





Natürlich hat unser Magazin auch einen eigenen Youtube Kanal.
Auf unserem Kanal finden Sie

Vorträge, Interviews, Science Talks, Berichte von:

Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Angelika Zegelin

Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Christel Bienstein

Sr. Liliane Juchli

MMag.^a Dr.ⁱⁿ Elisabeth Rappold

Dr. Christoph Zulehner

Martin Moder PhD

u.v.m.

Inkl. unserer eigenen Dokumentationsreihe „**Pflege - Lebensgeschichten**“

<https://www.youtube.com/c/PflegeProfessionell>



SPEZIELLE BERUFLICHE DIDAKTIK

- 05 Evidenzbasiert Unterrichten: Einstellungen und Motivation von Lehrkräften**
Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Hiltraut Paridon
Kristin Schmid B.A.
Anja Krause B.A.
- 13 Betriebliche Gesundheitsförderung Fragebogenstudie über die Wirkung gezielter Schulungen zur Verhaltensänderung beim Rückengerechten Patiententransfer**
Cornelia Schneck B.A.
Prof. Dr. habil. Thomas Prescher
- 25 Phänomenologisches Lernen am Beispiel psychiatrischer Pflege Themen**
Sabrina Tulka M.A.
Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Patrizia Raschper

SKILL LABS & SIMULATIONEN

- 33 Mediengestützte patientenprozessorientierte Lernaufgaben zur Förderung der Lernortkooperation in der Pflegeausbildung**
Daniel Amon B.A.
Prof. Dr. habil. Thomas Prescher
- 45 Erwartungen der Praxisanleiter:innen an die Praxisbegleitung durch die Pflegeschulen: Eine Mixed-Methods Studie**
Aline Petzold B.Sc.
Lars Hollmann B.A.
Tilman Huckle B.Sc.
- 55 Zur Zufriedenheit von Auszubildenden zum Notfallsanitäter mit der fachpraktischen Ausbildung an Lehrrettungswachen - eine bundesweit durchgeführte, retrospektive, Querschnittsuntersuchung**
Markus Herwig B.A.
Isabell Brunne M.Ed.
Prof. Sebastian Koch

BEST PRACTICE

- 65 Schul(weiter)entwicklung in Schulen für Pflegeberufe – das Refld-Modell**
Prof. Dr. phil. Matthias Drossel

FORSCHUNG

- 73 Wissenschaftliche Karriere bis zur Professur in pflegebezogenen Studiengängen - Ziel oder Kompromiss?**
Dr.ⁱⁿ phil. Friederike Link
Caren Horstmannshoff, B.Sc., M.Sc EbHC
Prof. Dr. rer. medic. Martin Müller, MPH
Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ phil. Katharina Lüftl
- 87 „Es eckt halt einfach noch...“**
Dr. phil. Joachim von der Heide, M.A.
Prof. Dr. paed. habil. Karl-Heinz-Sahmel

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
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

Patienten klug informieren, schulen und beraten



Martin Schieron / Christa Bükler / Angelika Zegelin (Hrsg.)

Patientenedukation und Familienedukation in der Pflege

Praxishandbuch zur Information, Schulung und Beratung

2021. 336 S., 43 Abb., 16 Tab., Kt

Etwa € 44,95 / CHF 61.00

ISBN 978-3-456-86041-1

Auch als eBook erhältlich

Das Handbuch zur Patientenedukation bietet Pflegefachpersonen einen Überblick über Formen, Grundlagen und Handlungsfelder der Patientenedukation. Es verortet die Patientenedukation in Ausbildung, Studium und Praxis und informiert über den Stand der Forschung.

Das erfahrene Autorenteam stellt die klassischen edukativen Interaktionen, wie Information, Schulung und Beratung im face-to-face-Kontakt dar. Sie beschreiben neuere Handlungsfelder, wie Online-Schulungen, E-Health und Health Literacy.

Martin Schieron / Christa Bükler / Angelika Zegelin (Hrsg.)

Patientenedukation und Familienedukation in der Pflege

Praxishandbuch zur Information, Schulung und Beratung



www.hogrefe.com

Bestellschein

Tel. +49 551 999 50 950

Fax +49 551 999 50 955

vertrieb@hogrefe.de

www.hogrefe.com

Bitte bestellen Sie bei Ihrer Buchhandlung oder wenden Sie sich an

Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Herbert-Quandt-Straße 4
37081 Göttingen

Jetzt bestellen

Ex. M. Schieron / C. Bükler / A. Zegelin (Hrsg.)

**Patientenedukation und Familienedukation in der
Pflege**

Institution _____

Name / Vorname _____

Straße / Nr. _____

PLZ / Ort _____

Datum _____ Unterschrift _____

E-Mail _____

Newsletter

Sehr geehrte Leser*innen,

mit dieser Ausgabe gelingt uns wieder mal ein Beitrag für die Fachwelt, erstellt im Ehrenamt. Deshalb besonderen Dank an die Redaktion, Markus Golla und das Team der Herausgeber. Nur durch ehrenamtliches Engagement kommen wir derzeit zu einem kompletten ‚open source journal‘, das für alle Menschen zugänglich ist. Niederschwellig und für jeden kostenlos lesbar. Ich freue mich, dass die Veränderung spürbar ist: Immer mehr Pädagog*innen setzen auf Aktualität und Beweiskraft, im Sinne von evidence based teaching. Fachbücher als Leitliteratur, Fachzeitschriften und Datenbanken als lenkend und leitend für eine gute Unterrichtsvorbereitung. Peer-tutored, peer-taached oder wie auch immer wir es nennen wollen. Gemeinsam und durch guten Austausch und Transparenz entwickeln wir Unterrichte weiter.

Mit diesem Vorwort auch ‚mal wieder‘ ein Appell (siehe entsprechendes Buch): „Berufsstolz in der Pflege“. Vielen Dank über diesen Weg an die Kolleg*innen Prof. Zegelin und Dr. Quernheim, die mit diesem Buch und dazugehörigen Vorträgen einen sehr wichtigen Beitrag für uns alle leisten. Ein weiterer herzlicher Dank gilt Fr. Christine Vogler (Präsidentin des Deutschen Pfliegerates), die mit Ihrem unermüdlichen Einsatz den Pflegeberuf und die Berufspädagogik voran bringt. Sicher gibt es weitere Personen, die derzeit viel für unsere Berufe und deren Weiterentwicklung tun, ob als Verband, wie z. B. der BLGS (übrigens für alle Lernbegleiter*innen im Gesundheitswesen), als Gewerkschaft, (Gewerkschaft für die Pflege: Bochumer Bund) oder als Einzelpersonen in der Praxis, in Hochschulen, Universitäten und den Bildungszentren.

Lasst uns für unsere jeweilige Fachwissenschaft im Einzelnen kämpfen. In der Pädagogik, Didaktik und ihren Fachdidaktiken sollten wir uns, also alle Berufe des Gesundheitswesens gemeinsam, organisieren. Der Bundesverband für Lehrende im Gesundheits- und Sozialwesen (BLGS) trägt aus meiner Sicht einen guten Teil dazu bei. Werden Sie Mitglied! Ihre Institution UND Sie als Einzelner.

Ich wünsche Ihnen viel Lesefreude mit unseren neun ausgewählten Beiträgen!

Das Verfahren für die Annahme neuer Artikel für die Aprilausgabe läuft bereits. Senden Sie uns gerne Ihren Artikel zu!

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. Matthias Drossel
Leitender Herausgeber



Prof. Dr. phil. Matthias Drossel
Ltd. Herausgeber

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



Eingereicht: 16.06.2021
Genehmigt: 05.07.2021

doi: 10.52205/llig/07

Prof.in Dr.in Hiltraut Paridon

Leiterin des Studiengangs
Medizinpädagogik (B.A. und
M.A.) an der SRH Hochschule
für Gesundheit

Korrespondenzadresse:
SRH Hochschule für Gesund-
heit, Campus Gera
Neue Straße 28-30, 07548
Gera, 0365 773407-15,

hiltraut.paridon@srh.de



Kristin Schmid B.A.

Medizinpädagogin (B.A.), stell-
vertretende Hortleiterin beim
Hort Zillekids des Deutschen
Kinderschutzbundes in Rade-
beul

sk.schaaf@freenet.de



Anja Krause B.A.

Pädagogische Mitarbeiterin am
Centrum für Kommunikation-
Information-Bildung (cekib) des
Klinikums Nürnberg

Anja.Krause@klinikum-nuern-
berg.de



Evidenzbasiert Unterrichten: Einstellungen und Motivation von Lehrkräften

Abstract deutsch

Heute mutet es dem Leser beinahe schon als alter Hut an, dass Therapie, sowie medizinisches Handeln im Allgemeinen auf einer statistischen Basis erfolgen müssen, jenseits romantischer Verklärungen von Hausmittelchen und Wunderheilung.

