der Ausbildung/des Studiums und dessen Koordination verortet. Das PflBG hat daher auch Auswirkungen auf die Praxis.

Herausforderungen in der Umsetzung der praktischen Ausbildung nach PflBG

In der Praxis zeigen sich in der Einbindung von Studierenden pflegebezogener Studiengänge ebenso noch Hürden (Cassier-Woidasky, 2012). Die Hochschule ist im Rahmen der Primärqualifizierung auch für die Praxiseinsätze (§38 Abs. 3 PflBG) zuständig. Dafür muss sie mit den Praxisinstitutionen Kooperationsvereinbarungen schließen. Ein Bestandteil der Praxiseinsätze sind dabei die Praxisanleitungen, welche die Praxiseinrichtungen sicherstellen müssen, sowie die Praxisbegleitungen, die durch die Dozent_innen der Hochschulen erbracht werden. Aufgrund der geforderten Praxiszeiten für die Studierenden müssen unterschiedliche Pflege-Settings (Akutsetting, Langzeitsetting und ambulantes Setting) miteinbezogen werden, die dort angestellten Praxisanleitenden sollten nach § 31 PflAPrV (2018) ebenfalls eine akademische Qualifikation vorweisen. Betrachtet man die geringe Zahl der akademisch ausgebildeten Pflegenden in der direkten pflegerischen Versorgung wird deutlich, dass diese Regelung zum heutigen Zeitpunkt nicht umsetzbar und die beschriebene Übergangsfrist unabdingbar ist (Bergjan et al., 2021; Ewers & Lehmann, 2020; Tannen, Feuchtinger, Strohbücker, & Kocks, 2017). So fehlen zum einen die Praxisanleiter_innen in geeigneter Anzahl und zum anderen bestehen ohnehin bereits absehbare Engpässe hinsichtlich ausreichender praktischer Ausbildungskapazitäten in der pädiatrischen- und ambulanten Pflege. So wurden beispielsweise in pädiatrischen Versorgungsbereichen bislang im Schwerpunkt Gesundheits- und Kinderpflegende praktisch ausgebildet, mit dem PflBG müssen nunmehr alle Pflegeauszubildenden in diesen Bereichen eingesetzt und angeleitet werden Dies führt dazu, dass im Bundesland Baden Württemberg der Einsatz im pädiatrischen Bereich bis zum Jahr 2024, mit Ausnahmen, verkürzt mit 60 Stunden angeboten werden kann, um die Einsätze in diesem Setting für die Auszubildenden abdecken zu können (Sozialministerium Baden-Württemberg, 2020).

Aufgaben- und Tätigkeitsprofile für Pflegende existieren in den Praxiseinrichtungen in unterschiedlicher Weise. Eine Aufgabenverteilung, wie sie zum Beispiel der International Council of Nurses (ICN) über die Stufen Support Worker, Assistant Nurse, Registered Nurse, Specialist Nurse und Advanced Practice Nurse vorgibt, ist überwiegend noch nicht Standard (ICN, 2008; Lehmann et al., 2019). Aufgabenprofile für akademisch qualifizierte Pflegende in der Pflege können somit kaum transparent abgebildet werden. Zu dieser fehlenden Darstellung von Kompetenzbereichen und Aufgaben- und Tätigkeitsprofilen kommt hinzu, dass in der Pflegepraxis der Einrichtungen wenig differenzierte Rollen etabliert sind. Neue Rollen und Aufgabenbereiche werden von den Absolvent_innen teilweise selbst gesucht, was wiederum innerhalb der Pflegeteams zu Herausforderungen führen kann. Gibt es im Team keine Lösung zur Integration von akademisierten Pflegefachpersonen, führt dies dazu, dass die Pflegenden mit Bachelorabschluss keine erweiterten Tätig-

keiten im Sinne ihres Abschlusses übernehmen oder aber den Weg aus der direkten Pflege wählen, um sich weiterzuentwickeln (Baumann & Kugler, 2018). Diese Unklarheiten zeigen sich auch in der Einstellung von Pflegenden zur Akademisierung in der Pflege und kann zu Konfliktpotenzial in der Zusammenarbeit innerhalb der Berufsgruppe führen (Mertens et al., 2019). Pflegende mit einem Studienabschluss stehen der Akademisierung positiver gegenüber als Pflegende mit dreijähriger Ausbildung. Es zeigt sich jedoch, dass Angebote der Kliniken, die den Einbezug wissenschaftlicher Erkenntnisse sichtbar machen, wie zum Beispiel durch den Zugang zu wissenschaftlicher Literatur oder Karriereentwicklungsplänen, diese Einstellung positiv beeinflussen können (Mertens et al., 2019). Ergänzend sei erwähnt, dass die Diskussionen zur Einbindung von akademisch ausgebildeten Pflegenden überwiegend im Akutbereich geführt werden und nicht im Langzeitbereich.

Tabelle 1 zeigt die beschriebenen Herausforderungen in den drei Bereichen Hochschule, Pflegeschule und Praxiseinrichtung.

Adaptionsbedarfe vor dem Hintergrund der Herausforderungen für Aus- und Hochschulbildung

Es zeigt sich, dass die aus unterschiedlichen Perspektiven betrachteten Herausforderungen ineinandergreifen und Adaptionsbedarfe vorhanden sind. Einzelmaßnahmen oder übergreifende Adaptionsansätze können einen Beitrag leisten, um eine gelingende Transformation im Sinne des PflBG zu erreichen.

Herausforderungen durch das Pflegeberufegesetz	Pflegeschule	Hochschule	Praxiseinrichtung
Heterogenität	Möglichkeit des generalistischen Abschlusses und Wahlmöglichkeit nach zwei Jahren Gesundheits- und Kinderkranken-pflege oder Altenpflege Ausbildung nach Modellvorhaben	Heterogenität der Bildungsangebote durch lange Übergangsfristen	Fehlende Kompetenzprofile für unterschiedliche Bildungsniveaus
Koordinierungs-aufwand	Erhöhter Kooperationsaufwand mit Praxiseinrichtungen durch generalistische Ausbildung	Erhöhter Kooperationsaufwand mit Praxiseinrichtungen durch Primärqualifizierung	Erhöhter Kooperationsaufwand mit Hochschulen durch Primärqualifizierung
Finanzierung	Entscheidung der Durchführung von Wahlmöglichkeiten bedingt finanzielle Ressourcen oder Verluste für die Einrichtung	Erhöhter Ressourcenverbrauch an der Einrichtung durch Primärqualifizierung an der Hochschule	Fehlende Vergütung von Praxisanleiter_innen für Studierende Fehlende Finanzierung der Praxiseinsätze für Studierende
Qualifikation von Bildungspersonal	Fehlende Anzahl von Lehrenden mit einer Qualifikation auf Masterniveau	Fehlende Anzahl von Hochschulpersonal auf Promotionsebene mit fachlicher Ausrichtung	Fehlende Anzahl an akademisch qualifizierten Praxisanleiter_innen

Tabelle 1: Herausforderungen für die Pflegeschule, Hochschule und Praxiseinrichtung durch das PflBG

Anzustrebende Veränderungen an Pflegeschulen und in hochschulischer Bildung

Die genannten Prozess- und Strukturveränderungen verlangen ein durchdachtes und angewandtes Changemanagement im Rahmen der vielfältigen Kooperationen. Notwendige Veränderungsprozesse sollten vor dem Eingehen einer Kooperation geprüft werden und können durch einen gezielten, transparenten Austausch mit allen Kooperationspartner gemeinschaftlich angestoßen werden (Quilling, Nicolini, Graf, & Starke, 2013).

Der für Pflegeschulen verbindlich vorgeschriebene Personalschlüssel für Lehrende mit akademischer Ausbildung stellt Anforderungen hinsichtlich der Gewinnung geeigneter Lehrkräfte in einem Bereich, der einen steigenden Bedarf meldet (Frieß et al., 2020; Jakobs & Vogler, 2020). Eine quantitative Anpassung der Ausbildungsmöglichkeiten für Lehrende auf Hochschulebene erscheint zielführend (Frieß et al., 2020). Die Einheitlichkeit der Generalistik durch die Bildungsträger zu stärken wird Aufgabe der Pflegeschulen sein, auch wenn aufgrund von Ausbildungsträgerinteressen hier in naher Zukunft noch Sonderwege, wie z.B. die Wahlmöglichkeit zu einem Abschluss in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege oder Altenpflege umgesetzt werden. Dazu wird die Begleitforschung des Veränderungsprozesses zur Einführung der neuen Pflegeausbildungen mit der Analyse der unterschiedlichen Perspektiven einen Beitrag leisten (BIBB, 2020).

Die fehlende Vergütung der Praxiseinsätze für die Studierenden als ein zusätzlicher Grund für die reduzierte Nachfrage in diesem Bereich muss durch den Gesetzgeber angepasst werden (DPR, 2021a). Aufgrund der Regelung des PflBG, den Schwerpunkt der Bildung in der professionellen Pflege auf Sekundarniveau mit der dreijährigen Ausbildung zu belassen, wird es weiterhin Auszubildende mit Hochschulzugangsberechtigung geben, die eine Ausbildung beginnen. Eine Beibehaltung von dualen Studiengängen in Kooperation mit Pflegeschulen, wie im Gesetz in der Übergangsfrist geregelt, stellte eine weitere Möglichkeit dar, um mit diesen bestehenden Strukturen einen Beitrag zur Akademisierung der Pflege leisten zu können.

Die Berücksichtigung der Bedarfe der Praxisinstitutionen, wie Kliniken oder Langzeitpflegeeinrichtungen, in der Studiengangsentwicklung erscheint neben den gesetzlichen Anforderungen sinn-

voll, sodass der Einsatz von Absolvent_innen mit unterschiedlichen Abschlüssen in der direkten Patientenversorgung ermöglicht wird (Lehmann & Behrens, 2016). Diese Verbindung von Theorie und Praxis über die Bereiche Hochschule, Pflegeschule und Pflegepraxis hinweg ist weiterhin notwendig, um eine Verbindung von pflegewissenschaftlicher Perspektive seitens der Hochschule mit dem praxisorientierten Blickwinkel der Einrichtungen herzustellen und so zu einer evidence-basierten Pflege zu gelangen (Geißler, Klink, Müller-Wolff, & Nestler, 2021; Link et al., 2021; Meyer, 2015).

Tabelle 2 zeigt mögliche Maßnahmen, um den vorgestellten Herausforderungen begegnen zu können.

Maßnahmen zur Begegnung der Herausforderungen	Pflegeschule	Hochschule	Praxiseinrichtung
Heterogenität	Entscheidung für generalistische Ausbildung Weitere Entscheidungen auf Basis der Ergebnisse der Begleitforschung des Bundesinstitutes für Berufsbildung (BIBB) und der Evaluation der Wahlmöglichkeiten	Evaluation der Studiengänge und regelhafter Übergang aller Studiengängen in die Primärqualifizierung an der Hochschule	Transparente Darstellung von Kompetenzprofilen und Aufgaben-/Tätigkeitsfeldern für unterschiedliche Bildungsniveaus in der Pflege
Koordinierungs-aufwand	Ausbau von Kooperationen von Wissenschaft und Praxis zur Steigerung der Transparenz und Attraktivität im Rahmen des erhöhten Koordinierungsaufwandes und der unterschiedlichen Bildungsniveaus		
Finanzierung	-	Langfristige Sicherstellung der Finanzierung durch Bund und Länder	Refinanzierung der Praxisanleitung für Studierende
Qualifikation von Bildungspersonal	Steigerung des/der Studienangebotes/-plätze für Lehrende auf Masterniveau	Nutzung der Anzahl vorhandener Studiengänge im Rahmen der Übergangszeit zur Steigerung der Absolvent_innen Steigerung der Attraktivität/Anzahl wissenschaftlicher Karrierewege	Nachqualifizierung erfahrener Pflegefachpersonen auf Bachelorniveau Steigerung der Attraktivität wissenschaftlicher Karrierewege in der Praxis

Tabelle 2: Maßnahmen zur Begegnung der vorgestellten Herausforderungen

Verstärkte Zusammenarbeit von Hochschule und Praxis zur Weiterentwicklung der Pflege

Dafür gibt es unterschiedliche Möglichkeiten der Verbindung von Wissenschaft und Praxis zur Weiterentwicklung der Pflege. Diese setzen an einigen der benannten Herausforderungen wie der transparenten Darstellung der unterschiedlichen Aufgaben- und Tätigkeitsprofile, der Zusammenarbeit innerhalb einer Kooperation aber auch im Rahmen der Weiterqualifizierung an (Gnass, Glarcher, Strobl, Osterbrink, & Nestler, 2020; Link et al., 2021; Verbeek, Zwakhalen, Schols, Kempen, & Hamers, 2020).

Eine Möglichkeit stellt die Zusammenarbeit einer Praxiseinrichtung mit einem Nursing Development Center (NDC) dar. Das NDC als Organisationseinheit ist an der Hochschule verankert und pflegt Kooperationen mit unterschiedlichen Praxiseinrichtungen. Ziel ist es die Praxiseinrichtungen und die dort bestehenden Herausforderungen in der Weiterentwicklung der Pflege akademisch zu begleiten (Gnass et al., 2020). Je nach Versorgungseinrichtung besteht die Möglichkeit den Fokus in der Zusammenarbeit entsprechend den Zielen der Einrichtung auszurichten und so Veränderungen in der Pflege anzustreben (Geißler et al., 2021). Daraus entsteht unter anderem die Möglichkeit des direkten Einbezugs von Studierenden, aber auch Pflegefachpersonen in anwendungsorientierte Forschung über den Status eines Lehrkrankenhauses. Es werden Synergieeffekte geschaffen, die Transparenz in Bezug auf Tätigkeiten und Aufgaben akademisch qualifizierter Personen innerhalb der Pflegeteams ermöglichen (Link et al., 2021). Die Themen aus der Praxis können im Sinne einer angewandten Wissenschaft an der Hochschule aufgegriffen, bearbeitet und wieder zurückgespielt werden (Gnass et al., 2020).

Unbenommen davon bleibt die strukturierte Durchführung interner Pflegeentwicklung als Stabstelle für Tranfer und/oder Forschung in den Einrichtungen (Mayer, 2015). Die Sichtbarkeit der Zusammenarbeit von Forschung und Praxis in der Einrichtung ist notwendig, um akademisch und beruflich ausgebildeten Pflegefachpersonen gegenüber die Notwendigkeit der unterschiedlichen Zusammensetzung von pflegerischen Teams argumentieren zu können und in weiterer Folge die Pflegenden auch entsprechend der unterschiedlichen Kompetenzen, die sich aus dem PflBG (2020) ergeben, einsetzen zu können.

Fazit

Im vorliegenden Artikel wurden Herausforderungen des PflBG und Maßnahmen zu deren Begegnung aus den Perspektiven Pflegeschule, Hochschule und Praxis literaturgestützt betrachtet und diskutiert. Es zeigen sich in den Herausforderungen Themenbereiche, die nicht institutionell gelöst werden können, sondern auf nationaler bzw. Bundeslandebene bearbeitet werden müssen. Nationale Herausforderungen, die alle Bereiche betreffen, sind die Finanzierung und die fachlich wie pädagogische Qualifizierung von geeignetem Lehrpersonal auf allen Ebenen der Ausbildung. Aus-

gehend von diesen Problematiken sind die Institutionen gefordert ihre Möglichkeiten auszuschöpfen und sich auf die neuen Entwicklungen einzulassen. Auf institutioneller Ebene ist das Commitment zur Ausbildung auf den unterschiedlichen Professionsniveaus zu schärfen und für das jeweilige Setting eine Entscheidung für unterschiedliche Modelle des Einbezugs von Forschung und Wissenschaft in der Praxis zu treffen. Karrieremodelle und Kompetenzprofile erleichtern das Aufzeigen der unterschiedlichen Niveaus der pflegerischen Ausbildung, fördern die Bindung der Absolvent_innen in der Praxis und ermöglichen diese orientiert an ihren jeweiligen Kompetenzen einzusetzen. Ziel ist es „..ein schlüssiges, konsekutives und durchlässiges Bildungsangebot vor[zu]…halten, das für die Praxis ineinandergreifende Qualifikationsprofile auf unterschiedlichen Ebenen für diverse Aufgabenbereiche und für die Pflegenden attraktive Spezialisierungs- und Entwicklungsoptionen bereithält“ (Ewers & Lehmann, 2020, o.S.). Dazu braucht es die Hochschulen und Pflegeschulen als Orte der Theoriebildung und –vermittlung gleichermaßen wie ausbildungsaktive Praxiseinrichtungen, die sich gemeinsam dieser Aufgabe stellen.

Interessenskonflikt

Bei den Autor_innen besteht ein Interessenskonflikt dahingehend, dass sie gemeinsam an einem Bildungsprojekt zwischen Hochschule, Pflegeschule und Praxis arbeiten.

Literatur

Altmeppen, S., Bohrer, A., Heinze, C., Junghahn, M.-L., & Rohde, K. S. (2020). „Es gibt viel Raum, sich einzubringen“ Curriculare Arbeit der Pflegeschulen in Berlin. PADUA, 15(5), 283-288.

Baden-Württemberg, Sozialministerium (2020). Verzeichnis der geeigneten Einrichtungen für den Pflichteinsatz in der pädiatrischen Versorgung. Retrieved from https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Downloads_Gesundheits-_Pflegeberufe/Verzeichnis_geeignete-Einrichtungen_Paediatrie_Juni-2020.pdf

Baumann, A.-L., & Kugler, C. (2018). Berufsperspektiven von Absolventinnen und Absolventen grundständig qualifizierender Pflegestudiengänge− Ergebnisse einer bundesweiten Verbleibstudie. Pflege, 32 (1), 7-16

Bergjan, M., Tannen, A., Mai, T., Feuchtinger, J., Luboeinski, J., Bauer, J., . . . Kocks, A. (2021). Einbindung von Pflegefachpersonen mit Hochschulabschlüssen an deutschen Universitätskliniken: ein Follow-up-Survey. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 163, 47-56. doi:https://doi.org/10.1016/j.zefq.2021.04.001

BIBB. (2020). Begleitforschung des Veränderungsprozesses zur Einführung der neuen Pfle-geausbildungen. Retrieved from https://www.bibb.de/de/136047.php

Böggemann, M., Kühme, B., & Schöniger, U. (2019). Das Praxiscurriculum im Studiengang Pflege dual – Das Osnabrücker Modell: Spagat zwischen Anspruch und Alltag. PADUA, 14(1), 21-27. doi:10.1024/1861-6186/a000469

Cabrera, E., & Zabalegui, A. (2021). Bologna process in European nursing education. Ten years later, lights and shadows. J Adv Nurs, 77(3), 1102-1104. doi:10.1111/jan.14727

Cassier-Woidasky, A.-K. (2012). Professionsentwicklung in der Pflege und neue Formen der Arbeitseilung in Gesundheitswesen. Hindernisse und Möglichkeiten patientenorientierter Versorgungsgestaltung aus professionssoziologischer Sicht. In Jahrbuch für kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften, Band 47. Hamburg: Argument Verlag.

Darmann-Finck, I., Muths, S., Görres, S., Adrian, C., Bomball, J., & Reuschenbach, B. (2014). Abschlussbericht Inhaltliche und strukturelle Evaluation der Modellstudiengänge zur Weiterentwicklung der Pflege- und Gesundheitsfachberufe in NRW.

Darmann-Finck, I., & Reuschenbach, B. (2018). Qualität und Qualifikation: Schwerpunkt Akademisierung der Pflege. In K. Jacobs, A. Kuhlmey, S. Greß, J. Klauber, & A. Schwinger (Eds.), Pflege-Report 2018: Qualität in der Pflege (pp. 163-170). Berlin, Heidelberg: Springer.

DPR. (2021a). Hochschulische Entwicklung der Pflegefachberufe vom Scheitern bedroht. Retrieved from https://deutscher-pflegerat.de/wp-content/uploads/2021/11/2021-11-17_Gemeinsames-Schreiben_Hochschulische-Entwicklung-der-Pflegefachberufe.pdf

DPR. (2021b). Hochschulische Pflegeausbildung bricht ein. Retrieved from https://deutscher-pflegerat.de/2021/03/30/hochschulische-pflegeausbildung-bricht-ein/

Ewers, M., & Lehmann, Y. (2020). Hochschulisch qualifizierte Pfle-

gende in der Langzeitversorgung?! In K. Jacobs, A. Kuhlmey, S. Greß, J. Klauber, & A. Schwinger (Eds.), Pflege-Report 2019: Mehr Personal in der Langzeitpflege - aber woher? (pp. 167-177). Berlin, Heidelberg: Springer.

Fachkommission. (2020). Rahmenpläne der Fachkommission nach §53 PflBG. Retrieved from https://www.bibb.de/dienst/veroeffentlichungen/de/publication/show/16560

Frieß, C., Wobst, S., & Koch, S. (2019). Zum aktuellen Stand der Lehrer bildung im Hinblick auf die An forderungen im Pflegereformgesetz. PADUA, 14(1), 49-54. doi:10.1024/1861-6186/a000473

Frieß, C., Wobst, S., Zacharias, P., & Koch, S. (2020). Zum aktuellen Stand der Qualifikation von Lehrkräften im Hinblick auf das Pflegeberufereformgesetz (PflBRefG). PADUA, 15(2), 113-118.

Geißler, D., Klink, B., Müller-Wolff, T., & Nestler, N. (2021). Klinische Pflege braucht akademische Qualifikation. Die Schwester/Der Pfleger 47(6), 54-59.

Gnass, I., Glarcher, M., Strobl, A., Osterbrink, J., & Nestler, N. (2020). Pflege-Entwicklung universitär begleiten. Die Schwester/Der Pfleger, 46(7), 36-40.

Hamar, C., Kuckeland, H., & Schneider, K. (2019). Veränderungsprozesse an Pflegeschulen. Wie informiert und vorbereitet sind Schulleitungen und Lehrende auf die generalistische Pflegeausbildung? PADUA, 14(3), 143-154. doi:10.1024/1861-6186/a000491

ICN. (2008). Nursing Care Continuum Framework and Competencies. Retrieved from https://siga-fsia.ch/files/user_upload/07_ICN_Nursing_Care_Continuum_Framework_and_Competencies.pdf

Jakobs, A., & Vogler, C. (2020). Generalistische Ausbildung: Ein Jahr „neue Pflege“. Pflegezeitschrift, 73(12), 38-41. doi:10.1007/s41906-020-0949-7

Kälble, K. (2017). Zur Professionalisierung der Pflege in Deutschland. Stand und Perspektiven. In T. Sander & S. Dangendorf (Eds.), Akademisierung der Pflege. Berufliche Identitäten und Professionalisierungspotentiale im Vergleich der Gesundheits-und Sozialberufe (pp. 27-58). Weinheim-Basel: Beltz-Juventa.

Lademann, J., Latteck, Ä.-D., Mertin, M., Müller, K., Müller-Fröhlich, C., Ostermann, R., . . . Weber, P. (2016). Primärqualifizierende Pflegestudiengänge in Deutschland – eine Übersicht über Studienstrukturen, -ziele und -inhalte. Pflege & Gesellschaft, 21(4), 330-345.

Lehmann, Y., Schaepe, C., Wulff, I., & Ewers, M. (2019). Pflege in anderen Ländern–Vom Ausland lernen? Heidelberg: medhochzwei.

Link, F., Horstmannshoff, C., Müller, M., & Lüftl, K. (2021). Wissenschaftliche Karriere bis zur Professur in pflegebezogenen Studiengängen - Ziel oder Kompromiss? Ergebnisse einer Befragung wissenschaftlicher Nachwuchskräfte an unterschiedlichen Etappen des Karriereweges. Lehren und Lernen im Gesundheitswesen (6), 73-85. doi:10.52205/llig/14

Mayer, H. (2015). Pflegeforschung anwenden. Elemente und Basiswissen für das Studium (Vol. 4., vollständig überarbeitete Auflage). Wien: Facultas.

Meng, M., Peters, M., Dauer, B., Hofrath, C., Dorin, L., & Hackel, M. (2022). Pflegemonitoring: Hochschule - Erste Analysen des BIBB-Pflegepanels. Pflege und Gesellschaft, 27(1), 5-18.

Mertens, A., Overberg, J., Röbken, H., Deppermann, J., Gockel, J., Heckroth, A., . . . Kadmon, M. (2019). Die Akademisierung der Pflege aus Sicht der Pflegekräfte: eine Querschnittstudie in Krankenhäusern im Nordwesten Deutschlands. Pflege, 32(1), 17-29. doi:10.1024/1012-5302/a000650

Meyer, G. (2015). An evidence-based healthcare system and the role of the healthcare professions. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 109(4), 378-383.

PflAFinV. (2018). Pflegeberufe-Ausbildungsfinanzierungsverordnung - PflAFinV. Retrieved from https://www.gesetze-im-internet.de/pflafinv/BJNR162200018.html

PflAPrV. (2018). Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (PflAPrV). Retrieved from https://www.gesetze-im-internet.de/pflaprv/BJNR157200018.html

Pflegeberufegesetz. (2017). Retrieved from https://www.gesetze-im-internet.de/pflbg/PflBG.pdf

Quilling, E., Nicolini, H. J., Graf, C., & Starke, D. (2013). Praxiswissen Netzwerkarbeit: gemeinnützige Netzwerke erfolgreich gestalten. Wiesbaden: Springer-Verlag.

Schwinger, A., Klauber, J., & Tsiasioti, C. (2020). Pflegepersonal heute und morgen. In Pflege-Report 2019 (pp. 3-21). Berlin, Heidelberg: Springer.

Tannen, A., Feuchtinger, J., Strohbücker, B., & Kocks, A. (2017). Survey zur Einbindung von Pflegefachpersonen mit Hochschulabschlüssen an deutschen Universitätskliniken-Stand 2015. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 120, 39-46.

Verbeek, H., Zwakhalen, S. M. G., Schols, J. M. G. A., Kempen, G. I. J. M., & Hamers, J. P. H. (2020). The Living Lab in Ageing and Long-Term Care: A Sustainable Model for Translational Research Improving Quality of Life, Quality of Care and Quality of Work. The journal of nutrition, health & aging, 24(1), 43-47. doi:10.1007/s12603-019-1288-5

Winter, C. (2020). Von Rahmenlehrplänen zu Curricula: Biografieperspektivische Beobachtungen zu aktuellen Entwicklungsprozessen an Pflegeschulen. PADUA, 15(5), 277-282.



die partner.at
für nachhaltige Bildung im Sozial- und Gesundheitswesen

Fortbildungen § 63 GuKG

Pflege delegieren

Zielgruppe	DGKP
Termin	22. Juni 2022
Ort	1030 Wien
Kosten	250 € inkl. USt

16 ÖGKV-Fortbildungspunkte
8 Seminareinheiten

Stellvertretung der Führungskraft

Zielgruppe	MA in Stellvertretungsposition
Termin	21/22. Okt. 2022
Ort	1030 Wien
Kosten	340 € inkl. USt

24 ÖGKV-Fortbildungspunkte
12 Seminareinheiten

Besprechungen erfolgreich moderieren

Zielgruppe	MA mit Moderationsaufgaben
Termin	4/5. Nov. 2022
Ort	1030 Wien
Kosten	340 € inkl. USt

24 ÖGKV-Fortbildungspunkte
12 Seminareinheiten

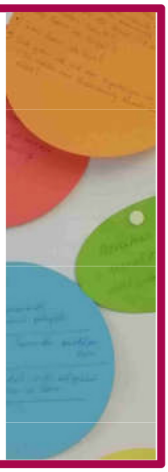
Weiterbildung § 64 GuKG

Praxisanleitung

1. September 2022 – 5. März 2023

Bindeglied zwischen Theorie und Praxis

Zielgruppe	DGKP
Abschluss	Zeugnis gemäß § 64 GuKG
Umfang	195 UE Theorie 40 Std. Praxis
Ort	1030 Wien & digital
Kosten	3300 € inkl. USt



Weiterführende Information erhalten Sie gerne ...
Mag. Gabriela Messner, DGKP
gabriela.messner@diepartner.at
phon: +43-664-5037580
www.diepartner.at

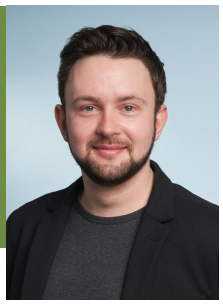
zertifizierte Weiterbildung §64 GuKG

Lernende Organisation

Eingereicht:
Genehmigt:

doi: 10.52205/llig/20

André Schilling
Stud.Medizinpädagogik (B.A)
Dozent und Lernbegleiter am DRK Bildungswerk Sachsen im Bereich MTA für Funktionsdiagnostik seit 2017
Mitglied der Rahmenlehrplankommission des DVTA e.V. & DIW-MTA e.V



Robert Leschowski M.A.
Medizinpädagoge (M.A.)
wissenschaftlicher Mitarbeiter an der SRH Hochschule für Gesundheit im Studiengang Medizinpädagogik
Mitglied der Rahmenlehrplankommission des DVTA e.V. & DIW-MTA e.V



Vom Assistenten zum Technologen – Der Reformprozess im Rahmen des Gesamtkonzepts „Gesundheitsberufe“ und dessen Konsequenzen für die berufspädagogische Praxis am Beispiel der Medizinisch-technischen Assistenten für Funktionsdiagnostik

Zusammenfassung

Die Berufsausbildung der Medizinisch-technischen Assistenten für Funktionsdiagnostik ist durch ein Berufsgesetz (MTA-Gesetz) von 1993 und eine Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (MTA-APrV) von 1994 geregelt. Auf die rapide Weiterentwicklung im Gesundheitssystem durch sich verändernde Technologien sowie der Digitalisierung wird nicht reagiert. Veraltete und fehlende Ausbildungsinhalte sowie eine fehlende Kompetenzorientierung verlangen nach einer grundsätzlichen Reform der Berufsausbildung, um das Berufsfeld der zukünftigen Medizinischen Technologen an die geforderten Ansprüche im Gesundheitssystem anzupassen. Bestandteile dieser Reform sind, neben einem neuen Berufsgesetz und einer neuen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung, ein kompetenzorientierter Rahmenlehrplan, der das Handlungsfeld, den funktionsdiagnostischen Prozess sowie den Aspekt des lebenslangen Lernens mit einem ausgeprägten Rollenverständnis als Medizinischer Technologe berücksichtigt. Dieser Artikel analysiert das neuen Berufsgesetz der Medizinischen Technologen und deren Ausbildungs- und Prüfungsverordnung und gibt einen Überblick über die inhaltliche Neuausrichtung.

Summary

Vocational training for medical-technical assistants for functional diagnostics is regulated by a Vocational Act (MTA Act) of 1993 and a Training and Examination Ordinance (MTA-APrV) of 1994. There is no response to the rapid development in the healthcare system due to changing technologies as well as digitalization. Outdated and missing training contents as well as a lack of competence orientation call for a fundamental reform of vocational training in order to adapt the occupational field of future medical technologists to the required demands in the healthcare system. Components of this reform are, in addition to a new occupational law and a new training and examination regulation, a competency-oriented framework curriculum, the field of action, the function-diagnostic process as well as the aspect of lifelong learning with a distinct understanding of the role of a medical technologist. This article analyzes the new occupational law for medical technologists and its training and examination ordinance and provides an overview of the new orientation in terms of content.

Hintergrund und Ausgangslage

In den alten Bundesländern wurden seit 1958 durch das damalige Gesetz MTAs innerhalb von zwei Jahren mit abschließender staatlicher Prüfung in den Fachrichtungen Radiologie-, Veterinär- und Laborassistenz ausgebildet. Durch eine Gesetzesänderung 1971 wurde die Ausbildung in bestimmten Fachbereichen zusätzlich um ein Jahr verlängert. Die Qualität der durch das Gesetz geregelten Ausbildung war jedoch mangelhaft. Die Lehrqualität der Bildungseinrichtungen sowie Senkung des Mindestalters zum Ausbildungsbeginn von 18 auf 16 Jahre wurde kritisiert.

Seit 1980 wurden in der ehemaligen DDR verschiedene Spezialisierungsrichtungen der Medizinisch-Technischen-Assistenzberufe als Berufsausbildung angeboten. Neben Medizinisch-technischen Radiologieassistenten/-innen, Laborassistenten/-innen und Audiologie-Phoniatrieassistenten/-innen bildete sich zusätzlich der Fachbereich der Funktionsidagnostik heraus. Die dreijährige Ausbildung zum MTAF wurde damals an sechs Standorten angeboten.

Mit der Wiedervereinigung mussten, die sehr deutlichen strukturellen und inhaltlichen Unterschiede in den Ausbildungen angeglichen werden. Mit Einführung des MTA-Gesetzes von 1993 wurden einheitliche Regelungen für eine dreijährige Berufsausbildung geschaffen. In der Ausbildung zum/zur MTA wurde in einer dreijährigen Berufsausbildung in verschiedenen Fächern das notwendige Wissen erworben und in Fachpraktika erste praktische Erfahrungen gesammelt.

Bis auf inhaltliche Anpassungen wurde das Gesetz seit 1993 nicht verändert. Die Ausbildung und das Berufsbild des MTA entwickelte sich in allen Fachbereichen im Gegensatz zu anderen Gesundheitsberufen nicht weiter. Mit dem am 18.11.2020 eingereichten Gesetzesentwurf zur Reform der technischen Assistenzberufe in der Medizin wurde eine grundlegende Weiterentwicklung der MTA-Ausbildung angestoßen (Seifert, 2019).

Das MTA-Gesetz von 1993 und die APrV von 1994

Das Gesetz über technische Assistenten in der Medizin (MTA-Gesetz - MTAG) wurde am 02.08.1993 beschlossen und beinhaltet alle notwendigen Inhalte zu den MTA-Berufen und deren Tätigkeitsfeldern im Gesundheitswesen. Das Gesetz gibt die Vorgaben für die Berufsbezeichnungen Medizinisch-technische/r Laboratoriumsassistent/in, Radiologieassisten/in; Assistent/in für Funktionsdiagnostik und Veterinärmedizinisch-technische/r Assistent/in. Im dritten Abschnitt werden in §9 die vorbehaltlichen Tätigkeiten aufgelistet. Dazu zählen speziell für die Funktionsdiagnostik:

- Durchführung von Untersuchungsgängen in der Funktionsdiagnostik des Nervensystems und der Sinnesorgane einschließlich Ergebniserstellung, Qualitäts- und Plausibilitätskontrolle
- Durchführung von Untersuchungsgängen in der kardio-vaskulären Funktionsdiagnostik einschließlich Ergebniserstellung, Qualitäts- und Plausibilitätskontrolle,
- Durchführung von Untersuchungsgängen in der pulmologischen Funktionsdiagnostik einschließlich Ergebniserstellung, Qualitäts- und Plausibilitätskontrolle
- technische Mitwirkung im Rahmen der chirurgischen und invasiven Funktionsdiagnostik

Einfache Funktionsprüfungen wie das Elektrokardiogramm, die Ergometrie und die Spirometrie sind von den vorbehaltlichen Tätigkeiten ausgenommen und dürfen auch von anderen qualifizierten Berufsgruppen durchgeführt werden (Gesetze im Internet, 1993).

In der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung von 1994 werden die Ausbildungsinhalte sowie die Prüfungsformen inkl. der Abschlussprüfung geregelt. In Anlage 3 werden die Inhalte für die theoretische und praktische Ausbildung für MTA für Funktionsdiagnostik mit Angabe von Inhalten und dazugehöriger Stundenzahl gegeben. Die Vorgabe der APrV ist eine Verteilung der Inhalte auf insgesamt 20 Unterrichtsfächer (Gesetze im Internet, 1994).

Das MTA-Reformgesetz von 2021

Das Ziel dieses Reformgesetzes ist die Steigerung der Attraktivität des Berufsbilds sowie das Berufsfeld zukunftsorientiert auszurichten. Die vorbehaltenen Tätigkeiten werden unverändert aus dem Gesetz von 1993 übernommen. Die Berufsbezeichnung wird geändert. Die neue Berufsbezeichnung lautet Medizinische/r Technologe/-in im jeweiligen Beruf (Laboratoriumsanalyltik, Radiologie, Funktionsdiagnostik sowie Veterinärmedizin). Damit wurde der medizinisch-technische Fortschritt auch in der Berufsbezeichnung berücksichtigt. Weiter soll die Ausbildung kompetenzorientiert, modern und spezifisch ausgerichtet werden. Neue Strukturen in der Ausbildung und eine Ausweitung

des Umfangs der praktischen Ausbildung sind ebenso neu. Das Reformgesetz schreibt einen Ausbildungsvertrag mit angemessener Ausbildungsvergütung vor (Gesetze im Internet, 2021).

In der am 24.09.2021 erschienen APrV für die zukünftigen Medizinischen Technologen/-innen sind neben den für alle Berufsgruppen allgemeingültigen Vorgaben in den Anlagen 1 bis 4 die Kompetenzen in der Ausbildung ausformuliert. Exemplarisch für die Medizinischen Technologen für Funktionsdiagnostik finden sich in Anlage 3 aufgeteilt auf vier Kompetenzbereiche 57 Kompetenzen, die in der dreijährigen Ausbildung im theoretischen sowie praktischen Teil der Ausbildung erlangt werden sollen (Gesetze im Internet, 2021).

In dem nachfolgenden Artikel wird ein Überblick über die notwendigen inhaltlichen Ausrichtungen der neuen APrV gegeben und aus welchen Gründen diese Ausrichtungen für das Berufsbild so eminent wichtig sind. Zu diesen Bestandteilen gehören die Kompetenzorientierung, die Beschreibung des Handlungsfeld der MT für Funktionsdiagnostik, der zugrundeliegende funktionsdiagnostische Prozess, das lebenslange Lernen und die Entwicklung eines klaren Rollenverständnisses. Das aktuelle Berufsgesetz für medizinische Technologen sowie die APrV der Medizinischen Technologen dienen hierbei als wichtige Orientierung.

Inhaltliche Neuausrichtung durch den Reformprozess

Angehörige von Gesundheitsberufen müssen im Rahmen ihrer verantwortungsvollen Tätigkeit sich immer weiterentwickelnden Anforderungen gerecht werden. Bei der Versorgung von Patientinnen und Patienten wird deren Handlungsbereich durch Faktoren wie den demographischen Wandel, den sich verändernden Versorgungsbedarf, die zunehmende interprofessionelle Zusammenarbeit und den Fortschritt technologischer und wissenschaftlicher Entwicklungen, insbesondere der Digitalisierung, beeinflusst (Bundesministerium für Gesundheit, 2020). Die Perspektiven des demographischen Wandels zeigen in einem Bericht des Deutsche Krankenhausinstituts (2019), der im Auftrag des DVTA erstellt wurde, dass bis 2030 ein deutlicher Mehrbedarf an Fachkräften in den Berufen der Medizinischen Technologie bestehen wird. Zudem zeigt dieser Bericht eine Prognose zur Zunahme der Fallzahlen im Zuge der Alterung der Gesellschaft. Damit entsteht einerseits der Anspruch deutlich mehr Fachkräfte in der Medizinischen Technologie auszubilden und im Zusammenhang der Weiterentwicklung und des Fortschrittes in der Medizin neue Anforderungen berufliche Bildung zukunftsgerichtet und bedarfsgerecht zu gestalten (Deutsches Krankenhausinstitut, 2019).

Der Beruf der Medizinisch-technischen Assistentinnen und Assistenten für Funktionsdiagnostik wird durch das aktuelle MTA-Gesetz von 1993 und die MTA-APrV von 1994 geregelt und wurden in den letzten fast 30 Jahren trotz sich immer verändernder Anforderungen und technischer Weiterentwicklungen nicht angepasst. Damit werden die Rahmenbedingungen den Anforderungen in der Berufspraxis nicht mehr gerecht. Zudem findet sich in der Struktur der MTA-APrV eine veraltete Fächerstruktur, die nicht mit dem modernen Lernfeld-Konzept der Kultusminister Konferenz (2021) konform ist. Neben diesen strukturellen Defiziten macht die aktuelle Rechtsvorschrift keine Angaben zu Qualitätsanforderungen an Schulleitungen, Lehrkräfte, Ausbildungsstätten sowie Praxisanleitungen.

Zukunfts- und kompetenzorientierte Ausbildung

Die Modernisierung des Berufsgesetzes und der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung ist ein folgerichtiger Schritt hin zu einer kompetenzorientierten Ausbildung, die zukünftigen Medizinische Technologinnen und Technologen für Funktionsdiagnostik dazu befähigt, ihr berufliches Handeln evidenzbasiert zu gestalten, um situations- und patientengerechte funktionsdiagnostische Untersuchungssettings zu realisieren. Neben der Umsetzung kompetenzorientierter Ausbildungsformate werden auch höhere Anforderungen an Lehrkräfte gestellt und eine Verpflichtung zur Durchführung von Praxisanleitungen in der berufspraktischen Ausbildung definiert (Gesetze im Internet, 2021) .

Die bisher geltende MTA-APrV ermöglicht Ausbildung lediglich auf Basis einer Fächerstruktur in der die Entwicklung von Handlungskompetenzen vernachlässigt wird. Mit der Neuregelung werden durch die Formulierung beruflicher Kompetenzen Vorgaben gemacht, die Lernsettings direkt an berufliche Handlungssituationen knüpfen. Dabei umfasst die MT-APrV Kompetenzen, die das Lernen auf Basis beruflicher Arbeitsprozesse möglich macht und die in der alten MTA-APrV vorgegebenen Fächer im Sinne bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse integriert. Damit ist es möglich Lernsituationen zu gestalten, die nur für die spezifische Handlungssituation notwendige theoretische Inhalte einschließt, ohne dem bisherigen

Anspruch auf vollumfängliches Wissen in einem Fach gerecht werden zu müssen. Dies eröffnet Lernen, welches sich mehr am Anspruch der Berufspraxis orientiert.

Berufliche Bildung kann nur funktionieren, wenn die Auszubildenden auch am Lernort Praxis ausreichende und professionell begleitete Erfahrungen sammeln können. Durch die Einführung einer Verpflichtung zur Praxisanleitung durch einen ausgebildeten Praxisanleiter und die Erstellung von praktischen Ausbildungsplänen, die mit den schulischen Curricula abgestimmt werden müssen, wird die neue Ausbildung diesem Anspruch gerecht (Gesetze im Internet, 2021). Zudem werden auch im Rahmen der Ausbildung Kompetenzen zur Beteiligung an der Anleitung von Auszubildenden erworben.

Um das gesamte Ausbildungssetting, einschließlich der Entwicklung schulinterner Curricula, und die Verknüpfung zwischen Theorie und Praxis zu steuern, besteht nach der Reformierung die Vorgabe, dass die theoretische und praktische Ausbildung ausschließlich durch berufspädagogisch ausgebildete Lernbegleiter bzw. Lehrkräfte mit einem Bachlorabschluss, auch im Rahmen der Praxisbegleitung umgesetzt wird (Gesetze im Internet, 2021).

Handlungsfeld der MT für Funktionsdiagnostik

Kompetenzorientierte Berufsausbildung ermöglicht im Rahmen der Umsetzung des Lernfeld-Konzepts der Kultusministerkonferenz (2021) Lernsituationen, die sich an realistischen Handlungssituationen und beruflichen Problemstellungen aus der beruflichen Praxis orientieren (Kultusministerkonferenz, 2021). Im Berufsfeld der MT für Funktionsdiagnostik gab es bisher keine dem Kranich-Projekt ähnlichen Bestrebungen berufliche Handlungssituationen und Handlungsanlässe im Rahmen von Beobachtungen zu analysieren. Das Kranich-Projekt umfasst eine Berufsfeldanalyse, deren Ergebnisse zur Herleitung curricularer Strukturen der Ausbildung zur Pflegefachkraft dienen. Im Rahmen des Projektes wurden 43 Pflegesettings zur Erfassung berufstypischer Handlungsanlässe (Pflegeanlässe), allgemeine und spezifische Tätigkeiten, herausfordernde Situationen, Konflikte und Aspekte der Kommunikation beobachtet. Im Anschluss wurden strukturierte Interviews geführt um die Wahrnehmung und das Erleben der beobachteten Pflegekräfte und der Klienten zu erfassen sowie Verständnisfragen zu klären (Schneider, Kuckeland, & Hatziliadis, 2018). Die Ergebnisse wurden anschließend systematisch mittels der Typenbildung nach Kelle und Kluge (2010) ausgewertet.

In der Konsequenz des Fehlens einer solchen Berufsfeldanalyse erfordert dies aktuell ein hohes Maß an beruflicher Erfahrung der Lehrkräfte und eine enge Abstimmung mit den im Handlungsfeld aktiven Fachkräften, um dem Konzept der Kompetenzorientierung gerecht zu werden.

Die neue MT-APrV formuliert die zu erreichenden Kompetenzen in vier Kompetenzbereichen, die bei der Entwicklung von Rahmenlehrplänen und schulinterner Curricula berücksichtigt werden müssen (Gesetze im Internet, 2021).

Den Rahmen dieses Modells geben institutionelle und rechtliche Rahmenbedingungen und Kompetenzen der beruflichen und persönlichen Weiterentwicklung, des beruflichen Selbstverständnisses sowie der Reflektionsfähigkeit des eigenen Handelns. Zur Vereinfachung der Lesbarkeit erfolgt in der folgenden Modellbeschreibung die Zuordnung der Kompetenzbereiche, nachfolgend KB, der MT-APrV.

Funktionsdiagnostischer Prozess

Handlungsanlässe für einen funktionsdiagnostischen Untersuchungsprozess entstehen durch Untersuchungsanforderungen ärztlichen Personals, die eine Arbeitsdiagnose, Untersuchungsindikation oder konkrete diagnostische Fragestellung enthalten. Diese Prozesse dienen der Erfassung von Gesundheitszuständen, Gesundheitsrisiken, Krankheiten, Störungsbildern, Abweichungen / Veränderungen und erfüllen verschiedene diagnostische Zwecke wie Erstdiagnostik, Prognostik, Früherkennung, Gesundheitsförderung, Prävention, Verlaufs- und Therapiekontrolle und Untersuchungen im Rahmen einer Rehabilitation. (KB I.a)

Die verschiedenen Anlässe haben einen Prozess zur Folge, der wie in Abb. 1 abläuft. In der Grafik werden einzelnen Prozessschritten typische Tätigkeiten zugeordnet. Zur Umsetzung dieses Prozesses verfügen MTF über ein hohes technisches Verständnis zur Realisierung krankheitsspezifischer funktionsdiagnostischer Untersuchungssettings, die sie in der Lage sind ggf. nach ärztlicher Rücksprache bedarfsgerecht anzupassen (KB I.d). Mit der Ausbildung in den Bereichen Neurologie, Kardiologie und Angiologie, Pneumologie und HNO sind sie in einem breiten Spektrum der Diagnostik flexibel einsetzbar und in der Lage interdisziplinäre funkti-

onsdiagnostische Settings zu planen und zu realisieren. Im Rahmen der reformierten Ausbildung sammeln werdende MTF während der gesamten Ausbildungszeit neben dem Skills Lab Training früh Erfahrungen durch einen Orientierungseinsatz und praktische Einsätze in allen funktionsdiagnostischen Bereichen. Dies ermöglicht ein zeitnahes Kennenlernen des klinischen Umfelds in der Funktionsdiagnostik und einen regelmäßigen Theorie-Praxis-Transfer, der durch einen praktischen Ausbildungsplan, die Verpflichtung zur Praxisanleitung und -begleitung durch pädagogisch qualifizierte Fachkräfte gefördert wird.

Neben dem Kernprozess funktionsdiagnostischen Handelns erlangen werdende MT für Funktionsdiagnostik Kompetenzen im Rahmen des Qualitäts-, Risiko- und Prozessmanagements. Dieses Handlungsfeld umfasst Aufgaben zur Gewährleistung der Patienten- und Anwendersicherheit (KB II.2.), der Sicherung der Prozessqualität (KB II.1) und dem digitalen Datenmanagement (KB II.1.) im Rahmen der Untersuchungssettings, wie in Abb. 2 dargestellt wird. Patienten- und Anwendersicherheit werden durch die Realisierung regelmäßiger Prüf- und Wartungsarbeit diagnostischer Geräte erreicht und im Prozess durch die Anwendung von Kalibrierungsverfahren und Sichtprüfungen sichergestellt (KB II.2.). Zudem sind Kompetenzen zur Umsetzung von Hygienemaßnahmen (KB II.3.) und sicheres Handeln in lebensbedrohlichen Situationen (KB II.4.) Voraussetzung für das berufliche Handeln. Der Umgang mit Daten, insbesondere in digitaler Form, fordert von werdenden MTs unter Berücksichtigung aktueller datenschutzrechtlicher Rahmenbedin-

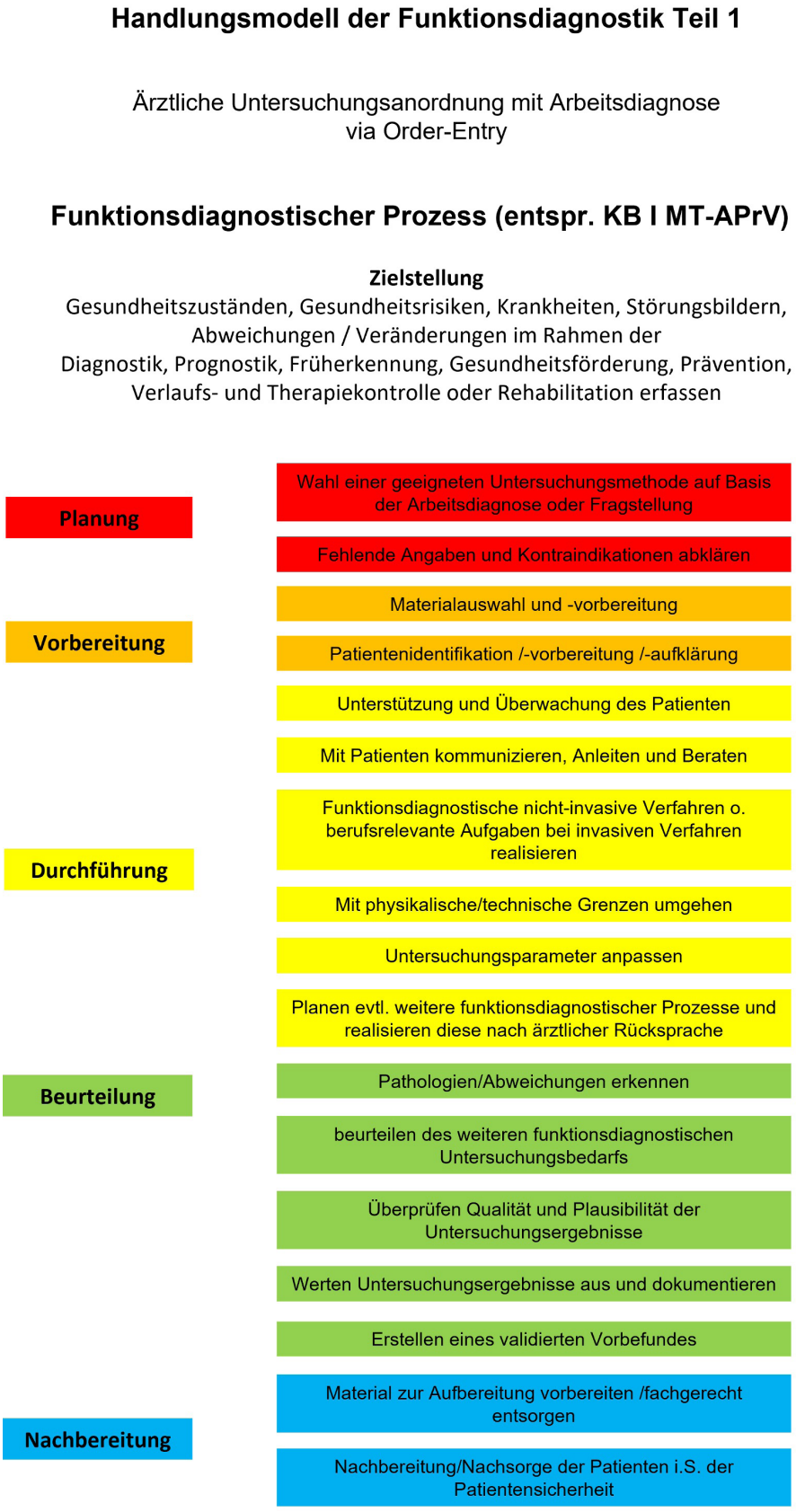


Abbildung 1 - Kernprozess des funktionsdiagnostischen Handlungsmodells auf Basis der MTAPrV (Schilling, 2022)

gungen zu handeln (KB II.1.d.). Zum Erwerb dieser Kompetenzen werden theoretische Grundlage anhand berufsrelevanter Problemstellungen im theoretischen Unterricht angebahnt und auf Basis des praktischen Ausbildungsplans einrichtungsspezifisch vertieft und angewendet. Am Beispiel des digitalen Datenmanagements werden beispielsweise Kompetenzen zum Datenschutz, zur Schweigepflicht und zu den Gefahren im Umgang mit Daten angebahnt. Im Zuge der praktischen Einsätze erlernen die Auszubildenen die spezifische Anwendung der Regelungen bei der Verwendung von Krankenhausinformationssystem.

Zur Gewährleistung einer personen- und situationsadäquaten Umsetzung funktionsdiagnostischer Prozesse und anderer berufsrelevanter Aufgaben erwerben künftige Medizinische Technologen Kompetenzen des intra- und interprofessionellen Kommunizierens und Handelns (KB III). Es werden in diesem Zuge Fähigkeiten angebahnt, die eine professionelle Beziehungsgestaltung unter Berücksichtigung von Alter, kulturellen und sozialen Hintergründen sowie der Kommunikationsfähigkeit des Kommunikationspartners ausgerichtet sind (KB III 1.). Im Team professionell zu kommunizieren, bedeutet an dieser Stelle zielgerichtet auch berufsgruppenübergreifende Übernahme- und Übergabegespräche zu führen. Um das Arbeitsumfeld störungsfrei zu gestalten setzen Medizinische Technologen Kompetenzen der kollegialen Beratung, der Anleitung von Auszubildenden und Strategien zur Bewältigung von Konflikten ein. Dabei pflegen sie einen wertschätzenden Umgang und sind in der Lage Feedback zu geben und zu nehmen. (KB II.2.)

Handlungsmodell der Funktionsdiagnostik Teil 2

Weitere Arbeitsprozesse innerhalb der Funktionsdiagnostik (entspr. KB II MTAPrV)



Abbildung 2 - Weitere Tätigkeiten des funktionsdiagnostischen Handlungsmodells auf Basis der MTAPrV (Schilling, 2022)

Die Implementierung der Kompetenzen zur Realisierung funktionsdiagnostischer Prozesse, anderer berufsrelevanter Aufgaben und einer professionellen inter- und intraprofessionellen Kommunikation erfordert dabei einen reflektierten Blick auf das eigene Handeln, seines beruflichen Selbstverständnisses und die Aktualität der vorhandenen Wissensgrundlagen (KB IV).

Lebenslanges Lernen und berufliches Rollenverständnis

Zeitgemäßes berufliches Handeln erfordert von MT für Funktionsdiagnostik nicht nur fachliche Kom-

petenzen zur Realisierung der Arbeitsprozesse, die sich im Bereich der Funktionsdiagnostik durch ein tiefes Verständnis für naturwissenschaftliche Phänomene auszeichnen. Um den funktionsdiagnostischen Prozess evidenzbasiert zu gestalten, sind Kompetenzen zu erwerben, die im Zuge selbstgesteuerter Lernprozesse den Transfer relevanter Quellen zur Beantwortung berufsrelevanter Fragstellungen in Handlungswissen ermöglichen (KB IV.1.). Dazu ist es als Lehrkraft notwendig Lernszenarien zu gestalten, die es ermöglichen bei Veränderungen im Berufsfeld und bei ähnlich angelegten Problemstellung selbstständig auf aktuelle Wissensressourcen zuzugreifen und diese in das eigene Handeln zu transferieren (Tschekan, 2011). In diesem Zuge ist ein berufliches Rollenverständnis als professionell handelnde Fachkraft erforderlich (KB IV.3.), die ihren eigenen Bildungsbedarf einschätzt, ihr berufliches Handeln kontinuierlich reflektiert und Strategien entwickelt um dem Bedarf der funktionsdiagnostischen Versorgung im Gesamtprozess der Gesundheitsversorgung gerecht zu werden (KB IV.2., KB IV.3.).

Konsequenz und Ausblick für das Berufsbild der MT für Funktionsdiagnostik

Es bedarf eines bundeseinheitlichen Rahmenlehrplans, der die Forderungen einer kompetenzorientierten Berufsausbildung unter Berücksichtigung realitätsnaher Handlungsfelder, des funktionsdiagnostischen Prozesses, der Ausbildung eines klaren Rollenverständnisses und des Lebenslangen Lernens einhält. Somit können an den derzeit 11 Bildungseinrichtungen in Deutschland, die eine solche Berufsausbildung anbieten, moderne Curricula entstehen, die zur Weiterentwicklung des Berufsbildes beitragen. Derzeit erarbeiten acht Fachexperten aus den Bereichen Funktionsdiagnostik und Pädagogik speziell an einem Rahmenlehrplan für den Fachbereich der Funktionsdiagnostik. Weitere Arbeitsgruppen erstellen Rahmenlehrpläne für die Fachbereiche der Radiologie, Laboratoriumsanalytik und Veterinärmedizin. Die ersten Ergebnisse werden im Mai 2022 erwartet.

Es bedarf neben einem aktuellen Rahmenlehrplan zusätzlich einer Berufsfeldanalyse zur Erstellung evidenzbasierter Curricula nach Vorbild der Pflege. In einem ersten Projekt erfolgt exemplarisch im Rahmen einer Beobachtung in der neurophysiologischen Funktionsdiagnostik die Identifikation typischer Handlungsanlässe, funktionsdiagnostischer Untersuchungsmethoden und die Beschreibung typischer Prozessabläufe sowie die Erfassung anderer berufsbezogener Aufgaben (Schilling, 2022). Durch diese Maßnahmen kann bzw. muss sich die drittgrößte Berufsgruppe im Gesundheitswesen – die MT mit allen vier Fachbereichen – weiterentwickeln, um eine professionelle Versorgung durch hochqualifizierte Medizinische Technologen gewährleisten zu können. Eine besondere Rolle nehmen hierbei die MT für Funktionsdiagnostik ein.

Literaturverzeichnis

Bundesministerium für Gesundheit. (2020). Eckpunkte der Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Gesamtkonzept Gesundheitsberufe. Berlin.

Deutsches Krankenhausinstitut. (2019). Fachkräftemangel und Fachkräftebedarf in MTA-Berufen: Projekt des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) im Auftrag des Dachverbandes für Technologen/-innen und Analytiker/-innen in der Medizin Deutschland (DVTA). Düsseldorf: DKI.

Gesetze im Internet. (1993). Gesetz über technische Asssistenten in der Medizin (MTA-Gesetz - MTAG). Abgerufen am 14. März 2022 von https://www.gesetze-im-internet.de/mtag_1993/MTAG.pdf

Gesetze im Internet. (25. April 1994). Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für technische Assistenten in der Medizin (MTA-APrV). Abgerufen am 15. März 2022 von https://www.gesetze-im-internet.de/mta-aprv/BJNR092200994.html

Gesetze im Internet. (29. Januar 2021). MTA-Reformgesetz. Abgerufen am 23. März 2022 von https://www.bundesgesundheitsministerium.de/mta-reformgesetz.html

Kelle, U., & Kluge, S. (2010). Vom Einzelfall zum Typus - Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung. Wiesbaden: Springer.

Kultusministerkonferenz. (2021). Handreichung für die Erarbeitung von Rahmenlehrplänen der Kultusministerkonferenz für den berufsbezogenen Unterricht in der Berufsschule und ihre Abstimmung mit der Ausbildungsordnungen des Bundes für anerkannte Ausbildungsberufe. Berlin.

Schilling, A. (2022). Beobachtung von Handlungsanlässen und Arbeitsprozessen der neurophysiologischen Funktionsdiagnostik. Leipzig: unveröffentlichte Arbeit.

Schneider, K., Kuckeland, H., & Hatziliadis, M. (August 2018). Ein Curriculum für die generalistische Pflegeausbildung - Das Forschungsprojekt KraniCH an der Medizinischen Hochschule Hannover und der Berufsfachschule für Altenpflege der Johanniter Hannover. PADUA Fachzeitschrift für Pflegpädagogik, Patientenedukation und -bildung, S. 215-220.