Nicht nur das Handeln in Gesundheits- und Heilberufen, sondern auch die Gestaltung von Unterricht, kann auf Grundlage empirischer Forschungsergebnisse oder eher auf Erfahrung und Intuition beruhen. Voraussetzung für eine evidenzbasierte Unterrichtspraxis ist die Bereitschaft und Fähigkeit von Lehrkräften, regelmäßig Erkenntnisse aus Wissenschaft und Forschung zu pädagogisch-psychologischen Fragestellungen zu rezipieren, um sie dann im eigenen Unterricht umzusetzen. In einer aktuellen Pilot-Studie wurden 67 Lehrkräfte zu ihrer Motivation und ihren Einstellungen zum Thema befragt. Es zeigt sich, dass sich die Befragten zwar grundsätzlich gerne mit pädagogisch-psychologischen Themen beschäftigen, sie die Wirksamkeit der Erkenntnisse und die Übertragbarkeit auf die Unterrichtspraxis jedoch für begrenzt halten. Vor allem Zeitmangel und fehlende Fort- und Weiterbildungen werden als Hinderungsgründe angegeben. Zukünftige Untersuchungen sollten die Daten auf eine breitere Basis stellen und Lehrkräfte im Gesundheitswesen in den Fokus nehmen. Ziel dieses Beitrags ist es, einen Einblick in das Thema zu bieten und zu Diskussionen anzuregen.

Abstract english

It may appear as an old chestnut to the reader, that therapy, as well as medical practice in general are supposed to be based on scientific results, even beyond romantic biases, concerning home remedies and miraculous healing.

Not only practicing in the health and medical professions, but also teaching can be based on empirical research results or rather on experience and intuition. The prerequisite for evidence-based teaching is the willingness and ability of teachers to regularly take note of findings from science and research on educational-psychological issues in order to then implement them in their own lessons. In a current pilot study, 67 teachers were asked about their motivation and their attitudes to the topic. It turns out that while the respondents generally like to engage in pedagogical-psychological topics, they consider the effectiveness of the findings and their transferability to teaching practice to be limited. Above all, lack of time and a lack of advanced training are evaluated as obstacles. Future research should broaden the data base and focus on teachers in the healthcare sector. The aim of this article is to offer an insight into the topic and to stimulate discussion.

1 Einleitung

Evidenzbasierte Praxis ist in den Gesundheits- und Heilberufen seit vielen Jahren ein Thema. In der Regel geht es hierbei um medizinische, therapeutische oder pflegerische Fragestellungen. Doch wie sieht es beim Thema „Unterricht“ aus? Die Gestaltung des Unterrichts, wie beispielsweise die Wahl der Sozialformen oder der Lehr- und Lernstrategien, kann – wie das therapeutische und pflegerische Vorgehen - ebenso evidenzbasiert erfolgen. Voraussetzung für evidenzbasierten Unterricht sind entsprechende Kenntnisse aktueller Forschungsergebnisse v.a. im Bereich der Pädagogik und Psychologie und die Bereitschaft, diese zur Kenntnis zu nehmen und im eigenen Unterricht umzusetzen. Somit besteht für Lehrkräfte die Anforderung, sich sowohl in den Fachwissenschaften regelmäßig weiterzubilden, sich über neue Forschungsergebnisse zu informieren, als auch die aktuelle pädagogisch-psychologische Forschung zu verfolgen und im eigenen Unterrichtshandeln umzusetzen.

In der vorliegenden Studie wurde, mit Hilfe eines Fragebogens erhoben, inwiefern Lehrkräfte dazu bereit sind, pädagogisch-psychologische Evidenzquellen für die Gestaltung des eigenen Unterrichts zu nutzen. Da es bisher kaum Studien zu diesem Thema gibt, wurden Lehrkräfte aller Schultypen in die Befragung einbezogen und die Stichprobe wurde nicht auf einzelne Schultypen oder Fachinhalte beschränkt.

2 Hintergrund

Schlägt man im Duden (2021) das Wort „evidenzbasiert“ nach, so ist dort folgende Erläuterung zu finden: „auf der Basis empirisch zusammengetragener und bewer-

teter wissenschaftlicher Erkenntnisse erfolgreich“. Diese Definition entspricht dem Begriff der sogenannten „externen Evidenz“ in der Medizin. Als Begründer der evidenzbasierten Medizin gelten D.L. Sackett und James Lind, die sie als ein Vorgehen beschrieben haben, bei dem individuelle klinische Expertise und die bestverfügbare externe Evidenz aus systematischer Forschung für Entscheidungen zur Versorgung individueller Patienten genutzt werden (Sackett et al., 1996). Die individuelle Expertise des medizinischen Personals wie auch die Ziele und Vorstellungen der Patientinnen und Patienten werden als Ergänzung zur externen Evidenz inzwischen als interne Evidenz bezeichnet (Behrens, 2006). Somit ergeben sich verschiedene Komponenten, aus denen sich eine klinische Entscheidung zusammensetzen sollte: Hierzu gehören aktuelle Forschungsergebnisse, wie auch die Erfahrungen klinischer Experten, aber auch die Erfahrungen und Vorstellungen des Patienten. Darüber hinaus sind natürlich auch strukturelle Faktoren, wie gesetzliche und finanzielle Rahmenbedingungen zu beachten.

2.1 Komponenten einer pädagogischen Entscheidung

In Anlehnung an Behrens und Langers (2010) Beschreibung der Komponenten einer pflegerischen Entscheidung, haben Paridon und Richter (2021) sich der Komponenten einer pädagogischen Entscheidung angenommen, dargestellt in Abbildung 1. Lehrende sammeln im Laufe der Zeit unterschiedliche Erfahrungen, hinsichtlich unterschiedlicher Unterrichtsmethoden, aber auch über den Umgang mit Heterogenität im Klassenverband. Beispielsweise entwickeln sie bestimmte Vorstellungen, wie man am bes-

ten mit schüchternen Lernenden umgeht, so dass diese sich am Unterrichtsgeschehen beteiligen oder umgekehrt, wie diejenigen, die immer in den Vordergrund drängen, auch anderen Raum geben können. Diese Expertise der Lehrenden wird als interne Evidenz bezeichnet. Zu dieser zählen ferner die Ziele und Vorstellungen der Lernenden, die unterschiedliche Motivationslagen mitbringen und in ihrem Verhalten bereits durch schulische Lernerfahrungen geprägt sind. Auch im schulischen Bereich gilt es, Rahmenbedingungen wie gesetzliche und curriculare Vorgaben, sowie die Ausstattung zu beachten. Wesentlich für ein evidenzbasiertes Vorgehen ist neben diesen Bereichen aber die Beachtung und Umsetzung wissenschaftlicher Erkenntnisse. Hier geht es um Ergebnisse der Unterrichtsforschung und somit v.a. um pädagogisch-psychologische Fragestellungen und nicht um Erkenntnisse der zu vermittelnden Thematik, wie z.B. Innere Medizin oder Pharmakologie.

Sie möchten auch einen pädagogischen evidenzbasierten Artikel bei „Pfleger 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

2.2 Gütekriterien und Forschungsdesigns

Für die Unterrichtsforschung gelten grundsätzlich dieselben Gütekriterien wie für andere empirische Wissenschaften. Dies gilt sowohl für die Erhebungs- und Messinstrumente, die genutzt werden, als auch für die Versuchspläne bzw. Studiendesigns, die das grundsätzliche Vorgehen bei einer Untersuchung beschreiben (Rost, 2013). Um Kausalzusammenhänge – also Ursache-Wirkungsbeziehungen – identifizieren zu können, muss das Untersuchungsdesign bestimmte Anforderungen erfüllen. Im medizinischen Bereich wird dieses Design als „randomisierte kontrollierte Studie (RCT)“ bezeichnet. Dieses Design gilt als Goldstandard in der klinischen Forschung, um die Wirksamkeit und Sicherheit einer neuen Therapie zu belegen (Kabisch et al., 2011). In der psychologisch-pädagogischen Forschung spricht man von einem „experimentellen Design“ bzw. vom „Experiment“, bei dem eine oder mehrere unabhängige Variablen vom Versuchsleiter hergestellt und manipuliert werden und die Auswirkung auf die abhängige(n) Variable(n) beobachtet werden, wobei die Versuchspersonen den Bedingungen nach Zufall – also randomisiert - zugewiesen werden (Huber, 2019). Ein weitverbreitetes Design in der pädagogisch-psychologischen Forschung ist das sogenannte Quasi-Experiment. Bis auf die folgende Ausnahme entspricht es einem Experiment: Es erfolgt keine zufällige Zuweisung der Versuchspersonen zu den Versuchsbedingungen (Dorsch, 2021). Quasi-Experimente haben einen geringeren kausaltheoretischen Status als Experimente. Sie werden häufig in der pädagogisch-psychologischen Forschung genutzt, da in diesem Bereich Gruppen, wie z.B. Schul-

klassen, bereits vorgegeben sind. In einem quasi-experimentellen Design erhält dann eine Schulklasse die experimentelle Behandlung und eine andere Klasse dient als Kontrollgruppe (Rost, 2013).

2.3 Evidenzquellen in der Bildungsforschung

Wie bereits beschrieben, unterscheiden Paridon und Richter (2021) in Anlehnung an evidenzbasierte Medizin und Pflege externe und interne Evidenz, wobei sich die externe Evidenz auf wissenschaftliche Studien bezieht und die interne Evidenz auf die Erfahrungen und Vorstellungen von Lehrenden und Lernenden. Demski (2017), die sich mit dem Thema „Evidenzbasierte Schulentwicklung“ beschäftigt, unterscheidet Evidenzquellen im engeren und im weiteren Sinne und differenziert hier jeweils den Fokus der Systemebene und den der Schul- bzw. Unterrichtsebene. Die Quellen im engeren Sinne verfügen über eine eher ausgeprägte Wissenschaftsorientierung, wie z.B. Schulleistungsstudien auf der Systemebene oder sie entstehen durch einen externen Impuls, wie z.B. Schulinspektionen auf der Schulebene. Evidenzquellen im weiteren Sinne besitzen eine geringe Wissenschaftsorientierung. Sie bestehen nur auf der Schul-

bzw. Unterrichtsebene und umfassen z.B. Feedback von Lernenden oder schulstatistische Auswertungen.

Ferchow (2014) vertritt ein breit angelegtes Verständnis von Evidenz und unterscheidet zwischen literaturbasierten (z.B. Zeitschriften und Bücher), web-basierten (z.B. Datenbanken) und persönlichen (z.B. Informationen von Lehrpersonen) Quellen. Unter Evidenzen versteht sie allgemein Erkenntnisse aus Studien oder Evaluationen, bei denen wissenschaftliche Standards eingehalten wurden. Interne Evidenz liefern innerschulisch geplante, durchgeführte und ausgewertete (Evaluations-)Studien und externe Evidenz stellen schulextern geplante und ausgewertete Studien- und Evaluationsergebnisse dar. Ferchow (2014) kommt aufgrund ihrer Analyse zu dem Schluss, dass sich im Bildungswesen ein eher weites Evidenzverständnis durchgesetzt hat und nicht mehr allein (quasi-experimentelle) Designs als evidenzbasierte Wissensbestände definiert werden.

Rost (2013) positioniert sich hingegen klar für experimentelle Designs in der Bildungsforschung, da Schulleistungsstudien wie PISA wegen der fehlenden Kontrolle



Abbildung 1: Komponenten einer pädagogischen Entscheidung.

von Störvariablen wissenschaftlich aussagearm sind. Die Autorinnen der vorliegenden Studie vertreten einen Ansatz wie er dahingehend bereits im Abschnitt 2.2 dargestellt wurde.

2.4 Evidenzbasierte Praxis im Lehrerberuf

Auch wenn es unterschiedliche Vorstellungen gibt, was genau unter Evidenz zu verstehen ist, so lässt sich doch festhalten, dass ein gemeinsamer Kern in der Forderung besteht, wissenschaftliche Erkenntnisse im eigenen Arbeitsbereich zur Kenntnis zu nehmen und in das eigene Handeln zu integrieren. Im Englischen wird die Anwendung wissenschaftlicher Erkenntnisse im Unterricht als „evidence-based teaching“ bezeichnet. Dunn et al. (2013) beschreiben den Terminus als den Einsatz pädagogischer Werkzeuge und Techniken, von denen auf der Grundlage experimenteller Forschung gezeigt wurde, dass sie das Lernen begünstigen bzw. fördern. Im deutschsprachigen Raum scheint es derzeit kein direktes Äquivalent zu geben. Hier wird von evidenzbasierten Lehr- und Lernstrategien, evidenzbasiertem Unterricht(en) oder auch evidenzbasiertem Lehrerhandeln gesprochen. Die Forderung nach evidenzbasiertem Handeln gewinnt im Bildungsbereich zunehmend an Bedeutung (Bauer, Prenzel & Renkl, 2015). Hierbei geht es nicht nur um bildungspolitische Entscheidungen, sondern auch um das unmittelbare Handeln von Lehrkräften. So postuliert die Kultusministerkonferenz in ihren Standards für die Lehrerbildung, dass Lehrkräfte über Kompetenzen verfügen sollen, Ergebnisse der Bildungs- und Schulforschung zu rezipieren, anwendungsbezogen zu reflektieren und zu bewerten. Ebenso sollen sie die Erkennt-

nisse für die eigene Tätigkeit und für die Gestaltung von Schul- und Unterrichtsentwicklung anwenden (KMK, 2004).

2.5 Voraussetzungen für evidenzbasiertes Handeln

Um evidenzbasiert arbeiten zu können, müssen die betroffenen Personen über entsprechende Fähigkeiten verfügen – und zwar unabhängig davon, ob es sich um Ärzte und Ärztinnen, Pflege-/ oder Lehrkräfte handelt. Die Personen müssen in der Lage und bereit sein, wissenschaftliche Literatur zur rezipieren. Hierzu gehören Kenntnisse über Datenbanken, zum Auffinden und Identifizieren von Publikationen, sowie Kenntnisse über Forschungsdesigns und Gütekriterien von Forschung, um diese beurteilen zu können. Das Wissen allein nützt jedoch nichts, wenn die Personen nicht bereit sind, sich mit Forschungserkenntnissen auseinanderzusetzen – die motivationale Komponente zu evidenzbasiertem Handeln ist also ebenso eine wichtige Voraussetzung (Ajzen, 1991). Neben den Fähigkeiten und der Bereitschaft, müssen auch entsprechende Rahmenbedingungen gegeben sein, wie zum Beispiel die Verfügbarkeit von Ressourcen – sowohl in zeitlicher Hinsicht, um Studien suchen und lesen zu können, als auch in finanzieller Hinsicht, um Literatur beschaffen zu können.

Um die Einstellung zur Nutzung aktueller bildungswissenschaftlicher Erkenntnisse als Grundlage für die Unterrichtsgestaltung bei Lehrkräften zu erfassen, wurde ein Fragebogen entwickelt. Die tatsächliche Nutzung entsprechender Quellen sowie Hinderungsgründe hierfür wurden ebenso mit dem Fragebogen erfasst. Da die Datenlage zum Thema bisher gering ist, wurde die Befragung nicht

auf bestimmte Schultypen oder Fächer beschränkt.

3 Methode

Die Datenerhebung erfolgte online und wird im Folgenden vorgestellt.

3.1 Stichprobe

Insgesamt haben sich 67 Personen beteiligt, die nach Abschluss eines entsprechenden Studiums einer Lehrtätigkeit an einer allgemein- oder berufsbildenden Schule nachgehen. 53 Personen waren weiblich und 14 männlich. Das Alter lag zwischen 25 und 64 Jahren mit einem Mittelwert von 43,4 Jahren. Die mittlere Berufserfahrung lag bei 16 Jahren und schwankte zwischen 1 und 44 Jahren. Bei den Teilnehmer*innen handelt es sich somit um eine Gelegenheitsstichprobe.

3.2 Untersuchungsmaterial

Der Online-Fragebogen bestand aus zwei Teilen. Im ersten Teil sollten Items zur Erfahrung von Lehrkräften mit wissenschaftlichen Erkenntnissen und Informationsquellen beantwortet werden. Dazu wurden vierstufige Rating-Skalen, Multiple Choice-Fragen und wenige offene Fragen verwendet. Als Grundlage dienten die Arbeit von Demski (2017) sowie das Projekt E4teach der TU München (Wenglein, 2018). Mit Hilfe einer vierstufigen Rating-Skala wurden die Nutzung (nie bis oft) und die eingeschätzte Nützlichkeit (nicht nützlich bis nützlich) von 13 verschiedenen Evidenzquellen erfasst. Zudem wurden mittels vierstufiger Rating-Skalen neun Faktoren, die eine Evidenznutzung an Schulen hemmen (stimmt nicht bis stimmt) und neun Faktoren, die eine Evidenznutzung fördern (trifft nicht zu bis trifft zu) beurteilt. Die Motivation und Zielsetzung von Lehrkräften zur Nutzung von Forschungsbefunden wurden eben-

falls auf der Basis von vierstufigen Rating-Skalen erfasst (trifft nicht zu bis trifft zu). Der zweite Teil des Fragebogens bestand aus soziodemografischen Angaben.

3.3 Durchführung der Untersuchung

Nach einem Pretest des Fragebogens wurden auf der Grundlage persönlicher Kontakte sechs Schulen in den Landkreisen Mittelsachsen und Meißen per E-Mail zur Teilnahme an der Studie eingeladen. Darüber hinaus wurde der Link zur Studie in Webportalen für Lehrer hochgeladen, wie z.B. 4teachers.de und lehrer-online.de. Der Befragungszeitraum betrug sechs Wochen.