Seifert, R. (Februar 2019). DVTA - Dachverband für Technologen/-innen und Analytiker/-innen in der Medizin Deutschland e.V. Abgerufen am 15. März 2022 von https://dvta.de/historie-der-mta-ausbildung

Tschekan, K. (2011). Kompetenzorientierter Unterricht: Eine Didaktik. Berlin: Cornelsen Scriptor.



Claudia Schauflinger

Zwiebel im Gepäck

Familien-Hausmittel für unterwegs

maudrich Naturapotheke
maudrich 2022
128 Seiten, Klappenbroschur
EUR 18,90 (A) / EUR 18,40 (D) / sFr 23,90 UVP
ISBN 978-3-99002-136-1
e-ISBN 978-3-99111-517-5

Erhältlich im Buchhandel oder auf
facultas.at

facultas

BLGS
Bundesverband Lehrende Gesundheits- und Sozialberufe

Gemeinsam Bildung gestalten: Der Bundesverband Lehrende Gesundheits- und Sozialberufe (BLGS) e.V. stellt sich vor

Der Bundesverband Lehrende Gesundheits- und Sozialberufe (BLGS) e.V. vertritt die Interessen der Lehrenden und der Bildungseinrichtungen im Gesundheits- und Sozialwesen. Er ist Ansprechpartner in allen Bildungsangelegenheiten der Gesundheitsberufe im Bereich der Aus-, Fort- und Weiterbildung. Der BLGS engagiert sich in pädagogisch-didaktischen Fragen, in der Gestaltung bildungspolitischer Prozesse sowie in der Bildungsentwicklung und im Bildungsmanagement.
Der BLGS ist Mitglied im Deutschen Pflegerat (DPR).

Wer wir sind

Der BLGS ist der mitgliederstärkste Verband für Lehrende in den Gesundheitsberufen in Deutschland und etablierter Gesprächspartner in Fragen der gesundheitsberuflichen Bildung.

Bei uns engagieren und vernetzen sich Menschen, die in vielfältiger Weise für die Lehre in den Gesundheits- und Sozialberufen Verantwortung tragen – ob in Berufsfachschule, Hochschule und Weiterbildung oder in der Praxisanleitung in stationärer und ambulanter Versorgung. Mitglied werden können sowohl Einzelpersonen als auch Bildungsinstitutionen.

Unter dem Bundesverband als Dachorganisation sind die einzelnen Landesverbände zusammengeschlossen.

https://www.blgsev.de
info@blgsev.de
030 / 39 40 53 80
0170 / 71 71 385
BLGS e.V.
Alt-Moabit 91
10559 Berlin

Was wir wollen

Gemeinsam setzen wir uns für die inhaltliche Weiterentwicklung und für die Verbesserung der politischen Rahmenbedingungen in der gesundheitsberuflichen Bildung ein.

Wir engagieren uns für:

- die professionelle Ausbildung der Lehrenden und Praxisanleitenden an allen (hoch-)schulischen und praktischen Lernorten
- eine hohe Qualität der Aus-, Fort- und Weiterbildung in den Gesundheits- und Sozialberufen
- die auskömmliche und sichere Finanzierung des gesundheitsberuflichen Bildungssektors

Dabei wollen wir die berechtigten Anliegen von Lehrenden und Lernenden in Gesundheits- und Sozialberufen politisch und gesellschaftlich stärker sichtbar machen – als kritische Stimme für eine gemeinwohlorientierte Bildungspolitik für die Gesundheitsberufe.

Was wir tun

Wir unterstützen Lehrende und Bildungseinrichtungen in politischen, fachlichen, organisatorischen und rechtlichen Fragen, indem wir

- in verschiedenen Gremien und Organisationen mitarbeiten, unsere Mitglieder regelmäßig mit aktuellen Informationen versorgen und in
- bei der Erarbeitung rechtlicher Vorgaben mitwirken und dabei unsere Interessen gegenüber den politischen Entscheidungsträgern vertreten
- Fachveranstaltungen zu Themen der gesundheitsberuflichen Bildung und politischen Entwicklungen organisieren und zu Schulentwicklung und Schulmanagement beraten
- unseren Mitgliedern stabile Kommunikationsstrukturen bieten, über die sie sich austauschen und gegenseitig unterstützen können



Die **Bamberger Akademien für Gesundheits- und Pflegeberufe** sind ein modernes Bildungsunternehmen und eine Tochtergesellschaft der Sozialstiftung Bamberg. Sie betreibt fünf Berufsfachschulen für Pflegeberufe mit derzeit über 500 Schülern und bietet ein breites Spektrum an Fachweiterbildungen, Qualifikationen und Seminarveranstaltungen für Beschäftigte im Gesundheitswesen.

Wir suchen zum nächstmöglichen Zeitpunkt eine/n

Akademieleitung (m/w/d)

Ihr Profil

- Abgeschlossene Ausbildung oder abgeschlossenes Studium in einem Gesundheits-/ oder Pflegeberuf
- Pädagogische Qualifikation auf Masterniveau, z. B. Berufspädagogik
- Erfahrung im Bereich Bildungsmanagement und Führung von Mitarbeitenden
- Strukturierte, eigenverantwortliche Arbeitsweise
- Organisations- und Planungskompetenzen

Ihre Aufgaben

- Strategischer Aufbau, Ausrichtung und Weiterentwicklung eines Skill-& Grade-Mix Centers für Aus-/Fort-/Weiterbildung und Studium
- Definition von Bildungsstandards
- Übernahme von Projekten zur pädagogischen Weiterentwicklung, z. B. Curricula, Weiterentwicklung der Mediendidaktik
- Produktentwicklung
- Aufbau einer Online-Akademie
- Mitarbeiter*innenführung des Bereichsleitungsteams
- Operative Mitgestaltung der täglichen Bildungsangebote/Unterrichte
- Netzwerk- und Öffentlichkeitsarbeit

Wir bieten Ihnen

- Ein vielseitiges Aufgabengebiet mit hoher Eigenständigkeit
- Ein motiviertes, engagiertes und qualifiziertes Kollegenteam
- Leistungsgerechte Vergütung
- Kinderbetreuungs-möglichkeiten vor Ort
- Home-Office Möglichkeit

Für weitere Informationen steht Ihnen Herr Michael Springs, unter der Rufnummer 0951 503-11601 gerne zur Verfügung. Schwerbehinderte Bewerberinnen und Bewerber werden bei gleicher Qualifikation und Eignung vorrangig berücksichtigt. Bitte senden Sie Ihre schriftliche Bewerbung über folgenden Link:
https://www.sozialstiftung-bamberg.de/stellenangebote/

Bamberger Akademien für Gesundheits- und Pflegeberufe
Buger Straße 80 · 96049 Bamberg
www.bamberger-akademien.de

Bamberger Akademien
für Gesundheits- und Pflegeberufe

Eingereicht: 16.06.2021
Genehmigt: 05.07.2021

doi: 10.52205/llig/21

Das erste Skill-&Grade-Mix Center® in Deutschland an den Bamberger Akademien für Gesundheits- und Pflegeberufe - ein Best Practice Beispiel

Prof. Dr. Matthias Drossel
Akademieleitung der Bamberger Akademien für Gesundheits- und Pflegeberufe, Professor für Medizinpädagogik an der SRH Hochschule für Gesundheit



Frank Feick, M.A.
Bereichsleitung vertiefende Kompetenzen, Projektleitung Skills Lab an den Bamberger Akademien für Gesundheits- und Pflegeberufe



Michael Springs, MHBA
Geschäftsführer der Bamberger Akademien für Gesundheits- und Pflegeberufe



Zusammenfassung

Die Herausforderung, Personal gut und sinnvoll weiter zu qualifizieren, ist omnipräsent. Der Fokus, dass das Personal entsprechend für das Versorgungsziel ausgebildet werden muss, bleibt häufig unberücksichtigt. Fort- und Weiterbildung wird nicht systematisch als Inhalt der Personalentwicklung genutzt. Die Pflegequalität wird nicht ausreichend analysiert.

Das Skill-& Grade-Mix Center® der Bamberger Akademien für Gesundheits- und Pflegeberufe unterstützt Pflegende und deren Management passgenaue Bildung anzubieten. Gute Bildung für die optimale Versorgung von Patienten, Klienten und Bewohnern. Weiter ist dies ein wichtiger Beitrag zur Zufriedenheit und Identifikation des Personals im Berufsleben. Unterstützt wird dies durch den richtigen Mix des Personals, z. B. durch Schnittstellenbeschreibungen und Abgrenzungen von Tätigkeiten innerhalb eines Handlungsfeldes. Die Berücksichtigung unterschiedlicher Aus-/ Fort-/ und Weiterbildungen, Studiengänge und vor allem auch Erfahrung der Mitarbeitenden ist wichtig.

Die Praxisorientierung und Fokussierung auf zu erlangende Kompetenzen sind zu berücksichtigen. Eine echte Kompetenzorientierung kann im klassischen Theorieunterricht nur versucht und angebahnt werden. Die Vernetzung und Verknüpfung theoretischer Inhalte mit dem praktischen Doing erfolgen in s. g. Skills Labs. Eine hochkomplexe, u. a. methodische Herausforderung für Bildungseinrichtungen.

Summary

The challenges of further qualifying staff well and meaningfully are omnipresent. The focus that staff must be trained accordingly for the care goal is often not taken into account. Further and advanced training is not used as part of personnel development. The quality of care is not sufficiently analyzed.

The Skill & Grade Mix Center® of the Bamberg Academies for Health and Nursing Professions supports nurses and their management in offering matched education. Education for the optimal care of patients, clients, residents. Furthermore, this is an important contribution to the satisfaction and identification of the staff in professional life. This is supported by the right mix of personnel, e.g. through interface descriptions and delimitations of activities within a field of action. The consideration of different education, training and further education, courses of study and above all the experience of the employees.

The practical orientation and focus on skills to be acquired must be taken into account. A real focus on competence can only be attempted and initiated in classic theory lessons. The networking and linking of theoretical content with practical doing takes place in so-called Skill Labs. A highly complex, e.g. methodological challenge for educational institutions.

Kurze Hinführung zur Notwendigkeit moderner Bildungs- und Personalentwicklungskonzepte

Der zunehmende Mangel an qualifiziertem Pflegepersonal ist derzeit eine große Herausforderung. Nicht nur demografische Aspekte und Ökonomisierung stellen die Pflegebereiche vor große Herausforderungen, sondern auch das Versäumnis die Spezialisierung, z. B. in Form von Fachweiterbildungen, passgenau für die neue Ausbildung der Pflegefachfrauen/-männer, vorzubereiten. Die Pflegequalität und Arbeitszufriedenheit sicherzustellen sind weiterhin wichtig. Bestenfalls diese sogar zu erhöhen. Pflegende entsprechend ihren Kompetenzen einzusetzen, ist ein wichtiger Schritt, um beides zu erreichen. Der Zusammenhang von beruflicher Kompetenz und Arbeitszufriedenheit muss im Fokus von Skill-& Grade-Mix analysiert werden (Drossel, Zipfel, 2014). Drossel und Zipfel (2014) forderten: „Eine Lösung für den steigenden Pflegebedarf und den mangelnden Nachwuchs ist dringend nötig. Das Tätigkeitsfeld von Pflegepersonen scheint in der Bundesrepublik unklar, Stellenbeschreibungen differenzieren die erlernten Kompetenzen unzureichend.“ Eine Differenzierung des Einsatzgebietes entsprechend der Qualifikation kann aber dazu beitragen, die Pflegequalität zu erhöhen, da Tätigkeiten und Aufgaben eindeutig entsprechend der erworbenen Kompetenz zugeordnet sind. Dies führt neben der Erhöhung der Berufszufriedenheit auch zur Steigerung der Attraktivität des Berufsbildes „Pflege“. Eine generalistische Pflegeausbildung und entsprechende Angebote zur Spezialisierung in der Fort- und Weiterbildung bilden das Fundament für eine entsprechende Verteilung von Aufgaben(gebieten) innerhalb des Skills- und Grade-Mix.“ Die akademische Pflegeausbildung muss unbedingt mitgedacht werden, insbesondere Advanced Nursing Practice. Die Pflegeversorgungsqualität steigt durch einen Skill-& Grade-Mix, kombiniert mit Advanced Practice Nursing (Leonie-Scheiber et al., 2020). Besonders wichtig ist also die Betrachtung von Kompetenzen. Pflegende können unterschiedliche Kompetenzstufen durch Erfahrung und/oder zusätzliche Erweiterung des Wissens erwerben (Benner 1994, S. 35, Chesla et al., 2009, Dreyfus, Dreyfus, 1980). Das teilweise nicht passende Tätigkeitsprofil zur erworbenen Kompetenz führt in der Praxis zu großer Unzufriedenheit (Wolf 2009). Nachfolgendes Beispiel soll dies verdeutlichen: Ein Absolvent der Ausbildung beginnt im Bereich Intensivpflege. Nach der Einarbeitung übernimmt diese Person genauso komplexe Patienten und pflegerische Interventionen wie ein*e Fachpfleger*in, die neben dem ‘Meisterstatus’ z. B. auch noch 10 Jahre Erfahrung mitbringt. Dies kommt einem De-Skilling gleich (Daykin, Clarke, 2000).

Dieses Beispiel macht deutlich, dass nicht nur Bildungsangebote notwendig sind, sondern auch individualisierte Managementansätze/-konzepte benötigt werden. Diese analysieren an Hand der Bedarfe der Pflegebedürftigen, welche Tätigkeitsbeschreibung einzelner in Teams notwendig ist. Das Skill- & Grade-Mix Center® der Bamberger Akademien für Gesundheits- und Pflegeberufe verfolgt genau diese Ziele: Vom Management bis zur einzelnen Personalentwicklungsmaßnahme. Und es ist sehr wichtig, dass das Management einen genauen Blick auf dieses Thema hat und es im Detail versteht (Cunningham et al., 2019). Und der Hauptfokus muss immer die Versorgung von Patienten, Klienten und Bewohnern bleiben: “Higher nursing skill mix was significantly associated with improved patient outcomes (Twigg et al., 2019)”.

Skill-& Grade-Mix-Center®

In den Jahren 2018 bis 2021 wurden in den Bamberger Akademien für Gesundheits- und Pflegeberufe das Konzept für individuelle Skill- und Grade-Mix-Ansätze entwickelt und der Name rechtlich in Österreich und Deutschland geschützt. Das Hauptziel ist, Pflegendenden ein berufsbegleitendes und individuelles Karriereangebot anzubieten, passend für das jeweilige Handlungsfeld und passend für deren Handlungsfeld. Handlungsfeld meint in diesem Zusammenhang die Bedarfe und Bedürfnisse der zu versorgenden Pflegeempfänger im jeweiligen Sektor und Setting. Dabei müssen die Aspekte für Bildungsentscheidungen auch seitens der Entscheider*innen mitgedacht werden, z. B. des Managements von Einrichtungen des Gesundheitswesens. Bildung so anzubieten, dass ein Einstieg entsprechend den vorhandenen Fähigkeiten möglich ist. Dementsprechend sind Maßnahmen so zu entwickeln, dass Mitarbeiter*innen den gewünschten/bestmöglichen Kompetenzerwerb erreichen. Die Personen können mit dem erworbenen Wissen und den Fähigkeiten in der Versorgung qualitativ hochwertig wirken und werden einem entsprechendem Tätigkeitsprofil zugewiesen.

Bei der Kompetenzentwicklung muss berücksichtigt werden, welche Basiskompetenzen (z.B. Maßnahmen zur Berufsvorbereitung, Ausbildung) und vertiefende Kompetenzen (z.B. Fort-, Weiterbildung, Studium) bereits erworben wurden. Erweiterte Kompetenzen

sind ein integraler Bestandteil aller Kompetenzbereiche. Es steht das Prinzip der Skills-Entwicklung im Vordergrund. Die Mitarbeitenden benötigen diese Skills für ihre Arbeit am und mit dem zu versorgenden Menschen. Die individuell erworbenen Skills führen zum angestrebten Abschluss (Grade) – nicht umgekehrt. Die Vermeidung von redundanten Inhalten in Aus- und Weiterbildungen honorieren die hohe Fachexpertise von Berufspraktikern. Durch die Unterstützungsangebote der Basiskompetenzen (Sprache, individuelle Lernbegleitung, etc.) wird der Lernerfolg gesichert. Im Bereich der vertiefenden Kompetenzen muss Durchlässigkeit und Lernbegleitung von Bildung ebenso berücksichtigt werden. Dabei steht die gegenseitige Anrechenbarkeit möglichst aller Angebote im Fokus. Sowohl Fortbildungen, Fachweiterbildungen und Studium. Dies hat für Entscheider*innen und Teilnehmer*innen gleichermaßen Vorteile.

Die individualisierte Betrachtung der zu versorgenden Patienten/ Klienten ist entscheidend für eine passgenaue Personalentwicklung. Die speziellen Anforderungen der Sektoren, Versorgungssettings und deren Schnittstellen in der interprofessionellen/-disziplinären Zusammenarbeit müssen ebenfalls betrachtet und kritisch analysiert werden. Die Erstellung von Konzepten für den jeweiligen Bereich mit dem richtigen Skill-& Grade-Mix ist für jede einzelne Versorgungseinheit und Gesundheitseinrichtung wichtig. Eine Begleitung und Analyse der täglichen Arbeitsabläufe sind hierfür die Voraussetzung, auf der die Personalentwicklung aufbauen kann. Entsprechende Evaluationen anhand ausgewählter Benchmarks sind zwingend notwendig. Die entsprechenden Tätigkeitsprofile können dann zur Zufriedenheit des Pflegepersonals einen positiven Beitrag leisten und die Versorgung wird verbessert (Wolf, 2009). Ein Beispiel wird in Abbildung 1 deutlich.

Nachfolgend wird der zentrale Baustein des Bildungskonzeptes vorgestellt.

Sie möchten auch einen pädagogischen evidenzbasierten Artikel bei „Pflege Professionell“ oder „Lehren & Lernen im Gesundheitswesen“ veröffentlichen?

Dann senden Sie uns Ihre Einreichung an llig@pflege-professionell.at

Die Richtlinien finden Sie auf unserer Webseite:

www.pflege-professionell.at

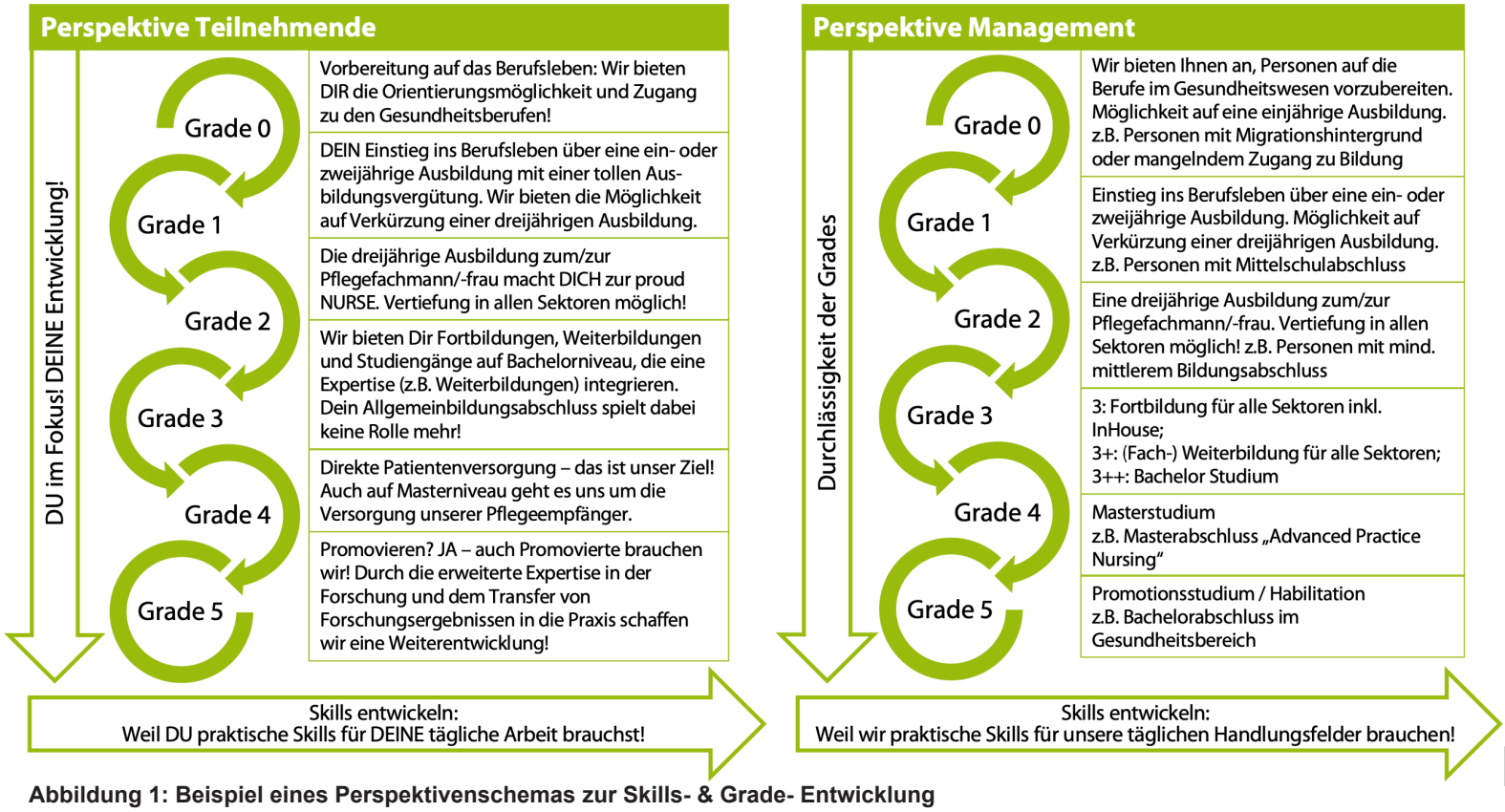


Abbildung 1: Beispiel eines Perspektivenschemas zur Skills- & Grade- Entwicklung

Skills Lab Bamberg

Im Mai 2019 startete an den Bamberger Akademien das Projekt ‚Skills Lab Pflege- und Patientenversorgung' mit dem Ziel, durch realitätsnahe und berufsbezogene Handlungssituationen in einem geschützten Umfeld die Gesundheitsversorgung in allen Sektoren zu verbessern. Die einzelnen Akteure nutzen das Skills Lab Bamberg hierbei realitätsnah als ‚Spielwiese', probieren Methoden und Techniken aus und generieren daraus mögliche neue Lösungen für die Patientenversorgung in ihren Einrichtungen. In Abhängigkeit der jeweils individuellen Möglichkeiten werden entsprechende Lernsituationen konzeptioniert, die sich an die Räumlichkeiten und alltäglichen Ablaufprozesse der Nutzer*innen anpassen lassen. Durch die bereits beschriebenen demografischen Entwicklungen und der damit verbundenen notwendigen individualisierten Versorgung von Patienten/Klienten, sind Anpassungen der Bildungsangebote für die Akteure im Gesundheitswesen in Zukunft unabdingbar. Eine positive Fehlerkultur, eine höhere Lernmotivation und Stärkung des Selbstvertrauens der Lernenden können durch gezielte Skills Trainings im Kontext zu Skill-& Grade Mix erreicht werden (Smiths und Roehrs, 2009). Bisher wurden insgesamt ca. 320 Trainings in den Bereichen der Basis- und vertiefenden Kompetenzen durchgeführt, die sich jeweils gleich auf Hard- und Softskills verteilen.

Neuer Lernort, um Personalentwicklung für den passenden Skills-& Grade Mix zu unterstützen Das Skills Lab dient als dritter Lernort der Integration eines praxisnahen und transferorientierten Lernprozesses, der auf den Annahmen des Konstruktivismus und des Kognitivismus beruht, jedoch ist eine klare Abgrenzung der beiden Lerntheorien kaum möglich. In der Ausgestaltung der einzelnen Lernstationen ist häufig ein fließender Übergang zwischen den Annahmen des Kognitivismus und denen des Konstruktivismus zu finden. Der Wissenserwerb der Lernenden beruht demnach sowohl auf der aktiven Teilnahme am problemorientierten Lernprozess als auch auf deren bisherigen Erfahrungen und den vorhandenen Wissensbeständen (Vogel, Weidlich, & Bastiaens, 2017).

Ein empirisch fundiertes Modell zur Erstellung von komplexen Lernsituationen ist z. B. das 4C/ID-Modell. Es gibt systematische Empfehlungen für den Entwurf von Lernsituationen (ebd. S. 2017). Durch die Einbindung möglichst authentisch gestalteter Aufgaben wird versucht, die Realität des beruflichen Alltags wiederzugeben.

Im Folgenden werden die vier Komponenten des Modells genauer erläutert.

Komponente 1: Lernaufgaben:

Darunter sind ganzheitliche und authentische Aufgaben zu verstehen, die es den Lernenden ermöglichen, kognitive Strukturen und Schemata aufzubauen. Diese Aufgaben sollen den Lernenden mehr Sicherheit und einen höheren Grad an Automatisierung in den Handlungsabläufen geben.

Komponente 2: Unterstützende Informationen:

Unterstützende Informationen schaffen Verbindungen zwischen den bereits erlangten Kenntnissen der Lernenden und den neu zu erlernenden Inhalten. Sie informieren die Lernenden über die Organisation in einem bestimmten Aufgabenbereich und erläutern den Umgang mit Problemen, die den Bereich betreffen.

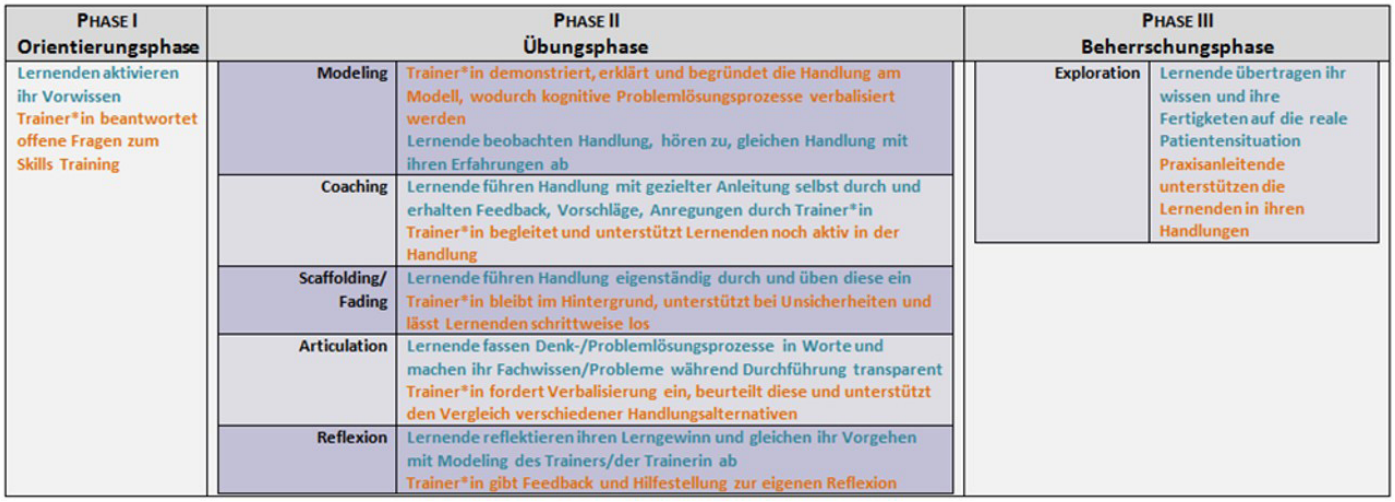
Komponente 3: Just-in-Time Informationen:

Als Just-in-Time Informationen werden solche angesehen, die während der Bearbeitung der Lernsituation spezifiziert und terminiert an die Lernenden herausgegeben werden, wenn diese sie benötigen. In diesem Zusammenhang können Informationen im Skills Lab als Fallszenario für die Simulation oder im Rahmen von Blended Learning bereitgestellt werden.

Komponente 4: Part-Task Practice:
Unter dem Begriff des Part-Task Practice ist das Üben von Teilaufgaben zu verstehen, die im bisherigen Lernprozess noch nicht ausgeübt wurden. Diese Form des Lernens wird zum Erlernen von kritischen Fertigkeiten, beziehungsweise bei Fertigkeiten, die viele andere Fertigkeiten unterstützen, angewendet.
Als Beispiel sind hier Demonstrationen oder Fertigkeitstrainings im Skills Lab zu nennen.

Komplexe Handlungsabläufe operationalisieren

Um komplexe Handlungsabläufe zu erlernen, bietet das Skills Lab neben methodischen Arrangements auch gezielte Aufträge, mit Hilfe derer sich die Lernenden mit den Inhalten der Problemsituation auseinandersetzen. Konkret wird dies in der strukturierten Form des integrativen Modells aus der Vorgehensweise in einem Skills Lab und mit der des Cognitive Apprenticeship verbunden. Dies ermöglicht es den Lernenden, komplexe Handlungsabläufe sowie Problemsituationen selbst zu erleben. Wie in der folgenden Grafik zu sehen ist, werden die Lernenden bei dieser Vorgehensweise von der Beobachtung, über die Anlei-



Phase I Orientierungsphase	Phase II Übungsphase		Phase III Beherrschungsphase	
Lernenden aktivieren ihr Vorwissen Trainer*in beantwortet offene Fragen zum Skills Training	Modeling	Trainer*in demonstriert, erklärt und begründet die Handlung am Modell, wodurch kognitive Problemlösungsprozesse verbalisiert werden Lernende beobachten Handlung, hören zu, gleichen Handlung mit ihren Erfahrungen ab	Exploration	Lernende übertragen ihr wissen und ihre Fertigketen auf die reale Patientensituation Praxisanleitende unterstützen die Lernenden in ihren Handlungen
	Coaching	Lernende führen Handlung mit gezielter Anleitung selbst durch und erhalten Feedback, Vorschläge, Anregungen durch Trainer*in Trainer*in begleitet und unterstützt Lernenden noch aktiv in der Handlung		
	Scaffolding/ Fading	Lernende führen Handlung eigenständig durch und üben diese ein Trainer*in bleibt im Hintergrund, unterstützt bei Unsicherheiten und lässt Lernenden schrittweise los		
	Articulation	Lernende fassen Denk-/Problemlösungsprozesse in Worte und machen ihr Fachwissen/Probleme während Durchführung transparent Trainer*in fordert Verbalisierung ein, beurteilt diese und unterstützt den Vergleich verschiedener Handlungsalternativen		
	Reflexion	Lernende reflektieren ihren Lerngewinn und gleichen ihr Vorgehen mit Modeling des Trainers/der Trainerin ab Trainer*in gibt Feedback und Hilfestellung zur eigenen Reflexion		

Abbildung 2: Phasenmodell Skills Training (Eigene Darstellung in Anlehnung an Meyer-Hänel, Umbescheidt, 2006)

tung durch Expert*innen und das selbstständige Handeln, bis hin zur Auswertung und der eigenen Reflexion geführt (Mayer-Hänel, Umbescheidt, 2006).