4 Ergebnisse

Abbildung 2 zeigt die Mittelwerte der Items zur Einstellung und zu den Aktivitäten im Bereich bildungswissenschaftlicher Forschungsergebnisse.

Die Abbildung zeigt, dass sich viele Befragte grundsätzlich gerne mit bildungswissenschaftlichen Themen beschäftigen und sich Wissen aneignen. (Hierbei scheint es sich jedoch eher nicht um wissenschaftliche Erkenntnisse zu handeln, da sich die Befragten bei der Beurteilung solcher Erkenntnisse nicht wirklich sicher fühlen und sie die Übertragbarkeit auf die Unterrichtspraxis für begrenzt halten). Auch die Einschätzung hinsichtlich einer Verbesserung der Professionalität und Qualität durch wissenschaftliche Erkenntnisse fällt eher verhalten aus. Bei der Betrachtung der Ergebnisse fällt auf, dass die Mittelwerte fast alle zwischen 2,0 und 3,0 liegen und somit zwischen „trifft eher nicht zu“ und „trifft eher zu“. Eine eindeutig positive Haltung zum Thema „Evidenzbasiert unterrichten“ ist also nicht festzustellen.

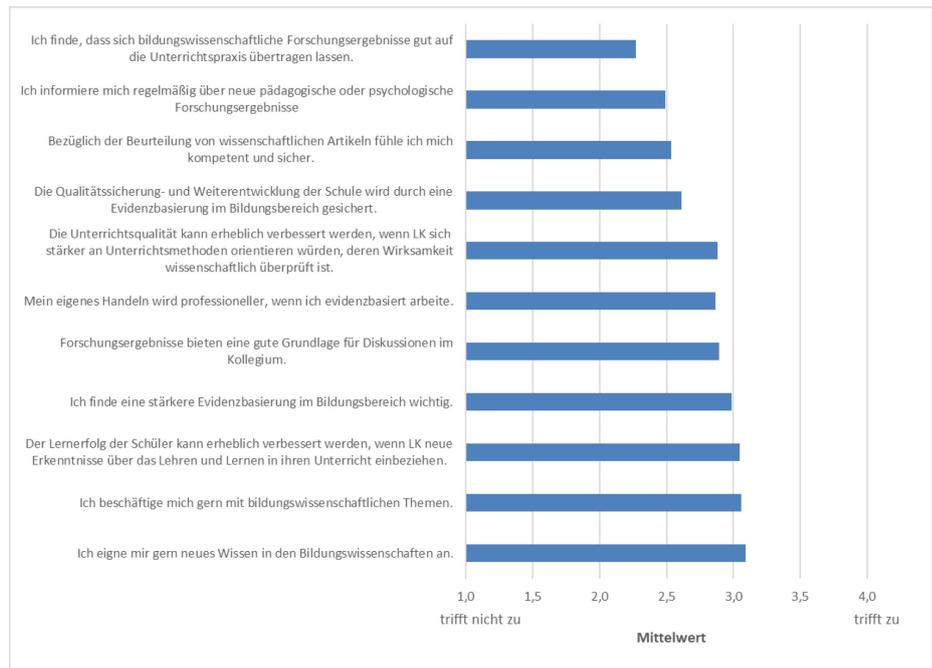


Abbildung 2: Mittlere Einschätzungen der eigenen Einstellung und Aktivitäten im Bereich bildungswissenschaftlicher Forschungsergebnisse.

Um zu erfassen, welche Informationsquellen genutzt werden, um sich über aktuelle Forschungsbefunde zu informieren, wurden den Teilnehmenden verschiedene Möglichkeiten vorgegeben. Diese sollten jeweils hinsichtlich ihre Nutzungshäufigkeit eingeschätzt werden, vgl. Abb.3.

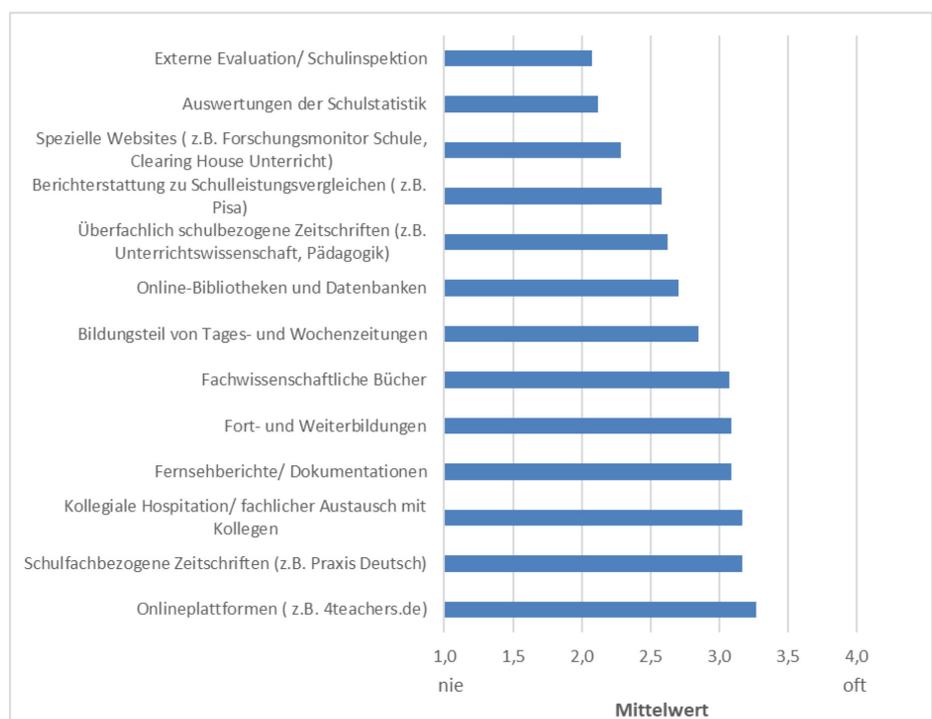


Abbildung 3: Mittlere Häufigkeiten der Nutzung unterschiedlicher Informationsquellen, um sich über aktuelle Forschungsbefunde zu informieren.

Im Mittel „manchmal“ dienen als Quelle Onlineplattformen, schulfachbezogene Zeitschriften, kollegiale Hospitation bzw. fachlicher Austausch mit Kollegen, Fernsehberichte und Dokumentationen, Fort- und Weiterbildungen sowie fachwissenschaftliche Bücher. Eher selten werden spezielle Websites durchsucht oder Daten der Schulstatistik oder der externen Evaluation/ Schulinspektion als Informationsquelle herangezogen. Die Beurteilung der Nützlichkeit entsprach im Wesentlichen der Nutzungshäufigkeit – je häufiger eine Quelle genutzt wird, umso nützlicher wird sie eingeschätzt bzw. umgekehrt, d.h. je nützlicher eine Quelle eingeschätzt wird, umso häufiger wird sie in der Regel genutzt.

Anschließend ging es um die Hinderungsgründe dafür, bildungswissenschaftliche Forschungsbefunde als Grundlage für die Unterrichtsgestaltung zu nutzen sowie um notwendige Unterstützungsangebote, um sich mit evidenzbasierten Forschungsergebnissen auseinanderzusetzen und dieses Wissen in der eigenen Unterrichtspraxis umzusetzen. Abbildungen 4 und 5 zeigen die entsprechenden mittleren Zustimmungsraten.

Es zeigt sich eine Tendenz, wonach sich die Befragten eher für kompetent und interessiert halten, Forschungsergebnisse zu lesen und zu verstehen. Allerdings geben bildungswissenschaftliche Forschungsbefunde eher zu wenig konkrete Handlungsanweisungen und es werden zu wenig Workshops und Fort- und Weiterbildungen zum Thema angeboten. Als größten Hinderungsgrund geben die Befragten „Zeitmangel“ an. Entsprechend steht „freie Arbeitszeit“ an erster Stelle der er-



Abbildung 4: Mittlere Einschätzung der Ausprägung unterschiedlicher Hinderungsgründe dafür, bildungswissenschaftliche Forschungsbefunde als Grundlage für die Unterrichtsgestaltung zu nutzen.

forderlichen Maßnahmen, um die Auseinandersetzung mit evidenzbasierten Forschungsergebnissen und deren Umsetzung in die eigene Unterrichtspraxis zu fördern. Darüber hinaus werden der fachliche Austausch mit Kolleginnen und Kollegen sowie Fort- und Weiterbildungen zu aktuellen pädagogischen und psychologischen Themen als wichtig erachtet. Mehr Kenntnisse und Übung im Um-

gang mit wissenschaftlichen Veröffentlichungen und mit digitalen Medien sowie hinsichtlich Literaturrecherchen werden als wenig wichtig angesehen.

5 Diskussion

Die Bedeutung einer „evidenzbasierten Praxis“ wird seit vielen Jahren in den Gesundheitswissenschaften betont. Mediziner, Pflegekräfte und Therapeuten sol-

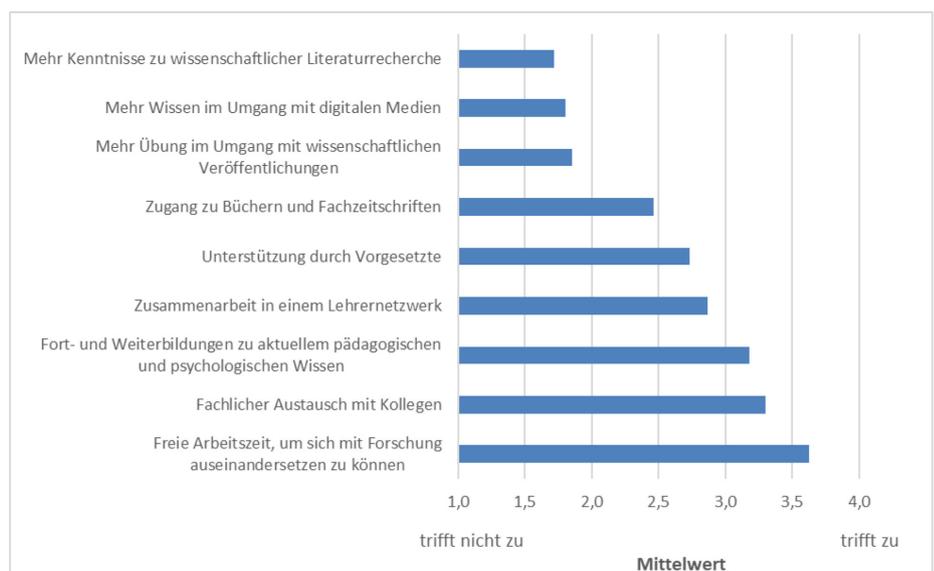


Abbildung 5: Mittlere Einschätzung zur Frage, welche Unterstützungsangebote benötigt werden, um sich mit evidenzbasierten Forschungsergebnissen auseinanderzusetzen und dieses Wissen in der eigenen Unterrichtspraxis umzusetzen.

len ihr Handeln am und mit dem Patienten auf wissenschaftlicher Evidenz basieren. Doch nicht nur das diagnostische und therapeutische Handeln können und sollen evidenzbasiert erfolgen, sondern auch das pädagogische Handeln sollte auf wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhen, so dass z.B. Lehr- und Lernmethoden gewählt werden, die sich nachweislich positiv auswirken. Bisher gibt es in Deutschland wenig Forschung zu diesem Bereich. Um die Bereitschaft von Lehrkräften zu erfassen, pädagogisch-psychologische Evidenzquellen für die Gestaltung des eigenen Unterrichts zu nutzen, wurde ein Fragebogen entwickelt. 67 Lehrkräfte aller Schultypen haben an der Befragung teilgenommen. Es zeigt sich, dass sich die Befragten zwar grundsätzlich gerne mit entsprechenden Themen beschäftigen, es sich dabei jedoch eher nicht um wissenschaftliche Erkenntnisse zu handeln scheint, da u.a. die Wirksamkeit solcher Erkenntnisse und die Übertragbarkeit auf die Unterrichtspraxis für begrenzt gehalten werden. Es werden zu wenig konkrete Handlungsempfehlungen gegeben. Als Informationsquellen werden vornehmlich Online-Plattformen und schulfachbezogene Zeitschriften genutzt. Als Hinderungsgründe werden v.a. Zeitmangel und fehlende Fort- und Weiterbildungen zum Thema angegeben. Entsprechend werden mehr Zeit wie auch ein stärkerer fachlicher Austausch mit Kolleginnen und Kollegen als Unterstützungsmöglichkeit genannt.

In einer Befragung von Pflegekräften zu ihren Einstellungen gegenüber einer evidenzbasierten Pflegepraxis, kamen Köpke, Koch, Behncke und Balzer (2013) teilweise zu ähnlichen Ergebnissen. So zeigte sich auch dort eine

grundsätzlich positive Einstellung, allerdings deuteten auch dort die Ergebnisse auf eine Diskrepanz zur tatsächlichen Umsetzung hin. Die Kompetenzen zur Recherche und Interpretation wissenschaftlicher Erkenntnisse wurden von den Pflegekräften als geringer eingeschätzt als von den Lehrkräften. Es kann vermutlich davon ausgegangen werden, dass Lehrkräfte entsprechende Kompetenzen im Laufe ihres Studiums erworben haben. Inwiefern jedoch entsprechende Erkenntnisse umgesetzt werden, ist allerdings auch hier fraglich.

Das Thema „evidenzbasierte Praxis“ hat seine Wurzeln in den Bereichen der Medizin und Pflege (Groccia & Buskist, 2011), da in diesen Bereichen lange Zeit eher aufgrund von Erfahrung und weniger aufgrund von wissenschaftlichen Erkenntnissen gearbeitet wurde. Die Erfahrung hat – wohl v.a. wenn es um die Zusammenarbeit mit Menschen geht – eine hohe Bedeutung und wird oft als „interne Evidenz“ bezeichnet. Sie allein reicht jedoch nicht als Entscheidungsgrundlage, wenn es um Diagnosen, Heilbehandlungen, Pflegehandlungen oder eben Bildung geht. Aus diesem Grund wird das Thema „evidenzbasierte Praxis“ vermutlich auch im Bereich des Lehrens und Lernens an Bedeutung zunehmen, wobei an dieser Stelle auch darauf hingewiesen werden soll, dass Evidenzbasierung kritische Reflektionen nicht ersetzen kann und darf (s. auch Hillecke & Dulger, 2014).

Fazit

Voraussetzung für evidenzbasiertes Handeln ist die Kenntnis wissenschaftlicher Grundlagen, um Studien beurteilen zu können sowie die ständige Bereitschaft, neue Ergebnisse zur Kenntnis zu

nehmen. Zu den entsprechenden Kompetenzen und Einstellungen bei Lehrkräften ist bisher wenig bekannt. Die vorliegende Studie hat einen Beitrag zur Klärung dieser Forschungsfrage geleistet. Allerdings umfasst sie nur eine kleine Stichprobe mit Lehrkräften verschiedener Schultypen, so dass sie lediglich einen Einblick in die Thematik geben kann. Zukünftige Forschung sollte die Daten auf eine breitere Basis stellen. Darüber hinaus sollte untersucht werden, ob sich speziell Lehrkräfte in Gesundheitsberufen von Lehrkräften in anderen Bereichen unterscheiden. Dadurch, dass sie das Thema „Evidenzbasierung“ aus den Fachinhalten bereits kennen, wäre es möglich, dass sie bereits Strategien entwickelt haben, Literatur zu suchen und zu lesen und entsprechende Konsequenzen für die Unterrichtspraxis abzuleiten. Darüber hinaus stellt sich die Frage, wie evidenzbasierter Unterricht stärker im alltäglichen Lehrerhandeln verankert werden kann. Hierfür lassen sich möglicherweise Überlegungen und Maßnahmen aus den medizinisch-therapeutischen Disziplinen übertragen und das Thema sollte bereits im Studium verankert sein.

Literatur

Ajzen, I. (1991). The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.

Bauer, J., Prenzel, M. & Renkl, A. (2015). Evidenzbasierte Praxis - im Lehrerberuf?! Einführung in den Thementeil. *Unterrichtswissenschaft*, 43, 188-192.

Behrens, J. (2006). Das Wichtigste sind Verantwortungsübernahme und Respekt. Die Schwester Der Pfleger, 3. Abgerufen am 21.6.21 unter <https://www.bibliomed-pflege.de/sp/artikel/31093-das-wichtigste-sind-verantwortungsuebernahme-und-respekt>

Behrens, J. & Langer, G. (2010). Handbuch Evidence-based Nursing. Externe Evidence für die Pflegepraxis. Göttingen: Hogrefe.

Demski, D. (2017). Evidenzbasierte Schulentwicklung. Empirische Analyse eines Steuerungsparadigmas. Verlag für Sozialwissenschaften.

Dorsch (2021). Quasi-Experiment. Lexikon der Psychologie. Abgerufen am 21.6.21 unter <https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/quasi-experiment>

Duden (2021). Stichwort „evidenzbasiert“. Abgerufen am 21.6.21 unter <https://www.duden.de/rechtschreibung/evidenzbasiert>

Dunn, D.S., Saville, B.K., Baker, S.C. & Marek, P. (2013). Evidence-based teaching: Tools and techniques that promote learning in the psychology classroom. *Australian Journal of Psychology*, 65, 5–13.

Ferchow, J. (2014). Evidenzbasierte Lehrerbildung? Eine empirische Analyse zur Integration von Wissenschaft und Forschung in der nordrhein-westfälischen Lehrerbildung. Dissertation, Universität Duisburg-Essen. Abgerufen am 21.6.21 unter <https://d-nb.info/1094516252/34>

Groccia, J.E. & Buskist, W. (2011). Need for Evidence-Based Teaching. *New directions for Teaching and Learning*, 128, 5-11.