Explizites Wissen in implizites Wissen überführen

Im Skills Lab wird das explizite Wissen der Lernenden mittels eines situationsbezogenen Trainings zum impliziten Wissen überführt (Landwehr, 2002, S. 54). Dies ermöglicht es, Fähigkeiten, Fertigkeiten sowie Haltungen in einem geschützten Rahmen in Zusammenarbeit mit Expert*innen zu trainieren. In diesem Rahmen steht Wissen in einem Anwendungs- sowie Handlungskontext. So werden realitätsnahe und authentische Lernumgebungen gestaltet. Durch den stetigen Austausch sowie das eigene Reflektieren der praktischen Erfahrungen in der Lerngruppe und mit dem/den Trainer*innen wird ein kritisches Hinterfragen der eigenen Handlungen und Kenntnisse gefördert.

Methoden im Skills Lab

Skills Trainings haben die Ausbildung beziehungsweise den Erwerb von kommunikativen, motorischen, kognitiven sowie selbstregulierenden Fertigkeiten zum Ziel (Mörzinger, 2018, S. 78f.). Spezifische Kompetenzen werden gestärkt, was zu einer Professionalisierung der Ausbildung führt (Issleib, Zöllner, 2015, S. 67). Die Lernenden werden durch das gezielte Erlernen von Handlungsabläufen auf entsprechende Tätigkeiten und konkrete Handlungen in der Praxis vorbereitet (Mörzinger, 2018, S. 79). Um die vorab definierten, zu erwerbenden Kompetenzen durch das Training im Skills Lab erreichen zu können, muss ein didaktisch passendes Instrument für die Teilnehmenden gefunden werden. Dies ist notwendig, um den Lerngegenstand optimal vermitteln zu können. Die Auswahl an Instrumenten und zugehörigen Methoden gestaltet sich im Rahmen von Skills Trainings sehr vielfältig. Demnach besteht die Möglichkeit, Trainings unter Einsatz von Fertigkeitstraining, Simulationen, der Nutzung von VR/AR sowie der Darbietung von Theorie auszugestalten. Hinter jeder Konzeption eines Trainings im Skills Lab sind theoretische Annahmen über den menschlichen Lernprozess erkennbar (Vogel, Weidlich, Bastiaens, 2017, S. 13). Zur Entwicklung und Verbesserung der Handlungskompetenzen der Teilnehmenden im Skills Lab können verschiedene Methoden herangezogen werden. Je nach Methode werden Simulatoren, Modelle oder Simulationspersonen eingesetzt.

Mögliche Methode 1: Fertigkeitstraining

Unter einem Fertigkeitstraining wird das „aktive Üben, die wiederholte Ausführung und das Einüben der zu erlernenden Fertigkeit“ (Spektrum, o.J.) verstanden. Das Fertigkeitstraining stellt innerhalb eines Skills Trainings einen möglichen methodischen Baustein dar und ist somit ein Element, das zur Verbesserung der Handlungskompetenz eingesetzt werden kann.

Verfolgt ein Skills Training mit seinen unterschiedlichen methodischen Bausteinen das Ziel, alle Handlungskompetenzen der Lernenden in einem bestimmten Tätigkeitsfeld zu verbessern, lässt sich das Fertigkeitstraining nur bestimmten Kompetenzfeldern zuordnen. So werden mit einem Fertigkeitstraining vorrangig Methoden- und Fachkompetenzen trainiert, wohingegen Sozialkompetenzen und personale Kompetenzen mit anderen Methoden trainiert und verbessert werden können. Beim Fertigkeitstraining werden definierte Handlungsabläufe, die zuvor auf kognitiver

Ebene erlernt wurden, auf psycho- und sensomotorischer Ebene geübt. Theoretisch erlernte Inhalte werden praktisch angewandt, um diese zu verinnerlichen. Explizites Wissen wird in implizites Wissen umgewandelt (Ludwig, 2004).

Mögliche Methode 2: Simulation

Wenn nicht nur einzelne Fertigkeiten eingeübt, sondern komplexe Szenarien nachgestellt werden, wird das Training als Simulationstraining bezeichnet. Der Begriff Simulation wird vom lateinischen Wort „simulatio“ oder „simulare“ abgeleitet und bedeutet „etwas vorspielen“. Somit ist bei der Simulation das Nachahmen einer Handlung, wie zum Beispiel einer Erkrankung, ausschlaggebend (St. Pierre, Breuer, 2013). Bei einer Simulation wird ein realitätsnahes Setting geschaffen, das die Imitation der tatsächlichen Verhältnisse ermöglicht. So kann in sicherer und geschützter Umgebung trainiert werden (Hackstein, Hagemann, Kaufmann, Regener, 2016). Der Bezug zur Realität wird durch das Tragen der Dienstkleidung der Teilnehmenden in der Simulation unterstützt.

Ein Simulationssetting wird in drei Überpunkte gegliedert: die Instruktion, die Aktion und die Reflexion. Während der Instruktion werden die Teilnehmenden in den Kurs eingeführt und erhalten theoretischen Input zum Thema. Auch der Umgang mit dem Simulator und das Fallbriefing sind entscheidende Schritte innerhalb dieser Komponente. In der praktischen Umsetzung des Szenarios treten manche der Teilnehmenden bezogen auf das Fallgeschehen miteinander in Aktion. Die restlichen Teilnehmenden beobachten das Geschehen außerhalb des Szenarios. Innerhalb der Reflexion werden die aktiven Teilnehmenden durch das Debriefing in die gesamte Gruppe reintegriert und die Simulation wird beendet (Mörzinger, 2018, S. 98).

Pädagogen im Skills Lab brauchen die besondere Ausbildung zum Skills Trainer

Der Erwerb von Skills durch die verschiedenen methodischen Ansätze im Skills Lab erfordern für die Umsetzung in gleicher Weise Bildungsangebote für Lernbegleiter und Pädagogen. In den Bamberger Akademien wurden hierfür neben den Skills Trainings Module für die Ausbildung von Skills Trainern konzeptioniert und in den letzten Monaten sehr erfolgreich durchgeführt. Denn nur durch gut ausgebildete Skills Trainer kann es gelingen, dass im neuen Lernort die zu erlernenden Skills erworben werden können. Es geht um Fähigkeiten und Fertigkeiten Skills Trainings zu entwickeln und verschiedene methodische Ansätze umzusetzen, z.B. Fertigkeitstrainings, Simulationen mit einem strukturierten Debriefing oder die Einbindung von Skills Training in curriculare Rahmenbedingungen. Ebenso bedeutsam ist der Umgang und die Einbindung unterschiedlicher Medien und Technik, die über die Bedienung eines Simulators hinausgehen. Eine Schulung für die Arbeit mit Technik und Medien im Simulationslabor ist weiter notwendig und darf nicht unterschätzt werden.

Kompetenzerwerb fokussieren: Skills im Training erwerben

Um Mitarbeitende in den Gesundheitsberufen für einen Skill-& Grade-Mix zu qualifizieren, sind kompetenzorientierte Bildungsangebote eine zwingende Voraussetzung für die Umsetzung. Eine zentrale Rolle spielt hier das Skills Lab, um in realitätsnahen Situationen aus dem beruflichen Kontext Kompetenzen zu trainieren (Fichtner, 2013). Durch unterschiedliche Taxonomien in der Gestaltung von Trainings unter Einbezug der theoretischen Grundlagen von Cognitive Apprenticeship erreichen die Pflegenden unterschiedliche Kompetenzstufen (Benner 1994, Chesla et al., 2009, Dreyfus, Dreyfus, 1980).

Im Kontinuum der Realitätsnähe (Fidelity Continuum) lassen sich die unterschiedlichen Anforderungen an Skills Trainings darstellen. Die “Fidelity” ist der Grad, mit der eine Lernsituation im Skills Lab die Realität erreicht (Gore und Lioce, 2013). Je nach Methodik wird eine simulierte Realität ermöglicht, die sich im Kontinuum einordnen lässt. Als Beispiel für ein Bildungsangebot mit einem geringen Grad, kann ein einfaches Fertigkeitstraining mit einem Trainingsmodell genannt werden, z.B. die Anlage eines Blasenkatheters. Eine Full Scale Simulation mit verschiedenen Kompetenzanforderungen kann zum Beispiel eine Beratungssituation mit einer Simulationsperson in Verbindung mit einer manuellen Pflegehandlung sein, die einen hohen Grad an Realitätsnähe aufweist.

Förderung von Patientensicherheit und ethisch-moralische Aspekte

Simulationen und Skills Trainings werden z. B. im Rettungswesen und Notfallmanagement, aber auch in Bereichen wie Flugsicherheit schon viele Jahre erfolgreich durchgeführt. Ein wichtiger Aspekt ist dabei die Erhöhung der Sicherheit für Kunden und Personal. Dies ist auf das Gesundheitswesen zu übertragen. Hier kommt ein weiterer wichtiger Aspekt hinzu: ethisch-moralisch sind viele Übungen am echten Patienten nicht zu vertreten. Ein gutes Beispiel hierfür ist die Applikation von

Devices in den Körper, z. B. Legen eines Dauerkatheters oder auch Handlungen, die nicht so häufig im Arbeitsalltag vorkommen. Nicht zu unterschätzen und deswegen aus Sicht der Autoren des Artikels sind v.a. auch Inhalte wie Kommunikation, Beratung und Anleitung wichtig. Übungen am echten Patienten sind hier nur unter besonderer Aufsicht sinnvoll. Ein Lernen und die vorherige Absicherung durch ein Skills Training sollte das Mindestmaß in der Verantwortung gegenüber Patienten/Bewohnern/Klienten sein. Dies muss vor der Anleitung in der Praxis erfolgen.

Sektorenübergreifende und interprofessionelle Denkweise

Aus-, Fort- und Weiterbildung in den Berufen im Gesundheitswesen müssen die unterschiedlichen Sektoren und Settings berücksichtigen. Dies ist gut abbildbar und kann durch den Nachbau der räumlichen Strukturen dargestellt werden. Im Idealfall wären dann sogar alle am Prozess beteiligten Berufsgruppen gemeinsam in den Bildungsangeboten. Dies ist eine große Herausforderung, da schon allein im Bildungsniveau (Vorbildung) eine große Heterogenität vorzufinden ist. Weitere Limitationen können „Standesdünkel“ und Vorurteile sein.
Eine optimale Verknüpfung, Durchlässigkeit und Anrechenbarkeit von Bildung müssen das Gesamtziel sein.

Skill-&Grade-Mix Center® - mehr als nur Skills Lab

Das Skill-&Grade-Mix Center® unterstützt die Kunden individuelle Karriereplanungen zu erstellen und dadurch Entwicklungschancen aufzuzeigen. Die zu erlangenden Skills sind im Fokus. Die erforderlichen Grades, in Form von Bildungsabschlüssen, werden aber berücksichtigt. Diese kompetenzorientierte Betrachtungsweise bedeutet von hinten nach vorne zu denken. Analysiert wird, was für die Versorgung der zu betreuenden Pflegeempfänger erreicht und gefördert werden muss. Dies bedeutet, dass zuerst verschiedene Tätigkeitsbeschreibungen und Aufgabenprofile innerhalb eines Pflegeteams erstellt werden müssen. Diese werden auf Basis der jeweiligen Versorgung von Pflegeempfängern erstellt und berücksichtigen dann Erfahrung und Qualifizierungsmaßnahmen. Eine bestimmte Kombination, die die gesetzlichen (und zertifizierungsrelevanten) Grundlagen beachtet, wird individuell festgelegt und darauffolgend evaluiert und adaptiert. Aufgaben des Skill-&Grade-Mix Centers® sind:

- Unterstützung des Pflegemanagements bei der Analyse der Bildungsbedarfe/-anforderungen für die optimale Versorgung von Pflegeempfängern
- Angebote im Aus-/Fort-/Weiterbildungsbereich und Studium mit dem Fokus Kompetenzerreichung durch Skills Trainings (Versorgung, (Projekt-) Management/Führung, Berufspädagogik) entsprechend der Levels des Europäischen/Deutschen Qualifikationsrahmen
- Weiterführende Angebote, z. B. auch Inhouse-Trainings
- Projektbegleitung und Evaluation inkl. Datenerhebung bei der Umsetzung eines (neuen) Skills-/& Grade-Mix in der Patientenversorgung
- Leitgedanken der Kompetenzorientierung voranbringen

Fazit

Das Thema Skills Lab ist, v.a. im Zusammenhang mit der Pflegeberufereform und Pflegeausbildung, vielerorts thematisiert. Die Gefahr, dass ein Demoraum als Skills Lab tituliert wird, ohne entsprechende räumliche und pädagogische Ausstattung, wird bei der kritischen Betrachtung deutlich. Es besteht die Notwendigkeit, Bildung neu zu denken. Die umfassende Kompetenz- und Praxisorientierung ist notwendig. Dazu gehören auch eine erhöhte Durchlässigkeit und die Anrechenbarkeit absolvierter Bildungsmaßnahmen. Dabei muss der Hauptfokus von Bildung auf der Handlung und Begründung dieser liegen, gemäß dem Motto ‘am besten lernt man in der Werkstatt’. Diese Aussage soll keineswegs die Notwendigkeit der berufspädagogischen, hochaufwendigen Begleitungen in Skills Lab in Frage stellen. Jedoch muss träge Wissensvermittlung, z. B. in Präsentationsunterrichten, als obsolet gelten und nur in Ausnahmen ergänzend lehrerzentrierte, frontalgebundene Unterrichte erfolgen. Die dabei anzuwendende Grundüberlegung sollte also die Lernwirksamkeit sein. Weiter muss der interprofessionelle Dialog gefördert werden und Bildungsangebote gemeinsam gedacht und angebahnt werden. Letztlich wird dies aber nur über ein gemeinsames und einheitliches Bildungsniveau gelingen. Eine akademische Bildung fördert sowohl die analytisch-reflexive Kompetenz und auch die Fähigkeiten des Selbstlernens werden besser ausgeprägt. Die willkürlich anmutende Bildungslandschaft, v.a. im Bereich Fort- und Weiterbildung, muss in allen Bereichen des Gesundheitswesens modernisiert und bereinigt werden, idealerweise überwacht durch die Berufskammer, o.ä. Körperschaften. Skill-& Grade-Mix kann als Konzept einen guten Beitrag leisten um Personal in Unternehmen systematisch zu entwickeln. Die Patientensicherheit und Pflegequalität

werden sich erhöhen. Schnittstellenvereinbarungen und Tätigkeitsprofile, passend zu den entsprechend erlangten Qualifikationen (Weiterbildung und Erfahrung, siehe Kompetenzniveau/-stufen n. Benner, 1994) leisten einen positiven Beitrag zur Berufszufriedenheit und Identifikation mit dem Unternehmen.

Literatur:

Benner P. (1994) Stufen zur Pflegekompetenz = From novice to expert. Huber, Bern.

Benner, P. (2004). Using the Dreyfus model of skill acquisition to describe and interpret skill acquisition and clinical judgment in nursing practice and education. Bulletin of science, technology & society, 24(3), 188-199.

Breuer, Simulation in der Medizin- Grundlegende Konzepte, Klinische Anwendung (S. 106-113). Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.

Chesla, C. A., Benner, P. E., Tanner, C. A. (2009). Expertise in Nursing Practice: Caring, Clinical Judgment, and Ethics. Vereinigtes Königreich: Springer Publishing Company.

Cunningham, J., O'Toole, T., White, M., & Wells, J. S. (2019). Conceptualizing skill mix in nursing and health care: An analysis. Journal of Nursing Management, 27(2), 256-263.

Daykin, N., & Clarke, B. (2000). 'They'll still get the bodily care'. Discourses of care and relationships between nurses and health care assistants in the NHS. Sociology of health & illness, 22(3), 349-363.

Dreyfus, S. E., & Dreyfus, H. L. (1980). A five-stage model of the mental activities involved in directed skill acquisition. California Univ Berkeley Operations Research Center.

Drossel, M., & Zipfel, M. (2014). Der Schuster und die Leiste. Pflege Zeitschrift, 67(11), 672-675.

Fichtner, A. (2013). Lernen für die Praxis: das Skills-Lab. In M. St. Pierre, & G.

Gore TN, Lioce L (2013) Creating effective simulation environments. In: Ulrich BT, Mancini ME (Hrsg) Mastering simul. A handbook for success. Sigma Theta Tau International, Indianapolis, S 49–86

Hackstein, A., Hagemann, V., Kaufmann, F. & Regener, H. (Hrsg.). (2016). Handbuch Simulation. Edewecht: Stumpf + Kossendey.

Issleib M., Zöllner, C. (2015). Simulationsbasiertes Training - Für den Notfall vorbereitet sein in Anästhesie und Notfallmedizin. Bundesgesundheitsblatt 2015-1. S. 67-73. Berlin, Heidelberg. Springer Verlag.

Leoni-Scheiber, C., Mayer, H., & Müller-Staub, M. (2020). Relationships between the Advanced Nursing Process quality and nurses' and patient'characteristics: A cross-sectional study. Nursing open, 7(1), 419-429.

Mayer-Hänel, P., & Umbescheidt, R. (2006). Der Lernbereich Training & Transfer. PrInterNet, 5(8), S. 276-286.

Mörzinger, G. (2018). Ein dritter Lernort des Lernens. Lernbereich Training & Transfer. Ein Leitfaden zur Konzeption und Implementierung des LTT in der Pflegeausbildung. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.

Smith SJ, Roehrs CJ. High-fidelity simulation: factors correlated with nursing student satisfaction and self-confidence. Nurs Educ Perspect. 2009 Mar-Apr;30(2):74-8. PMID: 19476068.

St. Pierre, M. & Breuer, G. (2013). Simulation in der Medizin. Heidelberg: Springer.

Twigg, D. E., Kutzer, Y., Jacob, E., & Seaman, K. (2019). A quantitative systematic review of the association between nurse skill mix and nursing-sensitive patient outcomes in the acute care setting. Journal of advanced nursing, 75(12), 3404-3423.

Vogel, C., Weidlich, J., & Bastiaens, T. (2017). Instructional Design und Medien. Fernuniversität Hagen.

Wolf G. (2009) Mitarbeiterbindung und Fluktuation steuern. Zeitschrift der Unternehmensberatung 4, S. 77–85.

Eingereicht:
Genehmigt:

doi: 10.52205/llig/22

Aspekte einer interkulturellen pflegepädagogischen Kompetenz in Aneignungssituationen

Prof. Dr. phil. Marcus Mittenzwei
Studiengangsleitung Berufspädagogik für Gesundheits- und Sozialberufe (B.A.) an der Hamburger Fern-Hochschule
E-Mail: marcus.mittenzwei@hamburger-fh.de



Abstract

Einen anderen kulturellen Hintergrund zu besitzen, stellt einen Benachteiligungsfaktor auch für den Bereich der Pflegeausbildung dar (Mecheril & Vorrink, 2017, S. 45 f.; Scherr, Janz & Müller, 2015, S. 97). In der zugrundeliegenden empirischen Analyse wurden 27 leitfadengestütze Interviews mit Pflegepädagog*innen geführt und mittels induktiver Kategoriegenerierung interkulturelle Handlungsstrategien und Kompetenzelemente ermittelt. Diese werden im folgenden Beitrag in das Handlungsfeld der Aneignungssituationen transferiert.

Abstract Englisch

Having a different culture background also represents a disadvantage factor for nursing education (Mecheril & Vorrink, 2017, p. 45 f.; Scherr, Janz & Müller, 2015, p. 97). In the underlying empirical analysis, 27 guided interviews were conducted with nursing educators to determine intercultural action strategies and competence elements with a inductive category generation. In the following article, these are transferred to the field of action of learning situations.



Kontext

Dem vorliegenden Artikel liegt eine empirische Analyse zugrunde, welche der Fragestellung nachgeht, mit welchen spezifischen Kompetenzen und Handlungsstrategien Pflegepädagog*innen der kulturellen Heterogenität von Lernenden professionell begegnen (Mittenzwei, 2020). Unter diesem Analysefokus wurden 27 leitfadengestützte Interviews mit Pflegepädagog*innen in unterschiedlichen Bundesländern durchgeführt. Da für eine Kompetenzanalyse Personen infrage kommen, die eine bestimmte Tätigkeit regelmäßig ausführen (Clement & Piotrowski, 2008, S. 84), erschienen Pflegepädagog*innen mit Kursleitungsfunktion geeignet, da diese besonders intensiven Kontakt zu den Lernenden haben. Die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (Mayring, 2010) wurde als datenanalytisches Vorgehen genutzt, um die interessierenden manifesten Kommunikationsinhalte der Interviewteilnehmenden zu erkennen und gleichzeitig die notwendige Offenheit für empirisch begründete Kategorien zu realisieren (Rosenthal, 2014, S. 213). Das gewählte analytische Vorgehen ermöglichte dabei eine induktive Kategorienbildung entlang der subjektiven Haltungen und Einstellungen der Pflegepädagog*innen als Einzelfälle sowie deren vergleichender Analyse (Reinders & Ditton, 2015, S. 50).

Im Folgenden werden die Analyseergebnisse schwerpunktmäßig auf den Handlungsbereich der Aneignungssituationen konzentriert. Hierbei wird unter dem Begriff der Aneignungssituationen nicht nur theoretischer Unterricht, sondern weitere Aspekte wie Simulationen oder praktische Anleitungen am Lernort Praxis zusammengefasst, um den Fokus des vorherrschenden pflegepädagogischen Aufgabenspektrums umfassender abzubilden (Terhart, 2007, S. 45). Das pflegepädagogische Handeln umfasst aber auch Aspekte wie anlassbezogene Gesprächsführung, Beratung oder die Bewertung der Lernenden. Auch diese Handlungen stehen in enger Verbindung zu den Aneignungssituationen und erhalten unter einem interkulturellen Fokus eine besondere Bedeutung für das pflegepädagogische Aufgabenspektrum.

Die kulturspezifische Bedingungsanalyse als Grundlage

Vor dem Hintergrund einer hohen kulturellen Heterogenität der Lernenden in der Pflegeausbildung (Statistisches Bundesamt, 2021, S. 110), erhält die Bedingungsanalyse einen besonderen Stellenwert. Hierbei muss die Bedingungsanalyse besonders die kulturellen Spezifika der Lernenden abbilden, da sie die Grundlage für alle weiteren inhaltlichen sowie methodisch-didaktischen Entscheidungen darstellt. Pflegepädagog*innen antizipieren dabei mögliche Auswirkungen der kulturellen Heterogenität für konkrete Aneignungssituationen. Besonders bei der Arbeit mit neuen Lernendengruppen ermöglicht die Analyse der kulturspezifischen Bedingungsfaktoren eine erste Orientierung. Wesentlich erscheint dabei, die erstellte Bedingungsanalyse nicht starr zu verwenden, sondern diese kontinuierlich auch im Austausch mit den Lernenden zu aktualisieren. Dies ermöglicht den Pflegepädagog*innen eigene Vorannahmen kontinuierlich zu reflektieren und ggf. zu verändern, um Aneignungssituationen zu optimieren. Durch diese Vorgehensweise können kulturelle Konflikte oder Grenzüberschreitungen (z. B. Überschreitung des kulturellen Rollenverständnisses oder von religiösen Vorschriften) vermieden werden. Pflegepädagog*innen entscheiden basierend auf dem kulturellen Hintergrund der Lernenden bewusst, mit welcher Intensität auf die kulturellen Aspekte der Unterrichtsthematiken eingegangen werden soll. Handlungsleitend kann hierbei die Konfliktvermeidung sein, aber auch die bewusste Erweiterung der unterschiedlichen kulturellen Sichtweisen oder die Auseinandersetzung mit Vorurteilen. Besonders ethische Themen haben eine hohe Relevanz, da diese die Möglichkeit bieten unterschiedliche kulturelle Werte und Normvorstellungen zu diskutieren und somit eine pflegeprofessionelle Haltung anzubahnen. Dabei erfolgt auch eine kritische Auseinandersetzung mit Medien und deren Einfluss auf die Kulturbilder der Lernenden.

Das kultursensible didaktisch-methodische Vorgehen

Basierend auf ermittelten Kulturspezifika der Bedingungsanalyse, können didaktisch-methodische Rückschlüsse die Unterrichtsqualität verbessern. Besondere Beachtung benötigt die kulturelle Heterogenität beispielsweise in den didaktisch-methodischen Bereichen von Berührungen, Geschlechterverhältnis oder der Beachtung von Sitzordnungen bzw. Gruppeneinteilungen. Spezifisch werden auch Fallbeispiele mit unterschiedlichen kulturellen Perspektiven konzipiert. Gerade durch diesen Fokus kann ein kultureller Diskurs ermöglicht werden, der auch die eigenen Standpunkte der Pflegepädagog*innen einbezieht, um die Reflexion und Professionalisierung aller Beteiligten zu fördern.

Eine besondere Bedeutung erhal-

ten methodische Konzipierungen im Bereich der Simulationen und Anleitungssituationen. Diese methodischen Arrangements bereiten auf zukünftige pflegeberufliche Anforderungen vor und weisen somit eine gewisse Unabdingbarkeit für den pflegerischen Unterricht auf. Besonders Simulationen ermöglichen die Vorbereitung auf Pflegesituationen, die in der eigenen Kultur eine Hürde darstellen können (z. B. Intimpflege). Ebenfalls kann durch Simulationen auf Konflikte vorbereitet werden, die aufgrund der kulturellen Heterogenität entstehen können (z. B. Ausgrenzung im Team der Pflegenden oder Diskriminierungen durch Klient*innen). Dabei fungieren diese spezifischen Simulationen als Schutzraum, in dem Fehler und Fehlverhalten grundsätzlich ermöglicht werden. Wesentlich erscheint bei der didaktisch-methodischen Konzipierung, Simulationen und Anleitungssituationen, welche die persönlichen Grenzen übertreten, vor der Durchführung detailliert zu erläutern, um die Lernenden auf mögliche Grenzüberschreitungen vorzubereiten. Dabei ist die Beachtung der freiwilligen Teilnahme an diesen Simulationen grundlegend.

Einen weiteren Aspekt, stellt die bewusste Konzipierung von Gruppenkonstellationen unter Beachtung der kulturellen Heterogenität dar. Hierbei bestehen unterschiedliche Varianten der Gruppenbildung, die auf den Faktoren Unterrichtsziele aber auch den kulturellen Hintergründen beruhen können. So werden stellenweise bewusst geschlechtsheterogene/geschlechtshomogene bzw. religionsheterogene/religionshomogene Gruppen gebildet. Zusätzlich werden Faktoren wie Leistungsheterogenität oder Sprachbarrieren in die Gruppenkonstellationen einbezogen. Konkret werden kulturheterogene Gruppen gebildet, um eine Abspaltung der unterschiedlichen Kulturen innerhalb der Gesamtgruppe zu vermeiden. Exemplarisch erscheint eine kulturell heterogene Gruppe für den Themenkomplex der interkulturellen Pflege förderlich, um den kulturellen Austausch bewusst zu fördern.

Die Beachtung der kulturellen Heterogenität der Lernenden verweist auf eine erforderliche kontinuierliche Aufmerksamkeit. Diese besondere Aufmerksamkeit der Pflegepädagog*innen ermöglicht es, Beiträge der Lernenden bewusst zu verstärken und somit die Motivation zu erhöhen, kulturelle Beiträge einzubringen. Zu einem kulturspezifischen Vorgehen gehört dabei auch, entwickelte Lösungen bzw. Unterrichtsergebnisse, die auf einem anderen kulturellen Standpunkt beruhen oder andere kulturspezifische Vorgehensweisen verdeutlichen, wertzuschätzen und gleichwertig zu behandeln. Hier wird eine besondere Reflexionskompetenz von Pflegepädagog*innen deutlich, indem von vorab antizipierten Lösungen flexibel abgewichen werden muss, um diese ggf. unerwarteten Lösungen positiv zu verstärken.

Die besondere Bedeutung der Beziehungsgestaltung

Von zentraler Bedeutung für die interkulturelle pflegepädagogische Kompetenz, stellt sich eine gelingende Beziehungsgestaltung dar. Der Beziehungsaufbau zwischen Lernenden und Lehrenden wird durch einen kontinuierlichen und persönlichen Austausch mit Lernenden aus anderen Kulturen realisiert. Dieser Austausch dient vor allem dem Wahrnehmungsabgleich, um auch kulturelle Missverständnisse zu vermeiden oder diese gemeinsam zu klären. Nur durch den kontinuierlichen und persönlichen Austausch gelingt es, einen Lebensweltbezug zu den Lernenden aufzubauen. Innerhalb dieses Austauschprozesses hat die kontinuierliche Beachtung der individuellen kulturellen Bedürfnisse und Entwicklungsverläufe der Lernenden besondere Bedeutung. Beispielsweise ermöglicht der gemeinsame Austausch über kulturell unterschiedliche Signale, Verhaltensweisen oder Reaktionen der Lernenden ein besseres Verständnis, um professionelle pflegepädagogische Reaktionen zu ermöglichen. Dabei muss ein wertfreies und vorurteilsfreies Handeln realisiert werden, um ein Verständnis für die kulturbedingten Herausforderungen der Lernenden nachvollziehen zu können. Wesentlich für die Beziehungsgestaltung ist eine hohe Empathiefähigkeit der Pflegepädagog*innen. Diese zeigt sich vor allem in einer Sensibilität für die spezifischen kulturellen Bedürfnisse der Lernenden. Um diese Aspekte in die pflegepädagogischen Analysen und Handlungen zu implementieren, müssen auch die persönlichen kulturellen Erfahrungen und Ansichten der Pflegepädagog*innen zurückgenommen werden, um gleichzeitig eine Sensibilität für kulturelle Gefühlslagen und Gefühlsausdrücke der Lernenden zu entwickeln. Diese Sensibilität erscheint elementar, da andere kulturelle Vorstellungen oder Verhaltensweisen nicht immer aktiv geäußert werden und somit nicht ohne besondere Sensibilität zu erkennen sind.