Hillecke, T. & Dulger, A. (2014). Was heißt „evidenzbasiert“? Musiktherapeutische Umschau Online.

Huber, O. (2019). Das psychologische Experiment. Göttingen: Hogrefe.

Kabisch, M., Ruckes, C., Seibert-Gräfe, M., Blettner, M. (2011). Randomized controlled trials: part 17 of a series on evaluation of scientific publications. *Dtsch Arztebl Int*, 39, 663-668. Abgerufen am 21.6.21 unter <https://www.aerzteblatt.de/int/archive/article/107009>

Köpke S., Koch F., Behncke A., & Balzer K. 2013. Einstellungen Pfleger in deutschen Krankenhäusern zu einer evidenzbasierten Pflegepraxis. *Pflege*, 3, 163-175.

Paridon, H. & Richter, E. (2021). Evidenzbasiert unterrichten. *PflegeZeitschrift*, 74, 42–45.

Rost, D. (2013). Interpretation und Bewertung pädagogisch-psychologischer Studien. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.

Sackett, D.L., Rosenberg, W., Gray, J., Haynes, R. & Richardson, W. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*, 312, 71.

Wenglein, S. (2018). Studien zur Entwicklung und Evaluation eines Trainings für angehende Lehrkräfte zum Nutzen empirischer Studien. Dissertation, Technische Universität München, TUM School of Education, München. Abgerufen am 21.6.21 unter <http://mediatum.ub.tum.de/doc/1448783/1448783.pdf>

Wenglein, S. (2018). Studien zur Entwicklung und Evaluation eines Trainings für angehende Lehrkräfte zum Nutzen empirischer Studien. Dissertation, Technische Universität München, TUM School of Education, München. Abgerufen am 21.6.21 unter <http://mediatum.ub.tum.de/doc/1448783/1448783.pdf>

Wenglein, S. (2018). Studien zur Entwicklung und Evaluation eines Trainings für angehende Lehrkräfte zum Nutzen empirischer Studien. Dissertation, Technische Universität München, TUM School of Education, München. Abgerufen am 21.6.21 unter <http://mediatum.ub.tum.de/doc/1448783/1448783.pdf>



Angelika Feichtner, Hilde Kössler
Palliative Wundversorgung in der Praxis

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

Erhältlich im Buchhandel oder auf [facultas.at](https://www.facultas.at)



Eingereicht: 16.03.2021
Genehmigt: 15.06.2021

doi: 10.52205/llig/08

Cornelia Schneck B.A.

Gesundheits- und Pflegepädagogin (B.A.), Schul- und Studienzentrum am Klinikum Neumarkt,

cornelia.schneck@klinikum.neumarkt.de



Prof. Dr. habil. Thomas Prescher,

Professur Didaktik für Gesundheitsberufe, FH Münster; Fachbereichsleiter Pädagogik im Institut für Notfallmedizinische Bildung, INOB.org;

Thomas.prescher@fh-muenster.de



Betriebliche Gesundheitsförderung

Fragebogenstudie über die Wirkung gezielter Schulungen zur Verhaltensänderung beim Rückengerechten Patiententransfer

Abstract Deutsch

Durch gezielte Schulungen der Prinzipien zum Rückengerechten Arbeiten und durch Steigerung des Hilfsmitelesinsatzes soll eine Reduktion von körperlichen Belastungen, eine Verringerung der Fehlzeiten durch Muskel- und Skeletterkrankungen sowie der langfristige Erhalt der Erwerbsfähigkeit der Mitarbeitenden im Pflegebereich erreicht werden. Das Klinikum Neumarkt hat dafür ein umfangreiches Programm zum gesundheitsförderlichen Arbeitsverhalten in der Pflege entwickelt. Die vorliegende Fragebogenstudie dient dazu, die Wirksamkeit der Maßnahmen hinsichtlich der Krankenstände, der Reduktion von Muskel- und Skeletterkrankungen sowie einer angestrebten dauerhaften Verhaltensänderung für einen Rückengerechten PatientInnentransfer zu untersuchen. Um dessen Effektivität zu bewerten, werden einerseits der Umfang der Arbeitsausfälle der Mitarbeitenden dargestellt und andererseits zwei Umfragen der Allgemeinen Ortskrankenkasse Bayern (AOK) aus den Jahren 2015 und 2020 zur Mitarbeitergesundheit im Klinikum verglichen. Im Ergebnis zeigte sich, dass die Arbeitsunfähigkeitstage (AU Tage) der AOK-Versicherten am Klinikum Neumarkt um 3,4 Prozentpunkte bei den Muskel- und Skeletterkrankungen geringer waren als im direkten Vergleich zu KollegInnen in bayerischen Kliniken. Auch eine Förderung des körperlichen Wohlbefindens ließ sich mit den Ergebnissen belegen.

Schlüsselworte:

Arbeitsbelastung, Patiententransfer, Rückengerechtes Arbeiten, Mitarbeiterschulungen

Abstract English

Targeted training in the principles of back-friendly working and increasing the use of assistive devices is intended to reduce physical stress, cut absenteeism due to musculoskeletal disorders, and preserve the long-term earning capacity of employees in the care sector. To this end, Neumarkt Hospital has developed a comprehensive program on health-promoting work behavior in nursing. The purpose of this questionnaire study is to examine the effectiveness of the measures with regard to sick leave, the reduction of musculoskeletal disorders, and a targeted permanent change in behavior for a back-friendly patient transfer. In order to evaluate its effectiveness, the sickness rates of the employees are presented on the one hand, and on the other hand two surveys of the Allgemeine Ortskrankenkasse Bayern (AOK) from 2015 and 2020 on employee health in the hospital are compared. The results showed that the days of incapacity to work of AOK-insured employees at Neumarkt Hospital were 3.4 percentage points lower with regard to musculoskeletal disorders than in a direct comparison with colleagues in Bavarian hospitals. The results also show that physical well-being is promoted.

Keywords

Workload, patient transfer, back-friendly work, staff training

1 Arbeitsbelastung von Pflegekräften in Deutschland

Um den pflegebedürftigen Menschen eine qualitativ hochwertige Versorgung anbieten zu können, ist es relevant, der großen Gruppe der Mitarbeitenden in der Gesundheitswirtschaft adäquate Arbeitsbedingungen zu ermöglichen. Blickt man auf die Pflegekräfte, zeigen sich steigende Patientenbehandlungszahlen sowie ein Mangel an examinierten Fachpflegekräften. Die starken Arbeitsbelastungen für Pflegekräfte tragen dazu bei, dass in dieser Beschäftigungsgruppe überdurchschnittlich hohe krankheitsbedingte Fehltag im Vergleich zu anderen Berufen zu verzeichnen sind. Die Vermutung, dass spezifische Arbeitsbedingungen bei den Fehlzeiten eine Rolle spielen, liegt dabei nahe. Dies lässt sich mit folgenden Fakten bezüglich der Pflegebranche im Vergleich zu anderen Berufsgruppen untermauern (Drupp & Meyer, 2019, S. 33-45):

- Pflegekräfte werden häufiger als andere Berufsgruppen krankgeschrieben,
- die Krankmeldungen fallen häufig länger als sechs Wochen aus und
- Pflegekräfte sind überproportional von Muskel- und Skeletterkrankungen betroffen.

Hinsichtlich der betrieblichen Gesundheitsrisiken, so Isfort, Rottländer, Weidner, Gehlen, Hylla & Tucman (2018, S. 3), dominieren mit 78% die Auswirkungen der körperlich belastenden Arbeit auf den Muskel- und Skelettbereich vor den Auswirkungen psychischer Belastungen mit 71% u.a.m. Durch Krankheit entsteht eine Minderung der Leistungsfähigkeit bis zum vollkommenen Produktivitätsrückgang der betroffenen Pflegekraft.

Die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) definiert „sicher“ gefährdende Tätigkeiten in der Pflege (DGUV, 2018, o. S.). Darunter versteht man Tätigkeiten, welche mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einer Gefährdung des Muskel- und Skelettsystems führen. Unter den zehn gefährdenden Tätigkeiten sind viele pflegerische Handlungsabfolgen aufgelistet, darunter auch der Transfer von zu Pflegenden, PatientInnentransfer, wie beispielsweise einen Menschen im Bett kopfwärts zu bewegen.