Um diese hohen Ansprüche einer gelingende Beziehungsgestaltung zu verwirklichen, wird auf eine besondere Beachtung und Gestaltung der Unterrichtseinstiege geachtet. Beispielsweise kann durch

die Frage nach dem Befinden der Lernenden, eine persönliche Ebene fokussiert werden. Ebenso versuchen Pflegepädagog*innen im persönlichen Kontakt aktiv mehr über die kulturellen Hintergründe der Lernenden zu erfahren. Ebenso versuchen die Pflegepädagog*innen möglichst schon am Ausbildungsbeginn, auf die bewusste Beziehungsgestaltung zwischen Lehrenden und Lernenden hinzuwirken. Das kann sich beispielsweise durch die ausführliche Vorstellung jeder/jedes Lernenden im Lehrendenteam vollziehen, um frühestmöglich eine Sensibilität für die kulturellen Aspekte der Lernenden zu erreichen. Das Ziel der bewussten Beziehungsgestaltung ist in der Herstellung einer gemeinsamen Vertrauensbasis zu erkennen.

Kommunikation als Basis der Beziehung

Um Beziehungen aufzubauen, hat die Beachtung der Kommunikation bzw. Gesprächsführung eine zentrale Bedeutung. In unterschiedlichen persönlichen Gesprächssituationen haben Pflegepädagog*innen eine erhöhte Aufmerksamkeit für Äußerungen, die einen kulturellen Kontext aufweisen. Gleichzeitig wird den Lernenden dabei kontinuierlich Verständnis und Wertschätzung auch für divergente kulturelle Sichtweisen signalisiert, um den Aufbau des Vertrauensverhältnisses zu unterstützen. Hierbei kann die Beachtung der Kultur der Lernenden im Rahmen der Gesprächsführung gesteigert werden, indem Pflegepädagog*innen selbst unterschiedliches kulturelles Wissen sammeln, um dieses als Grundlage für Gespräche nutzen zu können. Um einen besseren Zugang zu Lernenden aus anderen Kulturen zu erhalten, werden Gespräche bewusst in einer ungestörten Umgebung, meist in Zweierkonstellation geführt. Beispielhaft werden in diesen Gesprächen die folgenden Schwerpunkte angesprochen:

- kulturelle Lernbiografie,
- Bedeutung der Familie,
- Lebensverhältnisse in der Heimat,
- Heimweh,
- Erlebnisse im anderen kulturellen System,
- religiöse Ansichten,
- Sozialisation,
- Demokratiebewusstsein,
- Rollenbilder Mann/Frau sowie
- Pflegeverständnis.

Das Ergebnis solcher Gespräche stellt ein gemeinsamer Abgleich der unterschiedlichen Wahrnehmungen dar. So werden beispielsweise für beide Gesprächsparteien die Auswirkung und die Bedeutung der Verwendung der Muttersprache nachvollziehbar. Ebenso können die kulturellen Ursachen für ein bestimmtes Verhalten der Lernenden (z. B. der Umgang mit Kritik), besser nachvollzogen werden. Diese Gespräche werden durch die Pflegepädagog*innen bedeutungsvoll empfunden, da diese stellenweise Unsicherheiten über die Situation der Lernenden empfinden, weil Signale und Reaktionen der Lernenden fehlen und somit nicht gedeutet werden können. Persönliche Gespräche mit den Lernenden stärken das Vertrauensverhältnis und ermöglichen kulturelle Unterschiede in pflegepädagogische Handlungen aufzunehmen. Trotz der dargestellten Bedeutung der Beratungen und Gespräche unter dem kulturellen Fokus, fühlen sich die Pflegepädagog*innen in diesem Kompetenzbereich aber stellenweise überfordert und unzureichend qualifiziert.

Die bewusste Diversitynutzung

Die kulturelle Heterogenität der Lernenden stellt ein enormes Potential für die unterschiedlichen Aneignungssituationen dar. Um dieses Potenzial zu nutzen, verfügen Pflegepädagog*innen über unterschiedliche Handlungsstrategien, um Diversity bewusst einzubinden. Grundlegend müssen hierbei vor allem kulturelle Pauschalisierungen vermieden werden, um die Diversity der Lernenden zu erkennen. Dies kann realisiert werden, indem eine kontinuierliche Reflexion und ein Austausch z. B. über kulturelle Bilder und Rollenzuweisungen (Lehrende/Lernende, Mann/Frau) gemeinsam mit den Lernenden erfolgt. Zielstellung der Pflegepädagog*innen ist es dabei Raum zu schaffen, um den kulturellen Perspektivwechsel aktiv anzuregen. Die pflegepädagogischen Impulse für einen solchen kulturellen Austausch erfolgen in unterschiedlichen Varianten. Beispielsweise themenbezogen über das Rollenverständnis von Lehrenden und Lernenden, oder durch kulturelle Berichte (z. B. Fasten) aus der Lernendengruppe. Ebenso werden gemeinsame kulturspezifische Mahlzeiten genutzt, um darüber kulturelle Spezifika und Ansichten zu diskutieren. Für einen intensiven kulturellen Austausch werden vor allem Seminarformen als förderlich beschrieben. Seminare ermöglichen durch den längeren Zeitraum und einen intensiveren Kontakt der Lernenden und Lehrenden, genügend Freiraum für einen umfassenden Diskurs über kulturelle Standpunkte. Bewusst werden kulturelle Berichte aber auch durch Referate und Vorträge, als Aufgabenstellung in den Aneignungssituationen, durch die Pflegepädagog*innen initiiert. Vertiefende und subjektive Kulturberichte der Lernenden

werden durch die Pflegepädagog*innen aktiv gefördert, indem eine Vorstellung, auch unter der kulturellen Perspektive, gezielt am Ausbildungsbeginn erfolgt. Somit entsteht schon am Ausbildungsbeginn ein gegenseitiges Verständnis aller Beteiligten für mögliche andere Ansichten oder Verhaltensweisen untereinander. Die bewusste Auseinandersetzung mit divergenten kulturellen Sichtweisen und Standpunkten erfolgt auch über Impulse durch die Pflegepädagog*innen, indem persönliche Beispiele oder persönliche Berichte dieser eingebracht werden. Hierbei wird die Beziehung zwischen Lehrenden und Lernenden gestärkt, da durch die Darstellung eigener Erfahrungen mit anderen Kulturen, Lehrende transparenter erscheinen. Dies wird auch durch eine offene Gestaltung der Unterrichtseinstiege verfolgt, bei denen subjektive Erfahrungen oder Meinungen in den Vordergrund gestellt werden. Stellenweise werden die Lernenden auch gezielt zu kulturellen Standpunkten angesprochen, jedoch nur, wenn die Arbeitsatmosphäre innerhalb der Lernenden durch ein angemessenes Vertrauensverhältnis geprägt ist.

Insgesamt wird die Zielstellungen der Diversitynutzung in einem erhöhten Verständnis der Lernenden untereinander beschrieben. Dieses Verständnis kann durch wertschätzende kulturbezogene Diskussionen der Lernenden beobachtbar werden.

Vielseitige kulturelle Transferleistungen

Die interkulturelle pflegepädagogische Kompetenz verweist auf eine notwendige Transferkompetenz der Pflegepädagog*innen in den unterschiedlichen Aneignungssituationen. Transferkompetenz zeigt sich dabei in der Fähigkeit, zwischen den unterschiedlichen Kulturen zu vermitteln bzw. Brücken zu bauen, um ein gegenseitiges Verständnis zu ermöglichen. Die Transferleistungen umfassen beispielsweise die Vermittlung zwischen den unterschiedlichen kulturellen Ansichten bei einem Ausbildungsinhalt oder über das Unterrichtsverhalten der Lernenden. Aber auch an den praktischen Lernorten müssen Pflegepädagog*innen Transferkompetenz beweisen, indem sie hinsichtlich des Pflegeverständnisses oder einer vorherrschenden kulturspezifischen Arbeitskultur bei allen Beteiligten vermitteln. Die kulturelle Transferkompetenz der Pflegepädagog*innen verdeutlicht sich auch, indem kulturspezifische Erlebnisse, die eine Belastung für die Lernenden darstellen, zeitnah und intensiv reflektiert werden, um ein Verständnis der unterschiedlichen Situationen für die Lernenden zu ermöglichen. Bei Bedarf wird zwischen kulturellen Unterschieden im Team der Pflegenden oder der Klient*innen durch die Pflegepädagog*innen vermittelt. Dabei versuchen die Pflegepädagog*innen die Lebenswelt der Lernenden darzulegen und gleichzeitig Verständnis für die praktischen Einrichtungen zu erzielen, wenn Konflikte aufgrund der Kultur der Lernenden entstehen. Beispielsweise werden hierbei gemeinsame Lösungswege für die Religionsausübung während der Arbeitszeit gesucht.

Die kulturelle Transferfähigkeit erhält auch in unterschiedlichen Beratungssituationen besondere Relevanz. Lebenswelten zu verstehen und Beratungssituationen auf den individuellen kulturellen Standpunkten aufzubauen, zeichnet in diesem Handlungsbereich pflegepädagogische Professionalität aus. Dabei unterstützt der Transfer der eigenen Ansichten (z. B. Pflegeverständnis oder Bildungsverständnis) bzw. der Ausbildungsinhalte in die Lebenswelt der Lernenden, eine verbesserte Nachvollziehbarkeit durch die Pflegepädagog*innen.

Eine besondere kulturelle Transfersituation ist im Kontext des Bewerbendenassessment zu erkennen. Hier versuchen Pflegepädagog*innen, die Bewerbenden vor falschen Entscheidungen hinsichtlich der Berufswahl zu bewahren. Dabei werden in diesen Beratungssituationen die pflegerischen Arbeitsbereiche und das dort vorherrschende Pflegeverständnis dargestellt, um eventuelle kulturspezifische Hürden im Verlauf der Ausbildung vorwegzunehmen. Konkret wird dabei beispielsweise die Pflege des anderen Geschlechts angesprochen oder darauf verwiesen, dass auch in Aneignungssituationen Berührungen stattfinden. Die Pflegepädagog*innen achten in diesen Bewerbungssituationen besonders darauf, auf die notwendige Bereitschaft zur Teilnahme an Simulationen etc. hinzuweisen. Den Bewerbenden aus anderen Kulturen wird oft empfohlen, ein Berufspraktikum zu absolvieren, um festzustellen, ob die pflegerischen Anforderungen tatsächlich mit den kulturellen Vorstellungen vereinbar sind.

Die Zielstellung der pflegepädagogischen Transferleistungen ist stets in einer verbesserten Integration der Lernenden aus anderen Kulturkreisen zu erkennen.

Die besondere Sprachsensibilität

Hinsichtlich möglicher Sprachbarrieren hat die Diagnose der Sprachkompetenz grundlegende

Bedeutung. Dabei erfolgt die Diagnose vor allem durch Beobachtungen oder die aktive Teilnahme an Gruppenarbeiten, da die Lernenden hier sprachlich freier agieren als bei einzelnen Wortmeldungen. Die Diagnose erstreckt sich insgesamt über das Sprechen, das Verstehen sowie über das aktive Vorlesen von Texten und deren Zusammenfassung. Als eher hinderliches Verhalten der Pflegepädagog*innen wird das ungefragte Aufrufen von Lernenden mit Sprachbarrieren beschrieben, da hier die Gefahr der Bloßstellung und Demotivation entsteht. Aufbauend auf der Diagnose wurden unterschiedliche Handlungsstrategien analysiert. So wird es in unterschiedlichem Umfang ermöglicht, das Internet bzw. Wörterbücher zu nutzen. Uneinheitliche Handlungsstrategien bestehen ebenfalls bei der Arbeit mit Lesetexten. Diese werden beispielsweise durch die Pflegepädagog*innen bewusst überarbeitet, indem sie durch leichte Sprache vereinfacht werden oder unterschiedliche Visualisierungen eingefügt werden. Andererseits werden die Lesetexte bewusst im originalen Schwierigkeitsgrad beibehalten, um den Lernenden das erforderliche Sprachniveau zu verdeutlichen. Hinsichtlich der Textauswahl und der Arbeit mit Texten innerhalb der Aneignungssituationen herrscht bei den Pflegepädagog*innen eine bewusste Reflexion über die Art und Weise der Verwendung vor.

Vielseitige Förderungsstrategien

Die Pflegepädagog*innen beschreiben unterschiedliche und vielseitige Förderungsstrategien, um die Sprachbarriere zu überwinden. Hierbei wird beispielsweise mit Zeichnungen und Grafiken gearbeitet, um das inhaltliche Verständnis für die Unterrichtsinhalte zu fördern oder Arbeitsanweisungen zu verdeutlichen. Eine weitere Förderungsstrategie besteht im gemeinsamen lauten Lesen oder der Verschriftlichung pflegerischer Handlungsabläufe. Stellenweise wird ein separater Wiederholungsunterricht auf freiwilliger Basis nach dem eigentlichen Unterricht angeboten. Sprachliche Förderung vollzieht sich auch im Tandem mit jeweils einer Fachkraft für den Schwerpunkt Deutsch und einer Fachkraft für die inhaltlichen Aspekte, um Sprache und Inhalte gleichzeitig zu fördern. Wiederholungen werden individuell konzipiert und erfolgen in unterschiedlichen Settings (Gesamtklasse/getrennte Kleingruppen). Vor dem Hintergrund der Sprachbarriere wird die Verschriftlichung der Unterrichtsinhalte, beispielsweise in Form eines Handouts oder Skripts, als elementar und unumgänglich für erfolgreiche Aneignungssituationen beschrieben.

Sprachsensible Bewertungsstrategien

Die Sprachbarriere erfordert eine professionelle Konzipierung, Durchführung und Bewertung der Leistungsnachweise. Auch in diesem Bereich herrschen vielfältige und teilweise gegensätzliche Handlungsstrategien vor. So erfolgt beispielsweise die Korrektur der schriftlichen Leistungsnachweise stärker sinngemäß, indem inhaltlichen Aussagen trotz fehlerhaftem Ausdruck der Lernenden bewertet werden. Konkret versuchen hierbei die Pflegepädagog*innen, die inhaltliche Ebene der jeweiligen Antworten zu deuten. Ebenso erfolgen mündliche Nachprüfung der Lernenden, wenn die Leistungsnachweise erkennbar aufgrund der Sprachbarriere schlecht ausfallen. Es wird stellenweise eine spezifische Vorbereitung auf die Leistungsnachweise ermöglicht, indem Aufgabenstellungen gemeinsam entwickelt und korrekte Antwortmöglichkeiten detailliert besprochen werden. Bewusst werden in den Leistungsnachweisen Fragestellungen einfach formuliert bzw. diese durch andere Lehrende hinsichtlich des sprachlichen Verständnisses überprüft. Aber auch das Erläutern der Fragestellungen während schriftlicher Leistungsnachweise, stellt eine Handlungsstrategie dar, um das sprachliche Verständnis zu erhöhen und somit den Fokus auf die berufliche Handlungskompetenz zu lenken. Unterschiedliche Handlungsstrategien konnten auch hinsichtlich möglicher Zeitzuschläge bei Leistungsnachweisen ermittelt werden. Stellenweise wird auf kulturspezifische Einstellungen zu Bewertungen eingegangen, indem neben quantitativen Notenvergaben auch qualitative Aussagen erfolgen.

Fazit

Die dargestellten Aspekte einer interkulturellen pflegepädagogischen Kompetenz (Folgeseite), lassen für den Bereich der Aneignungssituationen ein breites Anforderungsprofil an Pflegepädagog*innen erkennen. Neben bewussten konzeptionellen Überlegungen (kulturspezifische Bedingungsanalyse, kultursensibles didaktisch-methodisches Vorgehen), benötigt der professionelle Umgang mit Lernenden aus anderen Kulturen auch bewusste Beziehungsgestaltung, um Diversity in den Aneignungssituationen bereichernd zu integrieren. Die zugrundeliegende empirische Analyse verweist auf unterschiedliche Kompetenzanforderungen und lässt vielseitige Handlungsstrategien von Pflegepädagog*innen im Umgang mit kulturell heterogenen Lernenden erkennen. Gleichzeitig wird deutlich, dass vor allem zeit-

liche und personelle Ressourcen benötigt werden, um Beziehungen gestalten zu können oder bei bestehenden Sprachbarrieren Förderung zu ermöglichen.

Angesichts der dargestellten unterschiedlichen Handlungsstrategien und deren Begründungen, wird die Relevanz eines kultursensiblen pflegepädagogischen Konzepts deutlich. Solche Konzepte können eine einheitliche Handlungsbasis der Pflegepädagog*innen im Sinne eines bildungseinrichtungsspezifischen Konsenses darstellen und fundieren gleichzeitig ein erforderliches kulturspezifisch individuelles Vorgehen (Wimmer & Altrichter, 2017, S. 215 ff.). Weitere Analyseergebnisse verweisen darauf, dass der professionelle Umgang mit der kulturellen Heterogenität der Lernenden ein zentrales Thema der Schulentwicklungsprozesse sein muss. Hier kann sich ein professioneller Umgang mit der kulturellen Heterogenität beispielsweise in den Bereichen Unterrichts- oder Personalentwicklung zeigen (Kempfert & Rolff, 2018). Die professionelle Gestaltung der Ausbildung für Lernende aus anderen Kulturen verweist aber auch in den Bereich der pflegepädagogischen Aus- und Fortbildung. Hier müssen interkulturelle Kompetenzen kontinuierlich während der gesamten beruflichen Biografie auf- und ausgebaut werden (Terhart, 2013, S. 70 f.). Vor allem die interkulturelle Kommunikations- und Reflexionskompetenz stellen fundierende Kompetenzen dar, die es in der pflegepädagogischen Bildung zu berücksichtigen gilt.

Die Analyseergebnisse verweisen hinsichtlich der verschiedenen Handlungsstrategien auf ein pflegepädagogisches Bildungs- und Pflegeverständnis, welches zum



Abbildung 1: Interkulturelle Kompetenzen und Handlungsstrategien (eigene Darstellung).

einen als Handlungsbegründung genutzt wird, gleichzeitig aber auch eine hohe Subjektivität aufweist. Somit kann ein subjektives pflegepädagogisches Bildungs- und Pflegeverständnis auch die Ursache für unterschiedliche und sich teilweise widersprechende pflegepädagogische Handlungen darstellen.

Der vorliegende Artikel fokussierte interkulturelle pflegepädagogische Kompetenzanforderungen und Handlungsstrategien mit dem Fokus der Aneignungssituationen. Damit konnte ein Teilbereich des pflegepädagogischen Aufgabenspektrums abgebildet werden. Erweitert man die Perspektive um weitere pflegepädagogische Handlungen, werden weitere Kompetenzelemente im Kontext der kulturellen Heterogenität erkennbar (Mittenzwei, 2020, S. 213 ff.). Diese verweisen auf professionsspezifische Merkmale der Pflegepädagogik, die zunehmend an Bedeutung gewinnen werden und einen intensiven Diskurs erfordern.

Literatur

Clement, U. & Piotrowski, A. (2008). Kompetenz zwischen Potenzial und Standard. Stuttgart: Steiner.

Kempfert, G. & Rolff, H.-G. (2018). Handbuch Qualität und Evaluation: Ein Leitfaden für Pädagogisches Qualitätsmanagement (5., vollst. überarb. u. erw. Aufl.). Weinheim: Beltz.

Mayring, P. (2010). Qualitative

Inhaltsanalyse. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie (S. 601-613). Wiesbaden: VS.

Mecheril, P. & Vorrink A. J. (2017). Chancengleichheit und Anerkennung. Normative Referenzen im Diskurs um Heterogenität und Bildungsgerechtigkeit. In T. Bohl, J. Budde & M. Rieger-Ladich (Hrsg.), Umgang mit Heterogenität in Schule und Unterricht (S. 43-59). Bad Heilbrunn: Klinkhardt.

Mittenzwei, M. (2020). Interkulturelle Kompetenz als Beitrag für die professionelle pflegepädagogische Kompetenz. Eine empirische Analyse zur pflegepädagogischen Kompetenzforschung. Hannover: Gottfried Wilhelm Leibniz Universität.

Reinders, H. & Ditton, H. (2015). Überblick Forschungsmethoden. In H. Reinders, H. Ditton, C. Gräsel & B. Gniewosz (Hrsg.), Empirische Bildungsforschung. Strukturen und Methoden (S. 49-56). Wiesbaden: Springer.

Rosenthal, G. (2014). Interpretative Sozialforschung. Eine Einführung. Weinheim: Beltz.

Scherr, A., Janz, C. & Müller, S. (2015). Einleitung: Ausmaß, Formen und Ursachen der Diskriminierung migrantischer Bewerber/innen um Ausbildungsplätze. Forschungsergebnisse, Forschungsdefizite und Kontroversen. In A. Scherr (Hrsg.), Diskriminierung migrantischer Jugendlicher in der beruflichen Bildung. Stand der Forschung, Kontroversen, Forschungsbedarf (S. 9-32). Weinheim: Beltz.

Statistisches Bundesamt (2021). Bildung. Auszug aus dem Datenreport 2021. Verfügbar unter chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fwww.destatis.de%2FDE%2FService%2FStatistik-Campus%2FDatenreport%2FDownloads%2Fdatenreport-2021-kap-3.pdf%3F__blob%3DpublicationFile&clen=3189780 [30.03.2022].

Terhart, E. (2007). Erfassung und Beurteilung der beruflichen Kompetenz von Lehrkräften. In M. Lüders & J. Wissinger (Hrsg.), Forschung zur Lehrerbildung. Kompetenzentwicklung und Programmevaluation (S. 37-62). Münster: Waxmann.

Terhart, E. (2013). Erziehungswissenschaft und Lehrerbildung. Münster: Waxmann.

Wimmer, B. & Altrichter, H. (2017). Heterogenität als Thema von Einzelschulentwicklung. In T. Bohl, J. Budde & M. Rieger-Ladich (Hrsg.), Umgang mit Heterogenität in Schule und Unterricht (S. 207-221). Bad Heilbrunn: Klinkhardt.



Eingereicht:
Genehmigt:

doi: 10.52205/llig/23

Bedingungen der Lernortkooperation und des Theorie-Praxis-Transfers in der Pflegeausbildung – ein empirischer Beitrag aus dem Projekt „ViRDiPA“



Lydia Pfeifer M.A.
arbeitet als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Fachhochschule Bielefeld am Institut für Bildungs- und Versorgungsforschung im Gesundheitsbereich. Im Projekt ViRDiPA arbeitet sie am pflegedidaktischen Schwerpunkt des Projekts mit und ist für die Durchführung der Bedarfs- und Bedingungsanalyse sowie der Evaluation zuständig.



Prof.in Dr.in Patrizia Raschper
ist Professorin für Pflegewissenschaft mit dem Schwerpunkt Pflegedidaktik an der FH Bielefeld und begleitet im Projekt ViRDiPA insbesondere die Konzeption der Schulungen und Lehr-Lernmaterialien aus pflegedidaktischer Perspektive.

Abstract Deutsch

Dem Pflegenotstand kann begegnet werden, indem Qualität und Attraktivität der Pflegeausbildung gesteigert werden. Diese Zielstellung verfolgt das Projekt „ViRDiPA“ mithilfe einer Fortbildung für das Bildungspersonal. Um Bedarfe und Bedingungen im Hinblick auf eine zielgruppensensible Konzeption zu analysieren, wurden Expert*innen- und Gruppeninterviews geführt, deren Ergebnisse und Implikationen in diesem Beitrag auszugsweise vorgestellt werden. Übereinstimmend mit der Fachliteratur berichten die Interviewteilnehmenden von Verbesserungsbedarf in den Bereichen Lernortkooperation, Theorie-Praxis-Transfer und Lernaufgaben. Folglich ist das Kernelement der Fortbildung die Zusammenarbeit zwischen betrieblichem und schulischem Bildungspersonal bei der Erstellung und lernortübergreifenden Umsetzung von Lernaufgaben, die mit Virtueller Realität (VR) unterstützt werden. So können praxisrelevante und an wissenschaftlichen Erkenntnissen orientierte Lernaufgaben entstehen, die dazu beitragen, Verbesserungspotenziale in Theorie-Praxis-Transfer und Lernortkooperation zu erschließen, um so in Kombination mit dem Einsatz von VR-Technologie die Pflegeausbildung zu verbessern und ihre Attraktivität zu steigern.

Abstract Englisch

Increasing the quality and attractiveness of nursing education can help counteract the problem of nursing shortage. The project „ViRDiPA“ aims to reach these goals by implementing a program for advanced training. In order to analyze needs and conditions, expert and group interviews were conducted. The nursing-related results and implications are presented in this paper. Consistent with the literature, the interview participants report a need for improvement in the areas of learning-site-cooperation, theory-practice-transfer, and „Lernaufgaben“. Therefore, the core element of the training is cooperation between different groups of educational personnel in the creation and collaborative implementation of virtual reality (VR)-„Lernaufgaben“. This way, „Lernaufgaben“ can be created that are oriented to scientific findings and relevant to practice. In combination with the use of VR-technology they will contribute to the improvement of theory-practice-transfer and learning site cooperation, in order to improve nursing training and make the profession more attractive.

Einleitung

Die Bewältigung der Corona-Pandemie stellt für Pflegefachpersonen eine außergewöhnlich hohe Belastung dar. Hinzu kommt die Verschärfung des seit Jahren bekannten Pflegenotstands, der zunehmend zum akut gesellschaftspolitischen Problem wird (Rothgang et al. 2020a). Die Zahlen sind eindeutig: In Pflegeheimen werden ein Drittel mehr Pflegekräfte gebraucht, um eine angemessene Versorgung sicherstellen zu können. Um dieser Herausforderung zu begegnen, traten in den letzten Jahren einige gesetzliche Änderungen in Kraft. Exemplarisch wird hier das Pflegeberufegesetz (PflBG) genannt, welches die Gestaltung einer generalistischen Pflegeausbildung mitbegründet hat. Ziele der politischen Interventionen sind unter anderem die Erhöhung der Ausbildungszahlen, die Verbesserung der Qualität der Ausbildung und der Ausbau der Digitalisierung in der Pflege. So soll das Berufsfeld attraktiver werden, um dem Fachkräftemangel begegnen zu können (Rothgang 2020b). Das vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderte Forschungsprojekt „Virtual Reality basierte Digital Reusable Learning Objects in der Pflegeausbildung“ (ViRDiPA) setzt an den genannten Ausgangspunkten an. Die Fachhochschule Bielefeld, die Universität Bielefeld, die Hochschule Emden-Leer und der Verein „Neue Wege des Lernens e.V.“ entwickeln, erproben und evaluieren als interdisziplinärer Forschungsverbund ein Qualifizierungskonzept für Bildungspersonal in der Pflegeausbildung. Um die Voraussetzungen des Bildungspersonals und der Bildungseinrichtungen hinreichend bei der Entwicklung des Qualifizierungskonzeptes zu berücksichtigen, wurde im Vorfeld eine Bedarfs- und Bedingungsanalyse durchgeführt, in deren Rahmen Beschäftigte von drei kooperierenden Praxispartnern befragt wurden. Im vorliegenden Beitrag werden die Ergebnisse dieser Interviews vorgestellt und die abgeleiteten pflegepädagogischen Anforderungen an das Fortbildungskonzept dargelegt.

Hintergrund

Theorie-Praxis-Transfer

Um im Berufsalltag wissensbasiert zu handeln, ist es notwendig, dass Auszubildende in der Theorie erlerntes Wissen in der Praxis anwenden können. Im Bereich der Pflegeausbildung werden jedoch der Theorie-Praxis-Transfer sowie die betriebliche Ausbildungssituation insgesamt deutlich bemängelt (Schweibert & Heil 2020, Joeres, Hanuschke & Mischker 2004). Der Ausbildungsreport Pflege belegt, dass viele Auszubildende sich nicht gut angeleitet fühlen und auch die Absprachen über Lernziele zwischen schulischem und betrieblichem Bildungspersonal unzureichend sind. (Verdi 2015). Wenn Anleitungen durchgeführt werden, bestehen diese zumeist nur aus einem einmaligen Einüben von berufsrelevanten Fertigkeiten. Zum Erreichen einer Handlungssicherheit ist hingegen mehrmaliges Wiederholen notwendig, um stabile und schnelle Verknüpfungen im Gehirn herzustellen (Schmal 2017). Das separate Einüben von Fertigkeiten allein ist jedoch zur Sicherung des Theorie-Praxis-Transfers nicht ausreichend. Pflegeunterricht erfordert einen Situationsbezug, da in Anlehnung an Darmann (2000) sonst die Gefahr besteht, dass nur unzureichende Verbindungen zwischen theoretischem Wissen und der zu bewältigenden Situation in der Praxis hergestellt werden können.

Lernaufgaben

Über einen längeren Zeitraum haben sich zur Förderung des Theorie-Praxis-Transfers Lernaufgaben in der Pflegeausbildung etabliert. Der Einsatz von Lernaufgaben ermöglicht das Aufgreifen von Wissen, das im schulischen Kontext erworben wurde und die Übertragung auf eine individuelle Pflegesituation, die die Auszubildenden im beruflichen Kontext erleben. Im Rahmen der Fortbildung im Projekt ViRDiPA wird das Lernaufgabenkonzept nach Müller (2013) genutzt, da es mit den didaktisch-pädagogischen Grundsätzen des Rahmenlehrplans übereinstimmt und zudem in der Literatur umfassend beschrieben sowie fachdidaktisch begründet und evaluiert ist. Lernaufgaben greifen typische Arbeitssituationen bzw. Arbeitsaufträge auf, um diese methodisch für das Lernen aufzubereiten. Ausgerichtet ist diese Verbindung von Arbeiten und Lernen auf einen umfassenden Bildungsprozess und hierbei vor allem auf die Kompetenzentwicklung. (Schulisches) Theoriewissen wird mit (praktischem) Erfahrungswissen verknüpft, um die reflexive Handlungsfähigkeit zu fördern und die Lernenden somit zu befähigen, zukünftige Arbeitsanforderungen zu bewältigen (Dehnbostel 1994, Pahl 1998, Wilke-Schnaufer et al. 1998, Pätzold/Lang 2001, Schöpf 2005 zitiert nach Müller 2009). Müller (2009) konstatiert nach der Erprobung der von ihm entwickelten Lernaufgaben, dass diese geeignet sind, Reflexionsprozesse zum beruflichen Handeln in der Pflege zu ermöglichen und so die Entwicklung beruflicher Handlungskompetenz zu unterstützen.

Die Arbeit mit Lernaufgaben gliedert sich in fünf Phasen (vgl. Müller 2013):

Die Phase 1 ‚Kommentar' dient der Besprechung des Inhaltes einer Aufgabe mit der Zielstellung, die Lernaufgabe zu einem Vorhaben der Lernenden zu machen.

In Phase 2 ‚Ziele' werden Zielvereinbarungen getroffen, so dass ein transparenter Lehr-Lernprozess möglich wird.

Phase 3 ‚Annäherung' dient dem Bewusstmachen von Vorerfahrungen und bereits vorhandenen Handlungsstrategien. So kann die Lehrperson feststellen, ob die vorhandenen Handlungsstrategien für die Bewältigung der beruflichen Handlungsanforderung vorhanden und geeignet sind.

Die Phase 4 dient der ‚Durchführung' der Pflegehandlung und findet bislang traditionell in der Pflegepraxis am Patientenbett statt.

In Phase 5 ‚Reflexion' wird die Durchführung der Aufgabe anhand konkreter Reflexionsfragen nachvollzogen, analysiert und kritisch reflektiert (Müller 2013).

Lernortkooperation

Lernortkooperation umfasst die organisatorische und didaktische Zusammenarbeit des Bildungspersonals der an der beruflichen Bildung beteiligten Lernorte. Ziel ist die Sicherstellung beruflicher Handlungsfähigkeit der Auszubildenden (KMK 2018). Die Lernortkooperation in der Pflegeausbildung schließt die Lernorte Schule, kooperierende Praxiseinrichtungen sowie den „dritten" Lernort (Skills Lab) ein, der als schulisches Simulationszentrum die Möglichkeit bietet, Handlungsvollzüge und komplexe Situationen zu simulieren und zu trainieren. Eine gelungene Lernortkooperation bildet als organisatorisch-didaktische Rahmung die Grundlage für einen erfolgreichen Theorie-Praxis-Transfer.

Durch verpflichtende Vorgaben im Zuge der Umsetzung der Pflegeberufereform ab 01.01.2020 wurde auf die bestehende Problemlage reagiert. Mittels des PflBG und der neugestalteten Ausbildungs- und Prüfungsverordnung werden die Pflegeschulen wie auch die Träger der kooperierenden Praxiseinrichtungen gesetzlich verpflichtet, auf Basis eines von einer Fachkommission auf Bundesebene erarbeiteten Rahmenlehrplans und eines Rahmenausbildungsplans integrierte Bildungspläne für die theoretische und praktische Ausbildung zu entwickeln (§§ 2, 50 PflAPrV). Damit kommt den Ausbildungsverantwortlichen an beiden Lernorten eine gemeinsame curriculare Verantwortung zu.

Methodisches Vorgehen

Im Rahmen der Bedarfs- und Bedingungsanalyse für das Projekt ViRDiPA wurden zwischen April und August 2020 fünf Expert*innen- und drei Fokusgruppeninterviews geführt. Die leitfadengestützten Interviews zielten auf die Erhebung von Rahmenbedingungen bei den beteiligten Praxispartnern ab. In den Expert*inneninterviews wurden die Schulleitungen der kooperierenden Praxiseinrichtungen befragt, während an den Fokusgruppeninterviews fünf bis sieben Lehrkräfte und Praxisanleitende teilnahmen.

Mithilfe der entwickelten Leitfäden wurden sowohl pflege- und mediendidaktische Ausgangsbedingungen als auch die technische Ausstattung und Erfahrung sowie organisatorische Rahmenbedingungen der Fortbildung erhoben. Die Interviews wurden mithilfe der strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) ausgewertet. Im vorliegenden Text werden die Ergebnisse vorgestellt, die sich auf Lernortkooperation, Theorie-Praxis-Transfer und Lernaufgaben beziehen. Die den anderen Kategorien zugehörigen Ergebnisse wurden in einem mediendidaktisch orientierten Working Paper veröffentlicht (Bartolles & Kamin 2021).

Ergebnisdarstellung

Die Ergebnisse der Interviewstudie werden im Folgenden gekürzt wiedergegeben. Eine ausführlichere Darstellung der Erkenntnisse findet sich in einem zu diesem Thema veröffentlichten Working Paper (vgl. Pfeifer et al. 2021).

Lernortkooperation

Aufgaben- und Handlungsfelder der Lernortkooperation

Im Folgenden werden die Formate dargestellt, die von den Interviewten dem Handlungsfeld der Lernortkooperation zugeordnet und in den Einrichtungen bereits umgesetzt werden oder geplant sind. Die Formate sind im Text erläutert und zur Übersicht in Tabelle 1 dargestellt.

Der Gestaltung von Lehre und Prüfungen lassen sich mehrere Formate zuordnen. So erhalten Lehrkräfte und Praxisanleitende im Rahmen von praktischen Prüfungen eine Möglichkeit zum Austausch im Kontext von Praxissituationen. Ein Auszubildenden-Forum ist eine weitere Form der gemeinsamen Arbeit: Ausgewählte Themen werden einer Gruppe Auszubildenden durch Praxisanleitende, Lehrkräfte oder Fachexpert*innen vorgestellt und mit ihnen diskutiert. Skills Lab-Tage ergänzen die Möglichkeit zum praktischen Üben für Auszubildende im handlungsentlasteten Raum, geplant von einer Lehrkraft und durchgeführt

gemeinsam mit Praxisanleitenden und Auszubildenden. Erwähnenswert sind auch Besuche des Lernort Praxis durch die gesamte Klasse mit einer Lehrkraft. Ein etabliertes Format ist die Praxisbegleitung durch die Lehrkräfte: Die Lehrkräfte besuchen die Auszubildenden im Praxiseinsatz und übernehmen hier betreuende und bewertende Aufgaben. Zudem dient die Praxisbegleitung auch der Aufrechterhaltung des Kontakts zum betrieblichen Bildungspersonal. Im Gegenzug besuchen seltener auch Praxisanleitende zur Hospitation oder Mitgestaltung den Unterricht.

Auch Rahmenbedingungen und Strukturen können der Lernortkooperation dienen, wie folgende Beschreibungen zeigen: Hier werden koordinierende Aufgaben im Hinblick auf die praktische Ausbildung genannt. Hiermit ist gemeint, dass die Praxiseinsätze der Auszubildenden zentral in der Schule geplant und organisatorisch mit dem Unterricht abgestimmt werden. Zudem wird der Ausbildungsnachweis erwähnt, welcher eine Übersicht über vermittelte Theoriethemen, Praxisanleitungen und Lernaufgaben bietet und somit zur Abstimmung der praktischen und theoretischen Lerninhalte aufeinander dient. Zur (Weiter-) Entwicklung der Curricula von Schule und Praxiseinrichtungen finden sich Lehrkräfte und Praxisanleitende in untereinander vernetzten Arbeitsgruppen zusammen, um die curricularen Einheiten und Kompetenzbereiche zu planen. Zudem werden in diesem Kontext Kompetenzerwerbsprofile für das praktische Curriculum in Zusammenarbeit verschiedener Gruppen von Praxisanleitenden entwickelt. In einer Einrichtung wird eine Online-Plattform zum Austausch zwischen Lehrkräften, Praxisanleitenden und Auszubildenden als Möglichkeit zur Gestaltung des Austauschs zwischen Bildungspersonal und Auszubildenden geplant.

Dem informellen Austausch lassen sich folgende Beschreibungen zuordnen. Zunächst wird genannt, dass Lehrkräfte die Praxiseinrichtungen besuchen, sich die Bedingungen anschauen, Gespräche mit den Leitungskräften führen oder während des Berufsalltags hospitieren. Hinzu kommt ein telefonischer Austausch zwischen Lehrkräften und ausgewählten Praxisanleitenden. Schließlich gelten in der Schule angestellte Praxisanleitende als Vermittlung. Diese besuchen regelmäßig die Praxiseinrichtungen, sodass sie eine vermittelnde Funktion zwischen betrieblichem und schulischem Bildungspersonal übernehmen können.

Der formelle Austausch zwischen Schule und Praxis wird durch verschiedene Formate geprägt. Dies ist zunächst das Zirkeltreffen oder die Lenkungsgruppe: Mehrmals jährlich kommen die Praxisanleitenden zusammen, um von der Schulleitung oder bestimmten Lehrkräften zu aktuellen Ereignissen in der Schule informiert zu werden und in einen Austausch zu kommen. Die Fort- und Weiterbildung der Praxisanleitenden wird von Lehrkräften durchgeführt. Auch in den Ausbildungsgesprächen kooperieren ausgewählte Lehrkräfte, Praxisanleitende und die entsprechende Stationsleitung und besprechen einsatzspezifische Themen.

Um nachvollziehen zu können, wo Unterstützungsbedarf bei den beteiligten Einrichtungen bezüglich der Lernortkooperation besteht, wurden die Interviewten gezielt nach Herausforderungen und Schwierigkeiten bei der Lernortkooperation gefragt.

Die Interviewten berichten, dass ihnen der Austausch zwischen betrieblichem und schulischem Bildungspersonal fehlt. Es besteht häufig nur problembezogener Austausch ohne klare Abspra-

Tabelle 1: Übersicht über Aufgaben- und Handlungsfelder der Lernortkooperation

Gestaltung von Lehre und Prüfungen	Rahmenbedingungen und Strukturen	Informeller Austausch	Formeller Austausch
Praxisbegleitung	Koordinierende Aufgaben im Hinblick auf die praktische Ausbildung	Besuch der Praxiseinrichtungen durch Lehrkräfte	Zirkeltreffen, Lenkungsgruppe
Hospitation oder Mitgestaltung des Unterrichts durch Praxisanleitende	Vernetzte Arbeitsgruppen zur Curricularen Entwicklung	Telefonischer Austausch	Fort- und Weiterbildung der Praxisanleitenden
Besuche des Lernort Praxis mit der Klasse	Führen des Ausbildungsnachweises	Praxisanleitende als Vermittlung	Ausbildungsgespräch
Vorbereitung von Skills Lab-Tagen	Betreuung einer Online-Plattform		
Durchführung von praktischen Prüfungen			
Gestaltung eines Auszubildenden-Forum			

Tabelle 1: Übersicht über Aufgaben- und Handlungsfelder der Lernortkooperation

chen, sodass Informationen darüber fehlen, was die Auszubildenden im anderen Lernort vermittelt bekommen oder geübt haben.

„Kontakt gibt es meistens, wenn es Probleme gibt. Und dann gibt es entweder Kontakt eben von der Kursleitung zur Praxisanleitung, so auf der Ebene oder wenn es ganz dramatisch ist, vom Schulleiter mit der Pflegedienstleitung. Lernortkooperation sollte meiner Meinung nach ja mehr sein als nur bei Problemen dann eben in Kontakt zu treten."

Die interviewten Schulleitungen betrachten systemimmanente Schwierigkeiten als große Hürde für die Gestaltung von Lernortkooperation. Konkret benannt wird das unterschiedliche Verständnis des Auftrags der praktischen Ausbildung. Aus Sicht der Schulleitung fehlt das Selbstverständnis der Praxiseinrichtungen als Lehr- und Lernort:

„Und ich glaube, was auch noch eine große Rolle spielt, das ist, […], dass wir einfach einen anderen Auftrag haben, wenn man das systemisch betrachtet, also, dass es einfach den Versorgungsauftrag in der Praxis gibt, der da vordergründig ist. Und für uns ist der Bildungsauftrag an erster Stelle. Und wenn wir dann damit in die Praxis gehen, da ist der Bildungsauftrag nicht immer so präsent."

Die Sicht einer*eines Praxisanleitenden auf die Lernortkooperation fällt anders aus. Es wird der Wunsch formuliert, dass die Praxiseinrichtungen als eigenständige Lernorte wahrgenommen werden und nicht nur den Schulen Rechenschaft schuldig sind.

Theorie-Praxis-Transfer

Methoden und Instrumente des Theorie-Praxis-Transfers

Um die angestrebte Verbesserung des Theorie-Praxis-Transfers an den tatsächlichen Bedarfen der beteiligten Einrichtungen ausrichten zu können, wurden die Interviewten nach bereits eingesetzten Methoden und Instrumenten des Theorie-Praxis-Transfers gefragt. Die genannten Formate wurden dem Lernort zugeordnet, an dem sie umgesetzt werden. Einen Überblick über die genannten Formate bietet Tabelle 2. Im Folgenden werden die Methoden und Instrumente der einzelnen Lernorte beschrieben.

Am Lernort Schule sind einige Methoden verortet, wie zunächst die Vorbereitung der Praxiseinsätze im Unterricht, wofür die behandelten Themen rekapituliert und Lernaufgaben festgelegt werden, die die Auszubildenden im jeweiligen Praxiseinsatz bearbeiten sollen. Dementsprechend zielt auch die Nachbereitung der Praxiseinsätze auf die Verbesserung des Theorie-Praxis-Transfers ab, indem die Praxiserfahrungen der Auszubildenden in Kleingruppen diskutiert werden, woran sich die Klärung offener Fragen im Plenum anschließt. Zudem findet in der Schule praktischer Unterricht im Demonstrationsraum oder Simulationsbereich statt, sodass Praxisanforderungen im geschützten Raum eingeübt werden können. Im Sinne des Praxisbezugs werden die Praxisanleitenden hierzu teilweise eingebunden. Ähnlich sind Performanzprüfungen ausgerichtet, die am Lernort Schule mit Praxisanleitenden als schauspielernde Patient*innen umgesetzt werden. Im Rahmen von Fallstudien präsentieren Auszubildende komplexe Fallbeispiele aus den Praxiseinsätzen, die sie mit pädagogischer Unterstützung aufgearbeitet haben. Wie oben dargelegt, übernehmen die in der Schule angestellten Praxisanleitenden eine Vermittlungsrolle zwischen Schule und Praxiseinrichtung, indem sie unter anderem die Praxiseinrichtungen zur Themensetzung des Unterrichts beraten, zum Beispiel zu Pflegediagnostik, damit Auszubildende in Theorie und Praxis ähnliches Wissen vermittelt bekommen.

Die Interviewten berichten im Vergleich zum schulischen Lernort von einer geringer ausgeprägten Methodenvielfalt am Lernort Praxis. Hierzu zählen sie lediglich die Methode der Schulstation, welche dadurch charakterisiert wird, dass Auszubildende für drei Wochen unter Anleitung von Praxisanleitenden die Leitung und alltägliche Arbeit einer Station übernehmen. Zudem wird der erste Praxiseinsatz der Auszubildenden durch sogenannte Orientierungs- oder Einführungstage eingeleitet, bei denen die Auszubildenden Informationen zu den Strukturen und Abläufen der Praxiseinrichtung oder bestimmte Beobachtungsaufträge erhalten.

Im Kontext folgender Methoden agieren die Lernorte Schule und Praxiseinrichtung, um Theorie-Praxis-Transfer zu ermöglichen: Es werden Lern- und Transferaufgaben sowie Praxisaufträge als erfolgreich eingesetztes Mittel zur Verbesserung des Theorie-Praxis-Transfers eingesetzt. Die Ausgestaltung dieser Aufgaben und Aufträge wird allerdings unterschiedlich verstanden. Konsens besteht darüber, dass diese Aufgaben der Vernetzung von theoretischem und praktischem Wissen dienen sollten. Die tatsächliche praktische Zusammenarbeit der beiden Lernorte beim Einsatz

von Lern- und Transferaufgaben sowie Praxisaufgaben scheint allerdings Schwierigkeiten mit sich zu bringen, wie im nächsten Kapitel dargelegt wird. Als weiteres Format wird ein Flowchart eingesetzt, das die gezielte Reflexion von Theorie-Praxis-Diskrepanzen ermöglichen soll. Es gibt den Auszubildenden konkrete Möglichkeiten und Abfolgen vor, wie sie wahrgenommene Unterschiede zwischen Unterricht und Praxiserfahrung reflektieren können, also beispielsweise im Unterricht, im Ausbildungsforum oder in der Praxisbegleitung.

Tabelle 2: Übersicht über die Methoden und Instrumente des Theorie-Praxis-Transfers

Lernort Schule	Lernort Praxis	Beide Lernorte	Virtueller Raum
Vor- und Nachbereitung der Praxiseinsätze	Schulstation	Lern- und Transferaufgaben sowie Praxisaufträge	Geschütztes Online-Forum zum Austausch der Lernenden
Methoden des praktischen Unterrichts	Orientierungs-/ Einführungstage	Flowchart zur Reflexion von Theorie-Praxis-Diskrepanzen	
Performanzprüfungen			
Fallstudien			
Beratung der Praxiseinrichtungen zu Unterrichtsthemen			

Tabelle 1: Übersicht über Aufgaben- und Handlungsfelder der Lernortkooperation

Zuletzt wird eine Methode genannt, die im virtuellen Raum verortet ist. Eine Lehrkraft berichtet von einem geschützten Online-Forum, in dem Auszubildende während ihrer Praxisphasen Fragen stellen können, die sie im Patient*innenkontakt beschäftigen. Einer Frage werden drei andere Auszubildende zugeordnet, die zu der Frage beraten sollen. Die Kommunikation wird von Lehrkräften und Praxisanleitenden moderiert und begleitet. Dieses Forum wird in den befragten Einrichtungen nicht umgesetzt, hat aber das Interesse des Bildungspersonals geweckt.

Schwierigkeiten beim Theorie-Praxis-Transfer

In den Interviews berichtete das Bildungspersonal von Schwierigkeiten und Herausforderungen im Hinblick auf den Theorie-Praxis-Transfer. Die Ergebnisse, die sich dieser Kategorie zuordnen ließen, werden im Folgenden dargelegt.

Loyalitätsprobleme der Auszubildenden

Die Interviewten berichten, dass die Auszubildenden gehemmt seien, von Praxiserlebnissen zu berichten, die nicht dem in der Theorie Gelernten entsprechen, da „man das auch manchmal, haben die Auszubildenden gesagt, ja als Petzen empfindet, wenn man dann in der Schule sagt, wie man das in der Praxis anders erlebt hat“.

Unterschiedliches Ausbildungsverständnis

Eine Schulleitung bezeichnet es als eine didaktische Herausforderung, dass das betriebliche Bildungspersonal einem tätigkeitsorientierten Ausbildungsverständnis folgt, was sich insbesondere bei der Gestaltung von Lernaufgaben zeigt.

Differierende Lerninhalte in Schule und Praxiseinrichtung

Didaktische Probleme in der Zusammenarbeit werden auch am Instrument der Pflegeplanung deutlich. Während die Pflegeplanung in der Schule explizit geübt wird, wird sie in den Praxiseinrichtungen nicht angewandt oder als impliziter Prozess verstanden, sodass die Auszubildenden das im Unterricht erlernte Vorgehen nicht im Praxiseinsatz erproben können, wie aus dem folgenden Zitat hervorgeht:

„Und da fehlt die Verknüpfung zum Lernort, was Pflegeplanung angeht. Da haben wir das große Problem eben, dass eher das Thema auf den Stationen so gut wie gar nicht vorkommt. […] Aber das ist ein großes Problem, wenn Auszubildende etwas von uns lernen, auch von uns Praxisanleitern, aber am Lernort selber nie sehen und die Leute dort am Lernort sagen: ‚Kann ich nicht, gehe zu deinem PA, ne?‘“

Implizites Umsetzen wird für Lernende nicht transparent gemacht

Ein*e Praxisanleiter*in widerspricht dieser Aussage insofern, als dass die Pflegeplanung ein Teil des Pflegeprozesses ist und dieser durchaus auch in der Praxis durchgeführt wird, nur nicht explizit in schriftlicher Form. Es sei hilfreich, Lernaufgaben zu den entsprechenden Themen so zu gestalten, dass der Unterschied zwischen dem in der Theorie gelernten und dem in der Praxis beobachteten Pflegeprozess reflektiert werden kann.

Fehlende Berücksichtigung der üblichen Praktiken im theoretischen Unterricht

Eine Lehrkraft beschreibt, dass sie als Auszubildende irritiert war, wenn sie eine Pflegehandlung in der Schule anders vermittelt bekommen hat, als es in der Praxiseinrichtung umgesetzt wird. Sie wünscht sich, dass Lehrkräfte die in den Praxiseinrichtungen üblichen Handlungsabläufe berücksichtigen und bei Eignung in ihren Unterricht aufnehmen, um den Auszubildenden aufeinander abgestimmte Inhalte vermitteln zu können. Als möglicher Berührungspunkt mit erfahrungsbasiertem Wissen wird die Reflexion von Lernaufgaben im Unterricht genannt.

Lernaufgaben

Einschätzung von Lernaufgaben

Den Interviewten sind Lernaufgaben als Methode bekannt, die schon lange eingesetzt wird und auch in der generalistischen Pflegeausbildung eingesetzt werden soll. Lernaufgaben werden von den Schulleitungen als „wichtiges Instrument für den Theorie-Praxis-Transfer“ gesehen.

Aus dem folgenden Zitat geht die Bedeutung von Lernaufgaben für die Verknüpfung von praktischem Wissen mit Theoriewissen hervor:

„Weil ich meine, das ist doch ein Problem, was wir in der Pflege haben, dass das praktische Wissen an vielen Stellen verloren geht und wir uns theoretisch irgendwie durchschlagen mit irgendwelchem Bücherkram […] Und das wäre doch zum Beispiel was, wo wir gucken könnten, wenn diese beiden Punkte zusammenkommen können über die Auswertung von Lernaufgaben, dann könnten wir das sicherstellen. Und das wäre zum Beispiel was, da könnte man Unterstützung gebrauchen.“

Sowohl beim betrieblichen als auch beim schulischen Bildungspersonal besteht eine Unzufriedenheit mit der Ausgestaltung der aktuellen Lernaufgaben. Neben dem zugrundeliegenden veralteten Pflegeverständnis kritisieren sie auch die fehlende Bandbreite an Komplexitätsgraden für unterschiedliche Ausbildungsstände. Bei Teilen des befragten Bildungspersonals hingegen scheint nur eine diffuse Vorstellung von Lernaufgaben vorzuliegen, was nahelegt, dass diese in der entsprechenden Einrichtung nicht so regelmäßig eingesetzt werden, wie die Schulleitungen dies einschätzen.

Entwicklung von Lernaufgaben

Alle Interviewten berichten übereinstimmend, dass die angewandten Lernaufgaben auf keinem bestimmten Konzept basieren, dies aber angestrebt wird. Auch die Entwicklung der Lernaufgaben in Zusammenarbeit zwischen Praxisanleitenden und Lehrkräften gehört zu den Zielstellungen der Einrichtungen, wird allerdings noch nicht umgesetzt.

Wie aus dem folgenden Zitat hervorgeht, wird auch die Wichtigkeit von verschiedenen Blickwinkeln auf das Arbeitsfeld Pflege bei der Erstellung von Lernaufgaben im Interview betont, sodass Lehrende aus den entsprechenden Handlungsfeldern der Pflege bei der Erstellung der Lernaufgaben mitwirken sollten:

„Also ich denke, eine Lehrkraft, die viele, viele Jahre im Bereich der Akutversorgung ausgebildet hat, richtet sicherlich in ihrer Professionalität schon den Blick in Richtung Langzeitversorgung aber, wenn man dann Kollegen dabeihat, die letztendlich […] dieses Handlungsfeld ausgebildet haben, das gibt nochmal einen anderen Blick auf die Lernaufgaben. Das halte ich für sehr, sehr gut oder zielführend an der Stelle, ja.“

Aktueller Einsatz von Lernaufgaben

Die Interviewten berichten über unterschiedliche Verantwortlichkeiten beim aktuellen Einsatz von Lernaufgaben. In zwei der interviewten Einrichtungen wird berichtet, dass Lernaufgaben von der „Theorie mit in die Praxis“ genommen werden. Die Lernaufgaben sind so konzipiert, dass sie alleine beziehungsweise mit Unterstützung der Praxisanleitenden bearbeitet werden sollen. In einer Einrichtung liegt die Verantwortung für Lernaufgaben bei den Praxisanleitenden, die in den Praxiseinrichtungen beschäftigt sind.

Seitens des Bildungspersonals wird problematisiert, dass viele Auszubildende die Lernaufgaben mit nicht zufriedenstellenden Ergebnissen zu Hause bearbeiten. Dafür werden verschiedene Gründe benannt, die im Folgenden dargelegt werden:

Als ein Hindernis für die Bearbeitung von Lernaufgaben im Praxiseinsatz wird mangelnde Zeit genannt. Sowohl die Praxisanleitenden als auch die Auszubildenden erleben in Praxiseinrichtungen Zeitdruck, der die Bearbeitung von Lernaufgaben erschwert. Der Versorgungsauftrag scheint in einigen Einrichtungen den Bildungsauftrag zu verdrängen. Einen weiteren Grund für die nicht zufriedenstellende Bearbeitung der Lernaufgaben sehen die Interviewten darin, dass die Auszubildenden zu wenig Eigenverantwortung in Bezug auf die Lernaufgaben übernehmen. Das heißt, dass die Auszubilden-

den in ihren Praxiseinsätzen die im Unterricht aufgetragenen Lernaufgaben auch auf Nachfrage nicht erwähnen.

Die Ausgabe, Durchführung und Reflexion von Lernaufgaben kann einen längeren Zeitraum überspannen, insbesondere, wenn die Lernorte Schule und Praxis verknüpft agieren. Zudem erfordert eine lernortübergreifende Bearbeitung der Lernaufgabe organisatorische Abstimmung, da nach dem Praxiseinsatz ein passender Theorieblock geplant werden muss, in dem das praktische Handeln reflektiert werden kann. Die Interviewten berichten übereinstimmend, dass sie bisher Lernaufgaben noch nie mit digitalen Möglichkeiten verknüpft haben.

Reflexion als abschließender Teil von Lernaufgaben

Bezüglich des Reflexionsteils der Lernaufgaben zeigt sich bei den Befragten ein hoher Diskussionsbedarf. Flächendeckend wird eine mangelnde Verbindlichkeit bei der Durchführung der Reflexion bemängelt. Die Auszubildenden bereiten sich somit nicht auf eine abschließende Reflexion vor und bearbeiten die Lernaufgabe daher nachlässig. Indes betonen die Befragten die Wichtigkeit einer zuverlässigen abschließenden Reflexion von Lernaufgaben, um die Motivation der Auszubildenden zu erhalten.

Diskussion der Ergebnisse

Während die Interviewten einige Aufgaben- und Handlungsfelder nennen, die die Lernortkooperation und den Theorie-Praxis-Transfer unterstützen sollen, sind die Einrichtungen mit vielfältigen Herausforderungen diesbezüglich konfrontiert. An einem gemeinsamen Verständnis der beiden Lernorte hinsichtlich der Bildungsziele und dem Zusammenwirken zur Erreichung dieser ist perspektivisch zu arbeiten. Auch zeigt sich an manchen Stellen eine Kluft zwischen den schulisch vermittelten Inhalten und den in der Praxiseinrichtung angewandten Inhalten. Daher nimmt im Projekt ViRDiPA betriebliches und schulisches Bildungspersonal gleichberechtigt an einer Fortbildung teil, um so Austausch und Kooperation zu verbessern. Von hoher Relevanz für die Lernortkooperation scheint die Funktion der in der Schule angestellten Praxisanleitenden zu sein, da diese in allen befragten Einrichtungen als wichtige Säule der Lernortkooperation benannt werden. Durch ihre Tätigkeit an beiden Lernorten fungieren sie als Schnittstelle zwischen Praxiseinrichtungen und Schule. Auch dieser Personenkreis wird durch die Fortbildung erreicht und kann sich aktiv mit seiner Vermittlungsrolle auseinandersetzen. Insgesamt soll durch die Fortbildung das Selbstverständnis der Praxisanleitenden als Lehrpersonen sowie der Praxiseinrichtungen als Lernort gestärkt werden.

Konkret werden im Rahmen der Fortbildung Tandems aus Praxisanleitenden und Lehrkräften befähigt, gemeinsam Lernaufgaben zu entwickeln, die sie dann lernortübergreifend mit den Auszubildenden einsetzen. Dies erfordert und ermöglicht eine intensive Kooperation zwischen den Lernorten und verbessert den Theorie-Praxis-Transfer. Durch die Vermittlung pflegedidaktischer Grundlagen entspricht die Fortbildung dem aufgezeigten Schulungsbedarf zum Thema Lernaufgaben bei Teilen des Bildungspersonals.

Im Zuge des Inkrafttretens des PflBG und der Entwicklung neuer schulinterner Curricula werden in den Einrichtungen der Pflegebildung momentan neue Lernaufgaben für die generalistische Pflegeausbildung erarbeitet oder die vorhandenen Lernaufgaben neu strukturiert. Hierfür existieren konkrete Zielstellungen, wie die Umsetzung eines einheitlichen Konzepts. Im Rahmen der Fortbildung im Projekt ViRDiPA wird diesem Ziel entsprochen, indem das Lernaufgabenkonzept nach Müller (2013) zugrunde gelegt wird. Das Bildungspersonal strebt die Entwicklung von Lernaufgaben an, die einem aktuellen Pflegebildungsverständnis entsprechen, was im Rahmen der Fortbildung durch die Vermittlung von wissenschaftlich fundierten pflegedidaktischen Inhalten ermöglicht wird. Auch die eigenverantwortliche Bearbeitung der Lernaufgaben durch die Auszubildenden ist ein Ziel für die künftige Arbeit mit Lernaufgaben. Hierfür soll die Motivation der Auszubildenden durch eine zielgruppengerechte Ansprache gesteigert werden. Dies wird ermöglicht durch die digitale Anreicherung der Lernaufgabe mit verschiedenen Medien, wie bspw. VR und die Bearbeitung auf einer Lernplattform. Zudem ermöglicht die digitale Bereitstellung der Lernaufgaben neue Möglichkeiten für die Lernortkooperation, da von allen Lernorten durch Auszubildende und Bildungspersonal jederzeit auf die Lernaufgabe zugegriffen werden kann.