Zur Prävention möglicher gesundheitlicher Schädigungen werden daher der Einsatz von technischen Hilfsmitteln zum Rückengerechten Arbeiten und unterschiedliche Schulungskonzepte angeboten. Solche Konzepte zur betrieblichen Gesundheitsförderung in Unternehmen starteten bereits vor mehr als 30 Jahren. 2015 wurde diese Forderung zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (PrävG) im Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) als Krankenversicherungsleistung hinterlegt, so Krupp, Hielscher & Kirchen-Peters (2019, S. 114). Mit dem Pflegepersonalstärkungsgesetz im Jahr 2018 wurden auch die Präventionsleistungen nach § 20 SGB V explizit für die Angestellten des Gesundheitssektors erhöht. Am Klinikum Neumarkt wurde dieser Entwicklungen folgend ein präventiver Ansatz entwickelt, gesundheitsförderliche Maßnahmen für ein Rückengerechtes Arbeiten in den Arbeitsalltag zu implementieren und die Wirksamkeit der Maßnahmen zu evaluieren. Mit dem vorliegenden Beitrag wird dementsprechend die Forschungsfrage verfolgt: Dienen der Einsatz von Hilfsmitteln sowie gezielte Schulungen des Pflege-

personals zum Thema Rückengerechter PatientInnentransfer der nachhaltigen Reduktion von Muskel- und Skeletterkrankungen?

2 Motivation als Motor aller Handlungen: Von der Gewohnheit zur Verhaltensänderung

Nicht nur der erkrankte Mitarbeitende leidet unter seiner Situation. Auch für das Unternehmen haben diese Fehltag Auswirkungen auf die Mehrbelastung der anwesenden Pflegekräfte, wodurch sich im Umkehrschluss auch deren Krankheitsrisiko erhöhen kann, so Joiko, Schmauder & Wolff (2010, S. 15). Die Motivation zu einem rückengerechten Arbeiten und zur Teilnahme und Umsetzung an Gesundheitsförderungsmaßnahmen, ist dabei sehr unterschiedlich. In Anlehnung an McMillan & Conner (2007, S. 237) ist für eine Strategie Rückengerechten Arbeitens ein doppelter Ansatz erforderlich, bei dem einerseits der Mensch motiviert werden soll, gesündere Verhaltensweisen anzustreben (Realisierungsmotivation) und andererseits auch die Möglichkeit für jeden Einzelnen besteht, diese Wahl individuell, selbständig und bedarfsgerecht treffen zu können (Selektionsmotivation). Beide Motivationsansätze nehmen einen wesentlichen Stellenwert in der Umsetzung des Rückengerechten Arbeitens am Klinikum Neumarkt ein.

Um eine Person zu motivieren, das eigene Verhalten zu ändern, müssen laut McMillan & Conner (2007, S. 238) folgende Erwartungen vorhanden sein:

- Sollte das Verhalten nicht geändert werden, besteht eine Gesundheitsbedrohung (= Situationsergebniserwartung)
- Durch die Verhaltensänderung wird das Risiko dieser Bedro-

hung verringert (= Handlungsergebniserwartung)

- Die betroffene Person ist in der Lage, selbst die Veränderung durchzuführen (= Selbstwirksamkeitserwartung)

In den Mitarbeiter-Schulungen zum Rückengerechten Arbeiten am Klinikum Neumarkt werden die drei Erwartungsansätze berücksichtigt. Um die Erwartungshaltung mit einer Veränderung von Gewohnheit zu ermöglichen, zeigt das Fehlermodell nach dem Generic Error Modelling System (GEMS), siehe Abbildung 1, einen Weg auf, wie gewohnheitsmäßiges Handeln und Verhalten verändert werden können. In diesem Modell wird zwischen drei Ebenen der kognitiven Steuerung von Handlung differenziert, so Schaper (2011, S. 451ff).

Dabei handelt es sich um die fer-

tigkeitsbasierte, die regelbasierte und die wissensbasierte Ebene. Die Kernidee des Modells besagt, dass unsere Handlungen hauptsächlich auf der fertigkeit- und der regelbasierten Ebene gesteuert werden, da auf diesen Ebenen ohne großen Aufwand der Verarbeitungsmodus besonders effizient erfolgt. Beim Auftreten von Problemen wird zunächst versucht, auf der regelbasierten Ebene mithilfe der Anwendung von bekannten und ähnlichen Situationen oder nach bewährten Handlungsschemata zu agieren. Sollte auch dies nicht zu einer Problemlösung führen, wird auf der wissensbasierten Ebene gehandelt, wobei auch da zuerst einfache gealterte Lösungswege, beispielsweise Versuch- und Irrtum-Strategien, angewendet werden. Soweit möglich, werden umfangreiche Situationsanalysen und Lösungsstrategieänderungen vermieden.

Verplanken (2007, S. 105ff.) stellt dar, dass auf dieser Ebene das häufige Wiederholen von Handlungen zu Gewohnheiten führt, die entgegen von vernunftgesteuerten Wiederholungen zu einer automatischen Aktion führen. Bei Handlungen entsteht so gesehen unter der Gewöhnung des Arbeitsalltages ein „Tunnelblick“, was die Aufmerksamkeit bezüglich neuer Informationen senkt.

Das GEMS-Modell dient daher als eine wichtige Grundlage, um im weiteren Verlauf dieser Arbeit beschriebene Prozessschritte zuzuordnen und vor allem, um Verhaltensschritte von Pflegekräften im Arbeitsalltag nachvollziehen zu können. Auch ermöglicht dieses Modell gesundheitsgefährdendes Handeln zu entdecken und dieses zu korrigieren. Falsches Einschätzen der Konsequenzen, vermeintlich unnötigen Aufwand

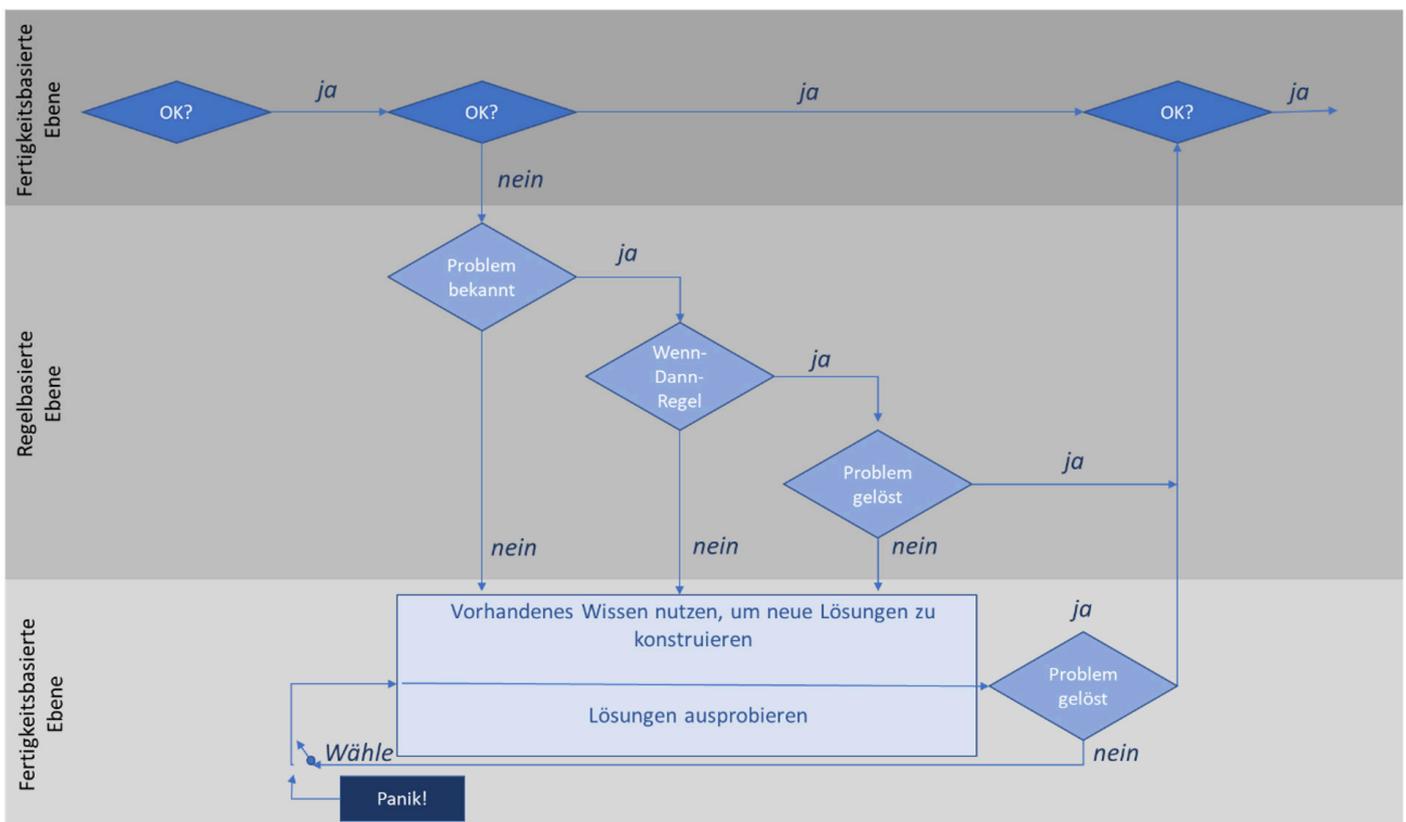


Abbildung 1: Schematische Darstellung des GEMS-Modells nach Reason

Quelle: Reason, 1990 in Schaper, 2011, S. 462

einzusparen oder überhöhte Ergebnissvorgaben können als Gründe für Regelverletzungen angeführt werden (Schaper, 2011, S. 463).