Insbesondere der abschließende Schritt der Lernaufgabe ermöglicht die Reflexion von Praxiserfahrungen und impliziten Prozessen der Pflegepraxis vor dem Hintergrund von Theoriewissen. Dies bietet einen vielversprechenden Ansatzpunkt für die in den Interviews beschriebenen Schwierigkeiten. In Abbildung 1 wird der eigenverantwortliche Lernprozess der Aus-

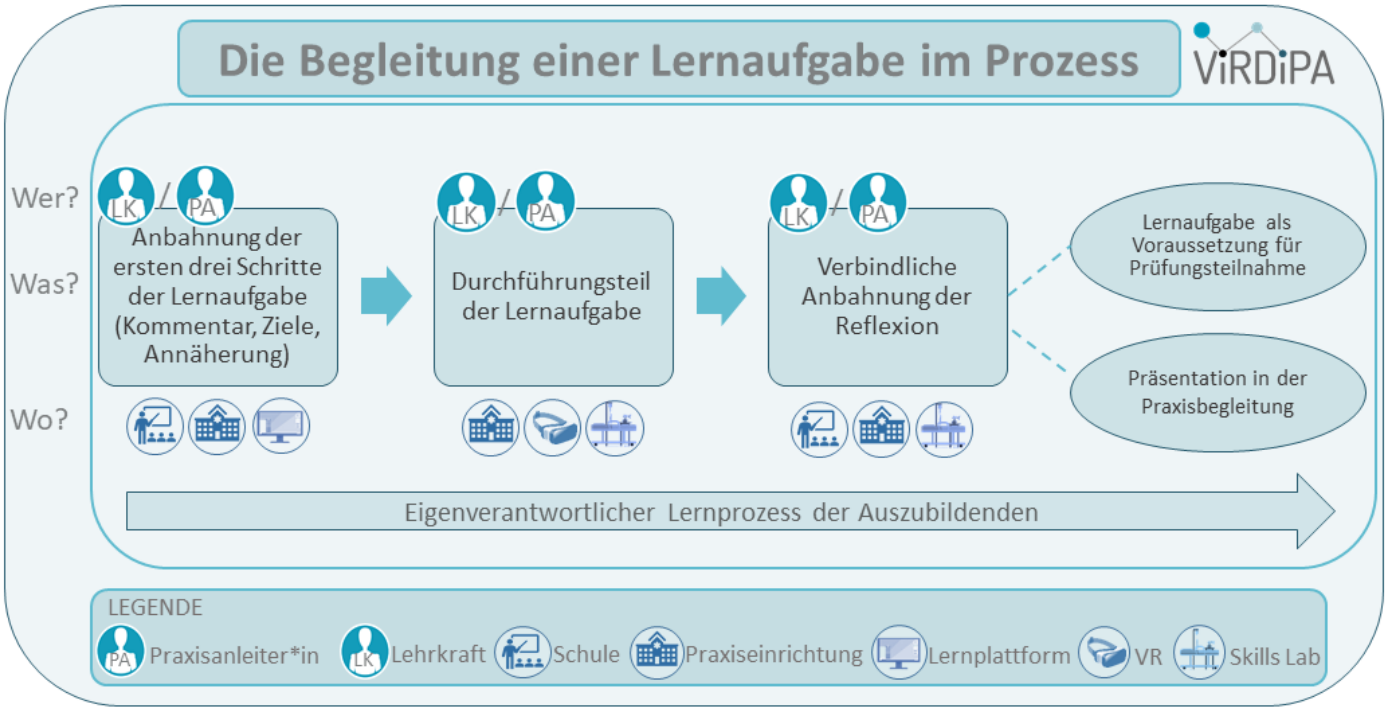


Abbildung 1: Die Begleitung einer Lernaufgabe im Prozess
Quelle: Eigene Darstellung

zubildenden während der Bearbeitung Lernaufgabe dargestellt, wie er im Projekt ViRDiPA angebahnt wird.

Die Sicht der Auszubildenden auf die Lernaufgaben wird nach der Bearbeitung sowohl quantitativ per Online-Befragung als auch qualitativ in leitfadenbasierten Gruppeninterviews erhoben. Dieser Evaluationsschritt erfolgt auf Basis folgender exemplarischer Kategorien:

- die erlebte Eigenverantwortung
- die Begleitung durch das Bildungspersonal in den entsprechenden Phasen
- die Orientierung zwischen den Phasen der Lernaufgabe
- der Einsatz digitaler Medien
- der Praxisübertrag aus dem VR-Szenario
- und die Motivation bei der Bearbeitung der Lernaufgabe.

Um einen breiten Transfer für die Pflegeausbildung zu ermöglichen, werden die im Rahmen des Projekts erarbeiteten Lernaufgaben und das Fortbildungskonzept als Open Educational Resource zur Verfügung gestellt.

Literaturverzeichnis

Bartolles, M., & Kamin, A. - M. (2021). Virtual Reality basierte Digital Reusable Learning Objects in der Pflegeausbildung - Rahmenbedingungen, Anforderungen und Bedarfe aus medienpädagogischer Perspektive. Innovative Lehr-/Lernszenarien in den Pflege- und Gesundheitsberufen. Working Paper-Reihe der Projekte DiViFaG und ViRDiPA (1. aktual. Version). Bielefeld: Fakultät für Erziehungswissenschaft AG 9 (Medienpädagogik, Forschungsmethoden und Jugendforschung). https://doi.org/10.4119/unibi/2954329

Darmann, I. (2000). Kommunikative Kompetenz in der Pflege. Stuttgart: Kohlhammer.

Joeres, S., Hanuschke, I. & Mischker, A. (2004). Zukunftsorientierte Pflegeausbildung: Studie des deutschen evangelischen Krankenhausverbandes (DeVK) zur Qualität der Ausbildung an evangelischen Pflegeschulen. Hannover: Schlütersche.

Mayring, P. (2015). Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken (12., Neuausgabe, 12., vollständig überarbeitete und aktualisierte Aufl). Weinheim, Bergstr: Beltz, J (Beltz Pädagogik).

Müller, K. (2009). Implementierung eines Lernaufgabenkonzeptes in die betriebliche Pflegeausbildung (Dissertation). Universität Bremen.

Müller, K. (2013). Lernaufgaben. In R. Ertl-Schmuck & U. Greb (Hrsg.), Pflegedidaktische Handlungsfelder (S. 278-291). Weinheim und Basel: Beltz Juventa.

Pfeifer, L., Nauerth, A., Rasch-

per, P., Freese, C., & Bräkling, S. (2021). Virtual Reality basierte Digital Reusable Learning Objects in der Pflegeausbildung - Rahmenbedingungen, Anforderungen und Bedarfe aus pflegepädagogischer Sicht. Innovative Lehr-/Lernszenarien in den Pflege- und Gesundheitsberufen. Working Paper-Reihe der Projekte DiViFaG und ViRDiPA (2. aktual. Version). Bielefeld: Fakultät für Erziehungswissenschaft AG 9 (Medienpädagogik, Forschungsmethoden und Jugendforschung). https://doi.org/10.4119/unibi/2954330

Rothgang, H.; Domhoff, D.; Friedrich, A.; Heinze, F.; Preuss, B.; Schmidt, A. et al. (2020a). Pflege in Zeiten von Corona: Zentrale Ergebnisse einer deutschlandweiten Querschnittsbefragung vollstationärer Pflegeheime. Pflege, 33 (5), 265–275. doi: 10.1024/1012-5302/a000760

Rothgang, H. (2020b). Abschlussbericht im Projekt Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI (PeBeM). Online verfügbar unter https://media.suub.uni-bremen.de/handle/elib/4497, zuletzt geprüft am 14.07.2021

Schmal, J. (2017). Unterrichten und Präsentieren in Gesundheitsfachberufen. Methodik und Didaktik für Praktiker. Berlin: Springer.

Sekretariat der Kultusministerkonferenz [KMK] (2018). Handreichung für die Erarbeitung von Rahmenlehrplänen der Kultusministerkonferenz für den berufsbezogenen Unterricht in der Berufsschule und ihre Abstimmung mit Ausbildungsordnungen des Bundes für anerkannte Ausbildungsberufe. Online verfügbar unter https://www.kmk.org/fileadmin/Dateien/veroeffentlichungen_beschluesse/2011/2011_09_23-GEP-Handreichung.pdf, zuletzt geprüft am 14.7.2021

Verdi (Hrsg). (2015). Ausbildungsreport Pflegeberufe. Berlin: Verdi



Eingereicht:
Genehmigt:

doi: 10.52205/llig/24

Madeleine Lester M.A.
Notfallsanitäterin, Medizinpädagogin (M.A.), Schulleiterin DRK Rettungsdienstschule Schwalm-Eder, madeleine.lester@drk-schwalm-eder.de



Prof. Dr. Sebastian Koch
Professor im Studiengang Medizinpädagogik an der SRH Hochschule für Gesundheit GmbH am Campus Gera sowie an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg am Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, sebastian.koch@srh.de



Die Ausbildung zum Notfallsanitäter in Deutschland – Eine bundesweite Studie zur Zufriedenheit im Ausbildungsprozess der Notfallsanitäter

Abstract Deutsch

Am 01.01.2014 trat das Notfallsanitätergesetz (NotSanG) in Kraft und regelt die Ausbildung des Rettungsdienstpersonals grundlegend neu. Die nun dreijährige Ausbildung gliedert sich in die Bereiche schulische, Rettungswachen- und klinische Ausbildung auf. Aufgrund der rechtlichen Vorgaben an die Schulen und die Umstellung von einer reinen fachbezogenen Ausbildung hin zu einer kompetenzorientierten Ausbildung, sorgte dies bei allen Akteuren zu pädagogischen und didaktischen Umstrukturierungen. Ziel dieser Studie war es, die Zufriedenheit der Auszubildenden zum Notfallsanitäter zu ermitteln.

Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um eine bundesweite querschnittliche multizentrische Befragung von N=827 Auszubildenden zum Notfallsanitäter. Da die Studie explorativ angelegt war, gab es keine validen Anhaltspunkte für eine Stichprobenkalkulation. Vor diesem Hintergrund legte die Studie ein besonderes Augenmerk auf die heterogene Auswahl der Rettungsdienstbereiche.

Die Studie kam zu dem Ergebnis, das 350 (42.3 %) Auszubildenden zufrieden mit der gesamten Ausbildung zum Notfallsanitäter sind. Des Weiteren zeigte sich, dass 247 (29.9 %) Auszubildende mit der Ausbildung im klinischen Bereich zufrieden sind. N = 285 (34.5%) Auszubildende sind mit dem Bereich der Rettungswachen-Ausbildung und n = 286 (34.6 %) Auszubildende sind mit der schulischen Unterrichtsgestaltung zufrieden.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Auszubildenden mit der Ausbildung insgesamt zufrieden sind. Im Bereich der Klinik sollte durch alle Beteiligten eine kritische Reflexion erfolgen, um eine Verbesserung der Zufriedenheit der Auszubildenden zu ermöglichen. Die in dieser Studie erzielten Ergebnisse sind wichtige Schritte zur Entwicklung einer Professionalisierung und der damit verbundenen qualitativ guten Ausbildung zum Notfallsanitäter.

Schlüsselwörter: Notfallsanitäter, Ausbildung, Zufriedenheit, Notfallsanitätergesetz, Rettungsdienst

Abstract English

The Emergency Paramedic Act, which came into force on 01/01/2014, fundamentally re-regu- lates the training of rescue service personnel. The now three-year training is divided into the areas of school, rescue guards and clinical training. Due to the high demands on the schools and the change from a purely subject-related training to a competence-oriented training, this resul-ted in a new restructuring of the schools. The aim of this study should be to determine the satis-faction of the paramedic trainees in the training process.

The study is a nationwide prospective, correlative cross-sectional study of N = 827 trainees. Since the study was designed to be exploratory, there were no valid indications for a sample calculation. Against this background, the study paid particular attention to the heterogeneous selection of the rescue service areas.

The results of the study shows that 350 (42.3%) trainees were satisfied with the overall training to become an emergency paramedic. Furthermore, it was shown that 247 (29.9%) trainees are satisfied with the training in the clinical area. N = 285 (34.5%) trainees are satisfied with the area of rescue guard training and n = 286 (34.6%) trainees are satisfied with the school curriculum.

In summary, it can be seen that the trainees are basically satisfied with the training, but the ad-justing screws in the clinic must be improved in order to achieve a satisfactory training there as well. This can only be achieved through a lot of educational work about the job description of the emergency paramedic. The results obtained in this study are important steps for the devel-opment of future professional emergency paramedics.

Keywords: paramedic, apprenticeship, satisfaction, German Act on Paramedics, rescue service

Die Einführung des Gesetzes über den Beruf der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters (Notfallsanitätergesetz – NotSanG) vom 22. Mai 2013 stellt die gesetzliche Rechtsgrundlage für die eigenständige Durchführung notfallmedizinischer Maßnahmen für Notfallsanitäter dar. Inhaltlich regelt das Gesetz die Ausbildung zum Notfallsanitäter und wird durch die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (APrV) ergänzt. Die Bundesregierung stellte fest, dass die Ausbildung der Rettungsassistenten den Anforderungen an einen modernen Rettungsdienst nicht mehr in ausreichendem Maße gewachsen war (Wissenschaftsrat, 2012). Das neue Berufsbild Notfallsanitäter stellt veränderte Ansprüche und Anforderungen an die Ausbildung. Diese ist verbunden mit der Verpflichtung der Schulen, im Sinne einer stärkeren Verbindung zwischen Theorie und Praxis, den Unterricht vor allem an praktischen Handlungssituationen zu orientieren. Die nun dreijährige Ausbildung findet an den drei Lernorten berufsbildende Schule, Rettungswache und Klinik statt. Den Auszubildenden sind Kompetenzen zu vermitteln, welche die Grundlagen für ihre berufspraktische Tätigkeit bilden, um die erforderliche professionelle Handlungssicherheit im Berufsfeld zu entwickeln (Kultusministerkonferenz, 2018; NotSanG, 2013). Die rettungsdienstliche Ausbildung wurde von einer rein fachlichen Ausbildung zu einer kompetenzorientierten Ausbildung weiterentwickelt. Ein weiteres Ziel war es, die sogenannte Notkompetenz, welche in der Regel im Sinne des §34 StGB „Rechtfertigender Notstand“ durchgeführt wurde, durch Regelkompetenzen zu ersetzen. Jedoch bleibt die erhoffte Rechtssicherheit für Notfallsanitäter auch danach aus, da keine Regelkompetenz für Rettungsdienstpersonal besteht, sondern nur heilkundliche Maßnahmen unter den strengen Voraussetzungen des §2a NotSanG eigenverantwortlich durchgeführt werden dürfen. Nach der Umsetzungsphase seit der Einführung des Notfallsanitätergesetzes soll im Rahmen dieser Untersuchung die aktuelle Zufriedenheit der Auszubildenden mit ihrer Ausbildung zum Notfallsanitäter ermittelt werden.

Ausbildung zum Notfallsanitäter

Im Rahmen der Notfallrettung ist der Notfallsanitäter maßgeblich verantwortlich für die präklinische Versorgung verletzter und erkrankter Personen. Als Ausbildungsziel ist in §4 Abs.1 NotSanG definiert, dass die Auszubildenden fachliche, personale, soziale und methodische Kompetenzen erlangen soll, um handlungskompetent die notfallmedizinische Versorgung selbstständig zu planen, durchzuführen und zu evaluieren (NotSanG, 2013). Des Weiteren führt § 4 Abs.2 NotSanG auf, dass folgende Kompetenzbereiche dem Notfallsanitäter theoretisch als auch praktisch vermittelt werden sollen, um eigenverantwortlich seinen Aufgaben in Akutsituationen nachkommen zu können: „Durchführen medizinischer Maßnahmen der Erstversorgung bei Patientinnen und Patienten im Notfalleinsatz und dabei Anwenden von in der Ausbildung erlernten und beherrschten, auch invasiven Maßnahmen, um einer Verschlechterung der Situation der Patientinnen und Patienten bis zum Eintreffen der Notärztin oder des Notarztes oder dem Beginn einer weiteren ärztlichen Versorgung vorzubeugen, wenn ein lebensgefährlicher Zustand vorliegt oder wesentliche Folgeschäden zu erwarten sind (…)“. Weiterhin hat er die Aufgabe die Transportfähigkeit von Patienten sicherzustellen und den medizinischen Zustand während des Transportes bis zum ausgesuchten Transportziel zu überwachen. Im Bereich der Klinik hat der Notfallsanitäter die Aufgabe eine sachgerechte, medizinisch dokumentierte Patientenübergabe gegenüber dem Klinikpersonal zu leisten. Weiterhin lernt der Notfallsanitäter in seiner Ausbildung die Kommunikation mit hilfesuchenden Personen sowie deren Angehörigen und anderen am Einsatzort Beteiligten, wie zum Beispiel Einsatzkräften, Institutionen und Behörden. Ein weiteres Ausbildungsziel ist das Erlernen qualitätssichernder und organisatorischer Maßnahmen im Rettungsdienst, sowie die fachgerechte Dokumentation des Einsatzgeschehens inklusive aller notfallmedizinischer und einsatztaktischer Maßnahmen. Auch die Wiederherstellung der Einsatzbereitschaft der Rettungsmittel und der damit verbundenen Hygiene-, Arbeits- und Unfallvorschriften sind Teil der Ausbildung (NotSanG, 2013).

Die APrV beinhaltet sowohl die Bestimmungen zur Ausbildung als auch die allgemeinen Prüfungsbestimmungen und ergänzt somit das eigentliche NotSanG. In der APrV werden die Teilbereiche der Ausbildung mit den jeweiligen zu erwerbenden Kompetenzen aufgezeigt. Die Inhalte gliedern sich in zehn Themenbereiche auf, in denen das jeweilige Handeln eines Notfallsanitäters aufgezeigt wird. Die Themenbereiche sind mit einer entsprechenden Stundenanzahl versehen. Die APrV ist für alle Bundesländer verbindlich und gleich, jedoch kann das jewei-

lige Bundesland darüber entscheiden ob aus den zu erwerbenden Kompetenzbereichen ein einheitlicher Lehrplan verfasst wird oder ob die Rettungsdienstschulen ein eigenes Curriculum mit Inhalten versehen. Dies wird in den Bundesländern verschiedenartig umgesetzt (APrV, 2013).

Die Ausbildung unterteilt sich in drei Anteile (APrV, 2013):

1. Theoretischer und fachpraktischer Unterricht an der Berufsfachschule. Dieser beträgt insgesamt 1.920 Unterrichtsstunden.
2. Praktische Ausbildung in der Lehrrettungswache mit mindestens 1.960 Stunden, verteilt auf drei Ausbildungsjahre.
3. Praktische Ausbildung in der Klinik mit 720 Stunden, verteilt auf drei Ausbildungsjahre.

Die einzelnen Bereiche werden im Blocksystem abgehalten, sodass eine Ausgewogenheit zwischen theoretischer und praktischer Ausbildung herrscht. Die Gesamtverantwortung der Ausbildung liegt in der Hand der jeweiligen berufsbildenden Schulen zum Notfallsanitäter.

Die Sicherstellung der fachpraktischen Ausbildung im Bereich der Rettungswache wird durch den Praxisanleiter gewährleistet. Dessen zentrale Aufgabe ist es, die Auszubildenden schrittweise an ihre praktischen beruflichen Aufgaben im Rettungsdienst heranzuführen. Während der Ausbildung des Auszubildenden hat der Praxisanleiter des Weiteren die Aufgabe Feedback-, Zwischen- und Abschlussgespräche zu führen, um den Fortschritt des Lernstands zu erfassen (§3 NotSan-APrV). Weiterhin überprüft er die Fähigkeiten und Kenntnisse der Auszubildenden bei der Durchführung von Praxistagen (Arens, 2015). Um als Praxisanleiter auf den gemeldeten Lehrrettungswachen tätig zu werden, bedarf es einer berufspädagogischen Zusatzqualifikation von 300 Stunden und einer vorausgegangenen Berufserfahrung als Notfallsanitäter von mindestens zwei Jahren (APrV, 2013). Weitere Aufgaben der Praxisanleitung sind die Planung, Organisation und Umsetzung von Praxisanleitungen, aber auch die Führung und Anleitung im realen Rettungseinsatz. Hierbei hat der Praxisanleiter engen Kontakt zur Berufsschule und setzt das vermittelte Wissen aus der Schule und deren Lehraussagen in der Praxis um. Er ist das Bindeglied zwischen Theorie und Praxis. In seiner Arbeit wird der Praxisanleiter durch die Praxisbegleiter der Schulen unterstützt (Grönheim, 2018).

Die Praxisbegleitung erfolgt durch Lehrkräfte der Notfallsanitäterschulen und sorgt für Unterstützung im Bereich der Lehrrettungswachen. Die Unterstützung erfolgt durch begleitete Besuche an den Lehrrettungswachen. Ziel dabei ist es, die Auszubildenden zu betreuen und zu beurteilen. Auch dient die Praxisbegleitung dazu den Praxisanleitern bei Schwierigkeiten beratend zur Seite zu stehen (Arens, 2015). Die gesetzliche Begründung der Praxisbegleitung findet sich im §3 Abs.4 NotSan-APrV: „Die Schulen stellen die Praxisbegleitung der Schülerinnen und Schüler in den Einrichtungen der praktischen Ausbildung nach §5 Abs. 2 Satz 3 des NotSanG durch Lehrkräfte der Schulen sicher. Hierzu ist eine regelmäßige Anwesenheit der praxisbegleitenden Personen in den Einrichtungen zu gewährleisten.“ (NotSanG, 2013; APrV, 2013).

Ausbildungszufriedenheit und Qualität in der Schule

Untersuchungen zeigen, dass die Ausbildungszufriedenheit in einem Abhängigkeitsverhältnis zur Ausbildungsqualität steht (Jungkunz, 1996; Zielke, 1998). Sie stellt daher ein wichtiges Maß in der Evaluation von Ausbildung dar. Zielke bezeichnet die Ausbildungszufriedenheit als „hypothetisches Konstrukt, das die Anstrengungsbereitschaft der Jugendlichen erklärt und damit auch für den Erfolg der Auszubildenden bedeutsam ist“ (Zielke, 1998). Jungkunz leitet seine Definition der Ausbildungszufriedenheit aus dem anreiztheoretischen Ansatz der Arbeitszufriedenheitsforschung ab und definiert Ausbildungszufriedenheit als die „kognitiv- evaluative Einstellung der Auszubildenden zur Ausbildungssituation.“ (Jungkunz, 1996).

Mithilfe von Langzeitstudien und Kontrollgruppen-Forschung konnten verschiedene Merkmale guten Unterrichts herausgearbeitet werden, die in jenen Klassen, die dauerhaft hohe Lernerfolge zeigten, besonders ausgeprägt waren. Die Merkmale eines guten Unterrichts nach Hilbert Meyer sind „empirisch erforschte Ausprägungen von Unterricht, die zu dauerhaft hohen kognitiven, affektiven und/oder sozialen Lernergebnissen beitragen.“ (Meyer, 2020).

Folgende zehn Merkmale lassen sich für einen guten Unterricht definieren (Meyer, 2020):

1. Klare Strukturierung des Unterrichts
2. Hoher Anteil echter Lernzeit
3. Lernförderliches Klima
4. Inhaltliche Klarheit

5. Sinnstiftendes Kommunizieren
6. Methodenvielfalt
7. Individuelles Fördern
8. Intelligentes Üben
9. Transparente Leistungserwartungen
10. Vorbereitete Umgebung

Aktuelle Forschung zur Ausbildungszufriedenheit

Studien im Bereich der Ausbildungszufriedenheit aus Sicht der Auszubildenden wurden in der Vergangenheit regelmäßig, im Abstand von einigen Jahren vorgenommen. Die meisten Studien sind auf bestimmte Adressatengruppen bezogen. Oft werden Handwerksberufe befragt. Ein Mangel an Ergebnissen ist im Bereich des Gesundheitssystems erkennbar.

Im Hinblick auf die Berufstreue von angehenden Notfallsanitätern gibt eine von der Deutschen Gesellschaft für Rettungswissenschaften e.V. (DGRe) im Rettungsdienst durchgeführte Untersuchung aus dem Jahr 2020 Aufschluss. Diese hatte zum Ziel, die Zufriedenheit der Auszubildenden mit den Ausbildungsbedingungen aufzuzeigen, sowie deren Ausblick in die Zukunft mit dem Fokus auf dem beruflichen Verbleib im patientenversorgenden Teil des Rettungsdienstes und die erkennbaren Unterschiede zwischen den Bundesländern zu untersuchen. Es zeigt sich, dass die Auszubildenden im Bereich der Rettungswache am zufriedensten waren. Im Bereich Klinik zeichnet sich eher eine Unzufriedenheit ab. Als Ergebnis wurde festgestellt, dass jeder fünfte Auszubildende seine Zukunft als Notfallsanitäter außerhalb des Wirkungsfelds im Rettungsdienst sieht. Knapp die Hälfte alle Befragten beabsichtigt nicht länger als zehn Jahre im Rettungsdienst zu arbeiten (Hofmann, 2020).

Bei der Befragung zum Pflegereport 2015 nahmen rund 3.400 Auszubildende aus verschieden Pflegeberufen teil. Die Verdi unternahm diese Studie im Jahr 2015, da jährlich ca. 40.000 Auszubildende eine Ausbildung in der Pflege beginnen, jedoch keine Untersuchungen zur Ausbildungsqualität in Pflegeberufen vorhanden war (Bühler, 2015).

Das Ergebnis des Pflegereports von 2015 lässt erkennen, dass die Zufriedenheit in Pflegeberufen wesentlich niedriger ist gegenüber anderen Ausbildungsberufen nach dem Berufsbildungsgesetz (BBiG). Nur 58,5 % der Auszubildenden sind zufrieden oder sehr zufrieden, während es in den Berufen nach BBiG 71,5 % sind (Bühler, 2015). Des Weiteren zeigt sich auch im Bereich der praktischen Ausbildung in den Pflegeberufen, dass die Auszubildenden nicht genügend Zeit mit dem Praxisanleiter bekommen und 82,4% sind der Meinung, dass mehr Praxisanleiter benötigt werden. Die Qualifikation der Praxisanleiter wird insgesamt als zufriedenstellend eingestuft. Jedoch werden auch die kurzfristigen, ungeplanten Versetzungen zur Aushilfe kritisiert, in denen die Auszubildenden als Kompensation von Arbeitsspitzen bzw. Personalmangel verwendet werden, sodass eine konkrete Förderung des individuellen Lernfortschritts der Auszubildenden dadurch nicht gegeben ist. Die praktische Ausbildung spielt in den Pflegeberufen eine maßgebliche Rolle. Die Praxisanleitung soll Auszubildende schrittweise an die eigenständige Ausübung von berufspraktischen Maßnahmen heranführen. Das geltende Ausbildungsrecht schreibt vor, dass Praxisanleiter dafür vom Ausbildungsbetrieb vorgehalten werden müssen, um die Durchführung der Praxisanleitung sicherzustellen (vgl. §2 Abs. KrPflAPrV). Die Befragung der Auszubildenden ergab, dass ein Drittel meistens oder gar nicht in ihren Einsätzen auf einer Station angeleitet wird. Eine strukturierte Anleitung geschieht nicht nach dem Prinzip, „ich möchte dir schnell was zeigen“, sondern beinhaltet eine Vorbereitung, eine begleitete Durchführung und Nachbereitung. Diese erfahren nur ein gutes Drittel aller Auszubildenden. 6 von 10 sagen gleichzeitig, dass ihre Praxisanleiter nicht genügend Zeit bekommen, um sie anzuleiten. Die überwiegende Mehrheit der Auszubildenden ist der Meinung, dass mehr Praxisanleiter nötig sind. Die Qualifikation der Praxisanleiter wird insgesamt zufriedenstellend eingeschätzt. Im Zusammenhang mit der theoretischen Ausbildung in der Schule finden 87 % der Befragten, dass ihre Lehrer einen guten Unterricht leiten und stufen ihre Lehrer auch gut bis überwiegend gut qualifiziert ein, sodass man von einer Zufriedenheit im Bereich der schulischen Ausbildung ausgehen kann. Es kristallisiert sich in der Befragung heraus, dass die Theorie-Praxis-Koordination von 56 % der Befragten als nicht gut abgestimmt wahrgenommen wird. Zusammenfassend zeigen die Umfrageergebnisse, dass die Auszubildenden aus dem Pflegebereich in die betriebliche Verantwortung genommen werden ohne Rücksicht auf Lernziele, Erreichen der Ausbildungsziele oder ihrer Gesundheit. Dass sie ihren Beruf erst noch erlernen sollen, wird oft ignoriert. Für gute Ausbildungsbedingungen müssen die Rahmenbedingungen in den Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen

geschaffen werden (Bühler, 2015).

Da die Herleitung der Ausbildungszufriedenheit der Notfallsanitäter weder aus der späteren Berufstreue noch aus der allgemeinen Ausbildungszufriedenheit in anderen Berufen zu bewerkstelligen ist, wird die aktuelle Zufriedenheit der auszubildenden Notfallsanitäter nach dem NotSanG im Rahmen dieser Untersuchung durch Befragung ermittelt.

Material und Methoden

Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um eine bundesweit durchgeführte prospektive, korrelative Querschnittsuntersuchung mit N=827 Auszubildenden. Da die Studie explorativ angelegt war, gab es keine validen Anhaltspunkte für eine Stichprobenkalkulation. Vor diesem Hintergrund legte die Studie ein besonderes Augenmerk auf die heterogene Auswahl der Rettungsdienstbereiche, eine möglichst zufällige Auswahl der Auszubildenden aus allen drei Lehrjahren aus der präklinischen Notfall- und Rettungsmedizin sowie eine hohe Rücklaufquote, um hinreichend aussagekräftige Ergebnisse zu erhalten. Bezüglich der spezifischen Ausbildungszufriedenheit in der Notfallsanitäterausbildung existiert noch keine ausreichen Datenlage. Ziel war es deshalb, eine verwertbare Anzahl an aussagekräftigen Primärdaten zu erheben. Dabei wurde die quantitative Methode in Form eines standardisierten Fragebogens gewählt, um eine große Anzahl von Personen anzusprechen und deren Antworten bundesweit zu vergleichen.

Vorgehen bei der Befragung

Für die Studie wurden bundesweit die verantwortlichen Rettungsdienstschulen sowie die verschiedenen Rettungsdienstorganisationen (DRK, Johanniter, ASB, Malteser und die Berufsfeuerwehr) kontaktiert. Die Kontaktaufnahme erfolgte mittels einer vorangegangenen systematischen Datenrecherche. Durch die Kontaktdaten der Schulleiter der jeweiligen Rettungsdienstschulen konnte der Fragebogen an die Auszubildenden zum Notfallsanitäter aller drei Lehrjahre weitergeleitet werden. Im Zeitraum von April 2021 bis Mai 2021 wurden die jeweiligen Verantwortlichen kontaktiert und eine Genehmigung zur Durchführung der Studie eingeholt. Hierbei stand die Bedeutung des Themas „Die Zufriedenheit im Notfallsanitäter-Ausbildungsprozess“ im Vordergrund. Des Weiteren wurde die Anonymität der Befragung sowie eine strukturierte Rückmeldung der Ergebnisse für alle Einrichtungen hervorgehoben. Bei Bedarf wurde die Umsetzung der Studie in einem persönlichen Gespräch vorgestellt. Für die Befragung wurde das Online-Programm „Umfrageonline“ genutzt und mit einem Hyperlink weitergeleitet. Nach dem Befragungszeitraum wurde der Hyperlink deaktiviert. Die Ergebnisse wurden zur statistischen Auswertung in das Statistikprogramm SPSS übertragen.

Stichprobe

Insgesamt wurden 949 Aufrufe (Klicks) für den Fragebogen über den Hyperlink aufgezeichnet. Von den online aufgezeichneten Fragebögen waren 121 unvollständig bzw. fehlerhaft ausgefüllt, sodass 827 Fragebögen in die Auswertung aufgenommen wurden. Die Studienteilnehmer waren im Mittel 22,96 (SD = 4,325; Minimum: 16; Maximum: 54) Jahre alt. Weiterhin waren von den N=827 Studienteilnehmern n = 356 (43,0 %) weiblich und n = 468 (56,6 %) männlich und n = 3 (0,4 %) divers. Ein Großteil der Studienteilnehmer n = 320 (38,7 %) nahm aus dem ersten Ausbildungsjahr teil, danach folgte n = 257 (31,1 %) aus dem zweiten und n = 250 (30,2 %) aus dem dritten Ausbildungsjahr. Insgesamt konnten Auszubildende im Rahmen der Notfallsanitäterausbildung aus allen Bundesländern in die Studie eingeschlossen werden. Mit n = 165 (20,0 %) Studienteilnehmern war das Bundesland Baden-Württemberg am häufigsten vertreten. Weiterhin kamen n = 155 (18,7 %) aus dem Bundesland Nordrhein-Westfalen; aus dem Bundesland Hessen kamen n = 147 (17,8 %) und aus Bayern nahmen n = 99 (12,0 %) teil. Aus den übrigen Bundesländern konnten n = 267 (31,5 %) Auszubildende der Notfallsanitäterausbildung in die Studie eingeschlossen werden.

Ergebnisse

Zufriedenheit im Bereich Schule

Die Ergebnisse aus dem Bereich Zufriedenheit der Auszubildenden im Bereich Schule werden in Tabelle 1 dargestellt. In diesem Bereich beurteilten die Befragten die Bereitstellung digitaler Medien und Fachbücher im Mittel mit einem Wert von 4,45 (teilweise zufrieden bis zufrieden). Die Praxisbegleitung durch die Lehrer auf den Rettungswachen beurteilten die Befragten mit einem Mittelwert von 4,03 (teilweise zufrieden). Die Praxisbegleitung durch die Lehrer in der Klinik beurteilten die Befragten mit einem Mittelwert von 3,5 (eher unzufrieden bis teilweise zufrieden). Sehr zufrieden mit der Praxisbegleitung der Lehrer sind n = 40 (4,8 %) Auszubildende. Starke Unzufriedenheit besteht bei n = 102 (12,3 %) der Teilnehmer. Die Qualität der Ausbildung und die Vermittlung von Unterrichtsinhal-

Tabelle 1 Die Zufriedenheit der Auszubildenden im Bereich der Klinik			
Wie zufrieden bin ich…	MW (SD)	MD	MO
…mit der Bereitstellung digitaler Medien/ Fachbücher in meiner Ausbildung?	4.45 (1.319)	5.00	5
…mit der Vermittlung der Unterrichtsinhalte durch meine Lehrer?	4.36 (1.036)	4.00	5
…mit der Qualität der Unterrichtsgestaltung meiner Lehrer?	4.27 (1.020)	4.00	4
…mit der Durchführung der Praxisbegleitung durch die Lehrer auf den Rettungswachen?	4.03 (1.461)	4.00	5
…mit der Durchführung der Praxisbegleitung durch die Lehrer in der Klinik?	3.51 (1.399)	4.00	4
Likert-Skala 1 = „sehr unzufrieden" bis 6 = „Sehr zufrieden "			

ten wird von den Auszubildenden im Mittel mit einer 4,3, bzw. 4,4 bewertet (teilweise zufrieden bis zufrieden).

Zufriedenheit im Bereich Klinik

Die Ergebnisse aus dem Bereich Zufriedenheit der Auszubildenden im Bereich Klinik werden in Tabelle 2 dargestellt. Die Werte zu den Einzelfragen im Bereich der Klinik, die nach der Likert-Skala zu bewerten waren, liegen zwischen 3,5 (teilweise unzufrieden bis teilweise zufrieden) hinsichtlich der Zufriedenheit bei der Zusammenarbeit zwischen Schule und Klinik und 3,9 (teilweise zufrieden) hinsichtlich der zeitlichen Ressourcen, die die Praxisanleiter in ihre Schüler investieren. Über ein Drittel der Auszubildenden (37,5 %; n = 310) ist zufrieden oder sehr zufrieden mit ihrer Ausbildung innerhalb der Klink. 16,2 % (n = 134) der Auszubildenden sind unzufrieden oder sehr unzufrieden mit ihrer Ausbildung innerhalb der Klinik. Die Zufriedenheit mit den Praxisanleitern in der Klinik wird im Mittel mit 3,7 (teilweise zufrieden) bewertet.

Zufriedenheit im Bereich Rettungswache

Die Ergebnisse aus dem Bereich Zufriedenheit der Auszubildenden im Bereich Rettungswache werden in Tabelle 3 dargestellt. Die Werte zu den Einzelfragen im Bereich der Rettungswache, die nach der Likert-Skala zu bewerten waren und die von allen Auszubildenden beantwortet werden konnten, liegen zwischen 4,3 (teilweise zufrieden bis zufrieden) hinsichtlich der Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit zwischen Schule und Rettungswache und 5,0 (zufrieden) hinsichtlich der persönlichen Zufriedenheit mit den Praxisanleitern auf der Rettungswache. Die Zufriedenheitswerte hinsichtlich der Ausbildungspläne (Bewertung durch n = 583 der Auszubildenden, da nicht immer vorhanden) und der Zeit, die sich die Praxisanleiter nehmen liegen jeweils bei 4,8 (zufrieden), bzw. 4,6 (zufrieden).

Gesamtzufriedenheit und Korrelation

Die Frage „Wie zufrieden bin ich insgesamt mit der Ausbildung?" belegen die Auszubildenden im Mittel mit dem Wert 4,5 (teilweise zufrieden bis zufrieden). Tabelle 4 zeigt die Korrelationsindizes, die den Grad der Zufriedenheit der Auszubildenden in den Teilbereichen Schule, Klinik und Rettungswache mit der Gesamtzufriedenheit in der Ausbildung verbinden. Alle Indizes ermitteln einen starken positiven Zusammenhang zwischen den Teilbereichen und der Zufriedenheit insgesamt: Ist der Schüler mit einem

Tabelle 2 Die Zufriedenheit der Auszubildenden im Bereich der Klinik			
Wie zufrieden bin ich…	MW (SD)	MD	MO
… mit dem zeitlichen Lernaufwand, den sich die Praxisanleiter für mich nehmen?	3.94 (1.443)	4.00	5
…mit der Ausbildung in der Klinik?	3.89 (1.333)	4.00	4
…mit meinen Praxisanleitern in der Klinik?	3.69 (1.439)	4.00	4
…mit der Zusammenarbeit Schule und Klinik?	3.51 (1.376)	4.00	4
Likert-Skala 1 = „sehr unzufrieden" bis 6 = „Sehr zufrieden "			

Tabelle 3: Die Zufriedenheit der Auszubildenden im Bereich der Rettungswache			
Wie zufrieden bin ich…	MW (SD)	MD	MO
…mit meinem Praxisanleitern auf der Rettungswache?	4.96 (1.202)	5.00	6
…mit dem Ausbildungsplan auf der Rettungswache?	4.80 (.990)	5.00	5
…mit dem Lernaufwand, den sich die Praxisanleiter für mich nehmen?	4.56 (1.340)	5.00	5
…mit der Zusammenarbeit zwischen Schule und Rettungswache?	4.29 (1.219)	5.00	5
Likert-Skala 1 = „sehr unzufrieden" bis 6 = „Sehr zufrieden "			

Tabelle 4: Korrelationsmatrix der Spearman-Rho-Indizes zur Zufriedenheit in Teilbereichen der Ausbildung und der zugehörigen Gesamtzufriedenheit mit der Ausbildung			
Korrelation der Zufriedenheit in den Bereichen…	Schule	Klinik	Rettungswache
insgesamt	0.618*	0.513*	0.422*
* Spearman-Rho-Index mit einem Signifikanzniveau über 0,01.			

der Teilbereiche zufrieden, ist er es mit einem Signifikanzniveau von mindestens 0,01 auch mit der gesamten Ausbildung. Dieser Zusammenhang besteht auch vice versa und zeigt sich am stärksten im Bereich Schule (Index 0.618).

Verbesserung der Ausbildung

Die Befragten wurden aufgefordert im Freitext Vorschläge zur Verbesserung der Ausbildung zu machen. Tabelle 5 zeigt die Antwortkategorien und die Anzahl der zugehörigen Antworten.

Diskussion

Aus einer Studie der DGRe im Rettungsdienst im Bereich der Ausbildung zum Notfallsanitäter geht hervor, dass es im Jahr 2020 etwa 5.223 Auszubildende zum Notfallsanitäter in Deutschland gab (Hofmann, 2020). Es kann davon ausgegangen werden, dass die Stichprobe der vorliegenden Befragung mit N = 827 Teilnehmern etwa 15,8 % der Auszubildenden zum Notfallsanitäter in Deutschland erreichte. Die Methodik der Online-Befragung muss hinsichtlich ihrer Auswirkung auf die Repräsentativität bedacht werden. Es ist denkbar, dass Klassen mit ihrer Kollektiverfahrung und Meinung das Gesamtergebnis beeinflussen. Dennoch ist aufgrund der Größe der Stichprobe davon auszugehen, dass die Befragung die Grundgesamtheit gut widerspiegelt.

Die Zufriedenheit der Befragten mit der schulischen Ausbildung wird durch die bereits beschriebene Publikation zur Berufstreue von Notfallsanitätern bestätigt (Hofmann, 2020) – dort fiel die Bewertung der theoretischen Ausbildung durch die Befragten mit einer 3,8 (zufrieden) aus. Im Bereich der Vermittlung der Unterrichtsinhalte innerhalb der schulischen Ausbildung lag in unserer Befragung der Mittelwert bei 4,36 (zufrieden) und damit noch über dem Mittelwert von 4,1 (zufrieden) zur Zufriedenheit mit der schulischen Ausbildung insgesamt. Dies ist ein Hinweis auf die positive Wirkung der Ausbildungsneugestaltung in den Schulen. Seit Inkrafttreten des Notfallsanitätergesetzes 2014 müssen in den Schulen Lehrkräfte mit einer pädagogischen Ausbildung eingesetzt werden. Die Unterrichtsqualität wurde verbessert und die erfolgreiche Vermittlung der Lerninhalte gefördert.

Ein guter Unterricht wird auch anhand guter Lehrbücher definiert (Meyer, 2020). Die Zufriedenheit der Befragten mit der Bereitstellung von Lehrbüchern und digitalen Medien zeigt sich positiv (Mittelwert 4,5; teilweise zufrieden bis zufrieden). Die positive Bewertung der Praxisanleiter auf den Rettungswachen (im Mittel 5,0) lässt sich zum einen dadurch erklären, dass die Praxisanleiter einen Ausbildungsplan von den Schulen an die Hand bekommen, aber auch zum anderen, dass nach sieben Jahren nach Novellierung des NotSanG, die ersten dreijährig ausgebildeten Notfallsanitäter selbst Praxisanleiter sind und den Lernprozess verinnerlicht und somit den neuen Auszubildenden ihre eigenen diesbezüglichen Erfahrungen mitgeben können.

Kernpunkte nötiger Verbesserungen in der Ausbildung der Notfallsanitäter zeigen sich im klinischen Bereich sowie in der Koordination zwischen Theorie und Praxis. Ana-

Tabelle 5 Antwortkategorien der Auszubildenden hinsichtlich der frei zu beantwortenden Frage zur Verbesserung der Ausbildung zum Notfallsanitäter (n = 485).	
Kategorien	Häufigkeit
Praxisanleitung: mehr Praxisanleiter nötig, bessere Begleitung	n = 177
Bessere Kommunikation in Schule, Klinik und Rettungswache	n = 132
keine Verbesserungswünsche	n = 88
Zusammenarbeit: bessere Zusammenarbeit und mehr Zeit mit den Praxisanleitern	n = 62
Bessere Absprache in der Ausbildung	n = 16
Transparenz der Ausbildungsinhalte	n = 6
Finanzen: mehr finanzielle Unterstützung für Praxisanleiter	n = 4

log zu den Ergebnissen im Ausbildungsreport der Pflegeberufe, der Defizite im Bereich der praktischen klinischen Ausbildung aufzeigt und wesentlich die mangelnden Lehrressourcen moniert, erscheinen die Ausbildungsinhalte der Notfallsanitäter in diesem Bereich nicht zuverlässig durch einen Lehrplan gestützt, es herrscht Fachkräftemangel; Auszubildende im Pflegebereich klagen über hohe Arbeitsbelastungen, Stress und zum Teil gänzlich fehlende Anleitung in der Praxis – dies scheint in vergleichbarer Weise auch für Auszubildende zum Notfallsanitäter in den Kliniken zuzutreffen (Bühler, 2015). Aus diesen Grundvoraussetzungen heraus erscheint es folgerichtig, dass die Auszubildenden nach NotSanG im Bereich der klinischen Ausbildung unzufriedener sind, als im Bereich der Rettungswache und der Berufsschule. Es entsteht der Eindruck, dass für die Lehre im klinischen Bereich die Ressourcen fehlen und die Auszubildenden nur „mitlaufen“. Verbesserungsbedarf zeigte sich auch im Bereich der Koordination von Theorie und Praxis. Dies wird durch weitere Befragungen bestätigt, insbesondere ebenfalls durch den Ausbildungsreport der Pflegeberufe (Bühler, 2015; Hofmann 2020). Hier sollte die Praxisbegleitung in den Schulen intensiviert und gestärkt werden, um eine engere Zusammenarbeit mit den Praxisanleitern in den Rettungswachen zu erreichen. In zukünftigen Befragungen sollte hier der Zusammenhang zwischen dem Bestehen eines festen Lehrplanes und dessen Inhalten mit der Zufriedenheit der Auszubildenden hinsichtlich der Handreichung von Theorie und Praxis untersucht werden. Hierbei sind die teilweise fehlenden Lehrpläne einzelner Bundesländer sowie die teilweise fehlenden schulinternen Curriculas der berufsbildenden Schulen zum Notfallsanitäter kritisch zu reflektieren.

Zusammenfassend lässt sich zeigen, dass die vorliegende Studie einen Einblick in die Zufriedenheit der Auszubildenden im Notfallsanitäter-Ausbildungsprozess darstellt. Kritisch anzumerken ist, dass die Zufriedenheit immer eine zeitlich begrenzte Momentaufnahme darstellt, welches zeitlichen, sowie subjektiven und objektiven Tendenzen unterliegt. Ziel der Ausbildungsbetriebe, als auch der Berufsschulen sollte es sein, gut ausgebildete junge Menschen nach Abschluss der Ausbildung als Fachkräfte gewinnen zu können. Aus der Studie zur Berufstreue zeigte sich, dass knapp 20 % der Auszubildenden unmittelbar nach der Ausbildung nicht mehr im originären Beruf als Notfallsanitäter arbeiten wollen (Hofmann, 2020). Dieser Zustand muss hinterfragt und durch Zufriedenheitsbefragungen sowie individuellen Feedbacks kritisch reflektiert und konstruktiv dem aktuellen Stand von Wissenschaft und Technik angepasst werden.

Fazit und Schlussfolgerung

Die Ergebnisse der Studie geben wichtige Hinweise, welche qualitative und quantitative Anforderungen an eine zufriedenstellende praktische Ausbildung zum Notfallsanitäter zu formulieren sind. Der Praxisanleitung kommt dabei eine wesentliche Bedeutung zu. Praxisanleiter müssen mehr Zeit bekommen, um Auszubildende beim Lernen ausreichend unterstützen zu können. Die Anleitung von Auszubildenden zum Notfallsanitäter ist eine ständige Aufgabe, die nicht „nebenbei“ durch Praxisanleiter in ihrem beruflichen Alltag durchgeführt werden kann. Hinzu kommt die situative Anleitung, die in alltäglichen Lernsituationen durch ständige Anwesenheit von qualifiziertem Fachpersonal sicherzustellen ist. Auch für die Praxisbegleitung ist der erforderliche quantitative und qualitative Umfang in den gesetzlichen Vorgaben festzulegen (Bühler, 2015).

Um die dringend erforderliche Qualitätssicherung der berufspraktischen Ausbildung gewährleisten zu können, wird eine professionelle und kooperative Zusammenarbeit aller Beteiligten an der beruflichen Ausbildung zum Notfallsanitäter vorausgesetzt. Gemeinsames Ziel muss es sein, Auszubildenden eine mitbestimmte, selbstbestimmte und vernunftgeleitete theoretische sowie praktische Ausbildung zu ermöglichen. Diese muss in gegenseitiger Anerkennung und beruflicher Selbsterfüllung gewährleistet werden, zum Wohle einer professionellen Berufs- und Weiterbildung.

Um die praktische Ausbildung und die Zusammenarbeit mit Kliniken zu fördern, ist die Erstellung und Implementierung eines einheitlichen Ausbildungscurriculums für das Klinik- und Rettungswachen Praktikum unerlässlich. Damit werden die Organisation und Integration der Notfallsanitäter-Auszubildenden im klinischen und rettungsdienstlichen Alltag gefördert. Eine daraus resultierende einheitliche und qualitativ hochwertige praktische Ausbildung von Notfallsanitätern an den Ausbildungskliniken bietet möglicherweise Vorteile bei der späteren Zusammenarbeit an der Schnittstelle von Rettungsdienst und Klinik und kann wesentlich zur Verbesserung der prähospitalen Patientenversorgung im Rettungsdienst beitra-

gen. Die insgesamt gute Gesamtzufriedenheit der Auszubildenden zum Notfallsanitäter bestätigt die Einführung der neuen kompetenzorientierten Ausbildungsregelung im Sinne des NotSanG und der zugehörigen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung sowie die erfolgreiche Umsetzung in den Berufsschulen und den Ausbildungsstätten.

Literaturverzeichnis

Arens, F. (2015). Praxisbegleitung in der beruflichen und akademischen Pflegeausbildung. Eine Standortbestimmung. In F. Arens, Berufsbildungsforschung Pflege und Gesundheit. wvb, Berlin, Band 1, S 40-42

Bühler, S. (2015). Ausbildungsreport Pflegeberufe 2015. ver.di-Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft, Fachbereich Gesundheit, Soziale Dienste, Wohlfahrt und Kirchen .

Grönheim, K. (2018). Ausbildung und praktische Anleitung am Lernort Rettungswache. Edewecht: S+K Verlag, S 28.

Hofmann, T. (2020). Berufstreue von angehenden Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern: Eine Befragung von Auszubildenden über ihren Berufsverbleib. Gesellschaft zur Förderung der Wissenschaft im Rettungsdienst (GzFWR).

Jungkunz. (1996). Zufriedenheit von Auszubildenden mit ihrer Berufsausbildung . Berufs- und Wirtschaftspädagogik (92), S. 400-415.

Kultusministerkonferenz (2018). Bildungsbericht 2018, aktuelle Fassung. Bundesministerien für Bildung und Forschung.

Meyer, H. (2020). Was ist guter Unterricht. Cornelsen.

NotSan-APrV. (2013). Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter . Bonn: Bundesministerium für Gesundheit, Deutschland.

NotSanG (2013): http://www.notfallsanitaeter-aktuell.de/gesetz-notsang/. Zugegriffen 16. Februar 2022

Wissenschaftsrat (2012): https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf?__blob=publicationFile&v=1. Zugegriffen: 16. Februar 2022

Zielke, D. (1998). Ursachen der Ausbildungszufriedenheit. Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis (27), S. 10-15.

FÜR ALLE DIE HOCH HINAUS WOLLEN



Sonderausbildung Pflege bei Nierenersatztherapie

Anmeldung bis 31. Juli 2022
Start am 31. Jänner 2023

Aufbaukurs Clinical Assessment

Nächster Kursstart:
8. - 9. Juni 2022 und
27. - 28. Juni 2022



Jetzt informieren unter www.bbpflegeakademie.at

BARMHERZIGE BRÜDER
PFLEGEAKADEMIE WIEN

Unsere Superkraft: **Pflegekraft**

Zur Verstärkung unserer Teams suchen wir:

- Dipl. Gesundheits- und Krankenpfleger*in (DGKP)
- Fachsozialbetreuer*in Schwerpunkt Altenarbeit
- Pflegefachassistent*in
- Pflegeassistent*in
- Heimhelfer*in

Jetzt bewerben und erleben

www.caritas-stpoelten.at/jobs

Caritas Pflege



Advanced Nursing Practice

MASTER-LEHRGANG



Umfang und Abschluss: 4 Semester, 120 ECTS, Master of Science
Organisationsform: berufsbegleitend, in Blöcken von 3 bis 4 Tagen
Beginn: jährlich Mitte September
Studienort: Campus Rudolfinerhaus Wien
Kosten: € 11.500 zzgl. gesetzl. ÖH-Beitrag

Mag.ª Christina Zlamala | c.zlamala@campus-rudolfinerhaus.ac.at
Tel. +43 (0)1 360 36 - 6520 | www.campus-rudolfinerhaus.ac.at

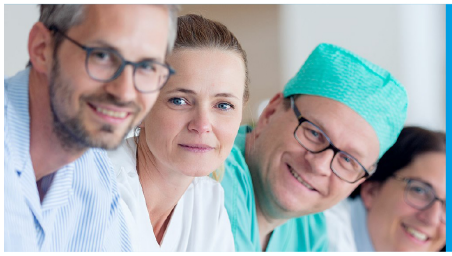
FACHHOCHSCHULE WIENER NEUSTADT

CAMPUS RUDOLFINERHAUS

BARMHERZIGE BRÜDER
KRANKENHAUS EISENSTADT

Gutes tun und es gut tun.

Der weltweit tätige Orden der Barmherzigen Brüder führt in Österreich rund 30 Einrichtungen im Gesundheits- und Sozialbereich mit über 7.000 Beschäftigten.



Für unser Krankenhaus in Eisenstadt suchen wir ab **01.01.2023** eine

Stationsleitung (m/w) für die Zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheit

Vollzeit (100%) ab 01.01.2023

Das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Eisenstadt GmbH, das als Schwerpunktkrankenhaus die Versorgung des nördlichen Burgenlandes verantwortet, verfügt derzeit über 420 Betten und beschäftigt rund 1.300 Mitarbeiter/innen, die geleitet von unserem Motto „Gutes tun und es gut tun" medizinische und pflegerische Betreuung auf höchstem Niveau zum Ziel haben.

Das Motto des Ordensgründers der Barmherzigen Brüder „Gutes tun und es gut tun" leitet unser tägliches Handeln. Unsere Ziele sind eine medizinische und pflegerische Betreuung auf höchstem Niveau und eine Wertehaltung im Sinne der christlichen Gastfreundschaft für die uns anvertrauten Patienten/-innen.

Wir suchen eine Stationsleitung für die Zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheit mit 10 Betten an der Aufnahmestation Notfall und 4 Betten für die kurzfristige Überwachung von Patienten/-innen. In der Zentralen Aufnahme- und Erstversorgungseinheit werden Patienten/-innen betreut, die fachlich den Abteilungen Innere Medizin, Chirurgie und Neurologie zuzuordnen sind.

IHRE AUFGABEN

- Fachliche und organisatorische Führung des Pflegepersonals Ihrer Station
- Als Stationsleitung sind Sie einerseits für die Durchführung pflegerischer Tätigkeiten auf der Grundlage der aktuellen Pflegepraxis und gesetzlicher Rahmenbedingungen und andererseits für die professionelle und bedürfnisorientierte Betreuung der Patienten/-innen auf der Station beispielgebend
- Sie leiten Ihr Team professionell an und unterstützen dieses in der täglichen Arbeit
- Gestaltung von Arbeits- und Entwicklungsprozessen im Einklang mit unserer Strategie und unseren Werten
- Mitarbeit an der Entwicklung von Qualitätsstandards, Implementierung und Führung von Prozessen und Strukturen
- Mitarbeit und Leitung von Projekten zur systematischen Verbesserung der Patientenbehandlung
- Gestaltung und Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit, um die bestmögliche patientenorientierte Versorgungs- und Pflegequalität zu gewährleisten
- Repräsentation bei internen und externen Veranstaltungen nach Absprache
- Kooperation und Vernetzung mit definierten internen und externen Schnittstellen und Partnern

IHRE KOMPETENZEN

Für die Zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheit suchen wir eine reife Persönlichkeit mit mehrjähriger einschlägiger Berufserfahrung und erwarten von Ihnen die Umsetzung unserer Unternehmenswerte und -strategie. Als Stationsleitung leben und fördern Sie die Wertehaltung der Barmherzigen Brüder und deren Ethik, wie sie sich im Ethik-Codex ausdrückt (siehe barmherzige-brueder.at/ethik/codex). Sie zeichnen sich insbesondere durch folgende Qualifikation aus:

- Diplom der Gesundheits- und Krankenpflege
- Mehrjährige Berufserfahrung oder Erfahrung als stellvertretende Stationsleitung
- Fähigkeit, Mitarbeiter/innen auch in schwierigen Situationen zu führen und zu motivieren sowie klare Ziele zu setzen
- Organisationsstärke, lösungs- und ergebnisorientierte Arbeitshaltung
- Interprofessionelles Kommunikations- und Kooperationsvermögen
- Zuverlässigkeit, Belastbarkeit und eigenverantwortliche Arbeitsweise
- Hohe Sozialkompetenz und Einfühlungsvermögen
- Gute Deutschkenntnisse (Diplom C1 oder B2)

Von Vorteil:

- Mehrjährige Führungserfahrung
- Nachweis der Sonderausbildung im basalen und mittleren Management bzw. Bereitschaft diese zu absolvieren

WIR BIETEN

- Individuelle Einarbeitung (Mentoring-System)
- Verantwortungsvolle Position und abwechslungsreiches Arbeitsgebiet
- Wir bieten Ihnen die Möglichkeit, einen interessanten Arbeitsbereich aktiv mitzugestalten und Ihre organisatorischen und fachlichen Fähigkeiten einzubringen
- Gute Zusammenarbeit mit der Bereichsleitung und Pflegedirektion
- Fachspezifische und fachübergreifende Fort- und Weiterbildungen
- Zugang zum Online-Fortbildungsprogramm CNE
- 28 Arbeitstage Erholungsurlaub pro Jahr
- Betriebliche Gesundheitsförderung, Supervision und Arbeitspsychologie
- Günstige Verpflegungsmöglichkeit
- Günstige Wohn- und Parkmöglichkeiten (bei Verfügbarkeit)
- Jahresmindestbruttogehalt inkl. fixer Zulagen (Beschäftigungsausmaß 100%) € 55.627,60 (Stufe 1) – je nach Höhe der anrechenbaren Vordienstzeiten.

Wir freuen uns über Ihre Bewerbung

Wir freuen uns über Ihre Bewerbung **bis spätestens 17.06.2022** bestehend aus Motivationsschreiben, Lebenslauf, Referenzen, Zeugnissen und Foto.

Bitte um Beachtung, dass eine Eintragung in das Gesundheitsberuferegister eine Voraussetzung für Ihre Berufsausübung und somit eine Einstellungsvoraussetzung darstellt.

Hier finden Sie unsere Checkliste Immunitätsnachweis.

JETZT ONLINE BEWERBEN

BEWERBUNG bis 17.06.2022:

Online: https://bewerbung-eisenstadt.barmherzige-brueder.at/Job/1464
Kontakt: Brigitte Polstermüller MSc, Pflegedirektorin, Tel.: +43(0)2682/601 DW 1210

ÜBER UNS:

www.bbeisen.at

www.barmherzige-brueder.at/datenschutz

NÄHER AM MENSCHEN.
NÄHER BEI MIR.



Jetzt für das von SeneCura finanzierte Bachelor-Studium Gesundheits- und Krankenpflege an der IMC FH Krems bewerben.
senecuragruppe.at
KZ 2021-7421

Mit über 5.000 Mitarbeiter:innen sind wir der größte private Arbeitgeber im Pflege- und Gesundheitsbereich in Österreich. In unseren Häusern pflegen wir eine wertschätzende und professionelle Kultur. Wir arbeiten mit Herz und Verstand mit und für die uns anvertrauten Menschen, die uns viel Positives zurückgeben. Es ist eine Arbeit mit Sinn und jedes Lächeln kommt zurück.

Wir suchen Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen für unsere Sozialzentren in allen Bundesländern.

In einem multiprofessionellen Team sind Sie mit Ihrer ganzen Expertise gefragt und können sich mit all Ihren Talenten einbringen. Sie arbeiten nach den von SeneCura selbst entwickelten Pflegestandards und tragen zur Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner bei. Ihre Karriere unterstützen wir mit individueller Fort- und Weiterbildung im SeneCura Campus oder der Ausbildung im Pflegemanagement.

Sie sind wie wir näher am Menschen? Dann freuen wir uns auf Ihre Bewerbung unter senecuragruppe.at

Lisa-Maria Willisits, BA, SeneCura HR Talent Management
T +43 (0)1 585 61 59 www.senecura.at/karriere

SeneCura
NÄHER AM MENSCHEN

imc | FH KREMS



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.

@fhkrems @imcnurse

Alle Studiengänge im Überblick:
www.fh-krems.ac.at