3 Methodisches Vorgehen zum Erkenntnisgewinn

Im Projekt wurde ein Ansatz gewählt, der dem Paradigma praxistheoretischen Forschens folgt (Knorr-Cetina et al. 2001; Nicolini et al. 2003; Mietinen et al. 2009). Dazu wurden eine evidenzbasierte Informationsgewinnung und eine dialogische Kulturentwicklung (Schein 2018, S. 242) kombiniert. Leitend ist die Idee, die Wirksamkeit der Maßnahmen mit evidenzbasierten Methoden zu erfassen und gleichzeitig mit Hilfe der gewonnenen Ergebnisse ins Feld zu gehen, um die Erkenntnisse in den Veränderungsprozess zurückfließen zu lassen. Im Sinne der erkenntnistheoretischen Verortung kann dieser Ansatz als eine beratende (Kieselhorst 2010) und dialogische Praxisforschung (Fahr 2008) beschrieben werden. Praxistheoretische Forschungen verfolgen als Ziele

- eine gegenständliche Praxis, z.B. eine bestimmte Organisation, zu analysieren und Ergebnisse für die Beteiligten dieser Praxis zu produzieren,
- die Praxis konkret zu gestalten und
- eine Theorieexplikation als verallgemeinerbare Aussagen und Beschreibungen der Praxis zu entwickeln und damit den Transfer der Ergebnisse anzubahnen.

Das methodische Vorgehen wird in Abbildung 2 im Überblick dargestellt. Über Google Scholar wurde eine weitere Freitext-Literatursuche mithilfe folgender Suchbegriffe durchgeführt: be-



Abbildung 2: Methodisches Vorgehen im Zeitlichen Kontext
Quelle: Eigene Darstellung

triebliche Gesundheitsförderung, Mitarbeitergesundheit, Empowerment, Mitarbeiterzufriedenheit, Gesundheitsmanagement in Pflegeberufen, Muskel- und Skelettkrankungen, Nachhaltigkeit, Hilfsmittel im Pflegeberuf, Rückengerechtes Arbeiten in der Pflege, Verhaltensänderungen, Mitarbeiterführung. Die Literaturrecherche erfolgte in gängigen Datenbanken, CINAHL, Google Scholar sowie in wissenschaftlichen Zeitschriften wie Padua, Pedocs, Pflegewissenschaft sowie Thieme Intensiv.

Im Bereich Faktencheck konnte zusammenfassend folgendes festgestellt werden: Die Forschungsstudie „Lendenwirbelsäulenbelastung durch Patiententransfers“ (BGW, 2018, S. 1) bestätigt, dass bei konventionellen Arbeitsweisen in den Transfers von zu Pflegenden eine extrem hohe Belastung der Lendenwirbelsäule auftritt. Obwohl es eine große Menge an Handlungskonzepten sowie Empfehlungen zur Implementierung von betrieblicher Gesundheitsförderung gibt, werden diese in Kliniken und ambulanten Einrichtungen nur sehr schleppend eingeführt. Die Begründung findet

sich laut dem Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft durch „[...] die angespannte Arbeitsmarktsituation und die Notwendigkeiten, die aus sozialpolitischem Versorgungsauftrag und aus der Fürsorgebeziehung in der Pflege resultieren [...]“, so Krupp, Hielischer & Kirchen-Peters (2019, S. 114-115).

Auch besteht eine moderate bis starke Evidenz vergleichbarer hochwertiger Studien, welche besagt, dass vereinzelte Präventionsmaßnahmen, beispielsweise nur Schulung zur Rückengerechten Arbeitsweise keine oder kaum primärpräventive Effekte bezüglich des Auftretens von chronischen Rückenerkrankungen haben, laut Michaelis & Hermann (2010, S. 197).

Positiver zeigen sich die Erkenntnisse, wenn sowohl die Körperwahrnehmung mitgeschult wird als auch ausreichend Hilfsmittel zur Verfügung stehen. Die Studie von Hignett (2003, S. 1-8), welche einer systematischen Überprüfung von internationalen Daten im zeitlichen Kontext von 1960-2001 zugrunde liegt, betrachtet die Kom-

bination von Körpertraining mit verschiedenen ergonomischen Hilfsmitteln und misst eine moderate bis starke Evidenz nachweisbarer Wirksamkeit bezüglich der Muskel- und Skeletterkrankungen. Im Review der Metastudie werden die positiven Ergebnisse auf Optimierungsmaßnahmen in den Ebenen der Arbeitsorganisation sowie der Arbeitsumgebung zurückgeführt. Auch wird dem Bereich Unternehmenskultur eine entscheidende Rolle im Umsetzungsprozess und in der Zielerreichung zugeordnet.

Michaelis & Hermann (2010, S. 203f.) empfehlen in diesem Sinne eine systematische Anschaffung von Hilfsmitteln, kombiniert mit passgenauen, individuellen Schulungen für die Anwender. Ebenfalls fordern beide Autoren ergonomische Grundlagenschulungen, welche nicht primär am zu Pflegenden orientiert sind, sondern kompetenzorientiert Transfertechniken und Handlings beinhalten. Da in vielen Pflegeschulen nicht ausreichend über Rückengerechtes Arbeiten geschult wird, so die Autoren, fehlt es bereits vom Ausbildungsbeginn an einem ergonomischen Problembewusstsein.

Zur Abrundung folgt die Beschreibung der verschiedenen Maßnahmen am Klinikum Neumarkt, um

das Schulungskonzept zum Rückengerechten Arbeiten zu implementieren und die Mitarbeitenden aktiv an der betrieblichen Gesundheitsförderung zu beteiligen. Zu diesem Zweck stellt das Klinikum Neumarkt die Auswertungen klinikinterner Daten zur Verfügung.

4 Detailliertes Umsetzungsbeispiel am Klinikum Neumarkt

Beim Klinikum Neumarkt handelt es sich um ein Schwerpunktkrankenhaus der Versorgungsstufe zwei mit 17 Fachabteilungen, 530 Planbetten, davon 22 Intensivbetten, und 23 tagesklinischen Behandlungsplätzen. Im Jahr 2019 wurden 26.000 PatientenInnen stationär und 48.000 ambulant versorgt (Schwindl, 2020, k. S.). Für die Pflegekräfte verbindet sich damit zum einen ein hoher Arbeitsaufwand, der aus Wirtschaftlichkeitsgründen zu begrüßen ist, und zum anderen aber eine hohe körperliche Belastung durch zahlreiche Transfers der zu Pflegenden zur Folge hat.

Eine Reduktion von körperlichen Belastungen, die Senkung von bestehenden Fehlzeiten aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen sowie der langfristige Erhalt der Berufs- und Erwerbsfähigkeit sind Ziele dieser Maßnahme. Bezogen auf die zu Pflegenden steht die Transfersicherheit im Mit-

telpunkt.

Nach Soyka (2000, S. 31) ist die Hauptursache bei der Entstehung von Bandscheibenschäden die Verdrehung der Wirbelsäule, was unweigerlich ohne Hilfsmittel und gezielter Gewichtsverlagerung beim Transfer eines immobilen Patienten stattfindet, beispielsweise von Patientenbett zu einem Stuhl. Situationen wie der Transfer von zu Pflegenden aus dem Bett heraus gelten dabei ebenso als Handlung, welche einer absolut exakten Körperkontrolle bedürfen, als auch die große Anzahl an ungünstigen Körperhaltungen in einer Arbeitsschicht bei anderen Routinetätigkeiten, so Michaelis & Hermann (2010, S. 195). Ungünstige Arbeitshaltungen wurden mit durchschnittlich 1800 - 2000 Vorbeugungen pro Schicht plus Seitneigungen mit Winkeln im Bereich von 20 bis 60 Grad gemessen. Enorme Bedeutung für das Klinikum Neumarkt hatte folglich der gezielte Einsatz von Hilfsmitteln sowie die passgenauen Schulungen der Mitarbeitenden. Auch die Ausbildung von Co-Instruktoren, welche direkt vor Ort auf allen 21 Stationen als Multiplikatoren dienen, tragen zum Erfolg dieser Maßnahmen bei.

Hinsichtlich des GEMS-Modells (Abbildung 1) sind viele Schritte

NEHMEN WIR
DEM SCHWARZ
DIE KRAFT.

HCS
HOSPIZ RENNWEG



nötig, um eine Verhaltensänderung bei den Mitarbeitenden zu erzielen. Abbildung 3 zeigt alle durchgeführten Handlungen am Klinikum Neumarkt von 2014 bis 2020, um diese Veränderung zu erreichen. Auch wird in der Maßnahmenimplementierung am Klinikum die Umsetzung der bestehenden wissenschaftlichen Evidenz, siehe Kapitel 3, deutlich sichtbar.

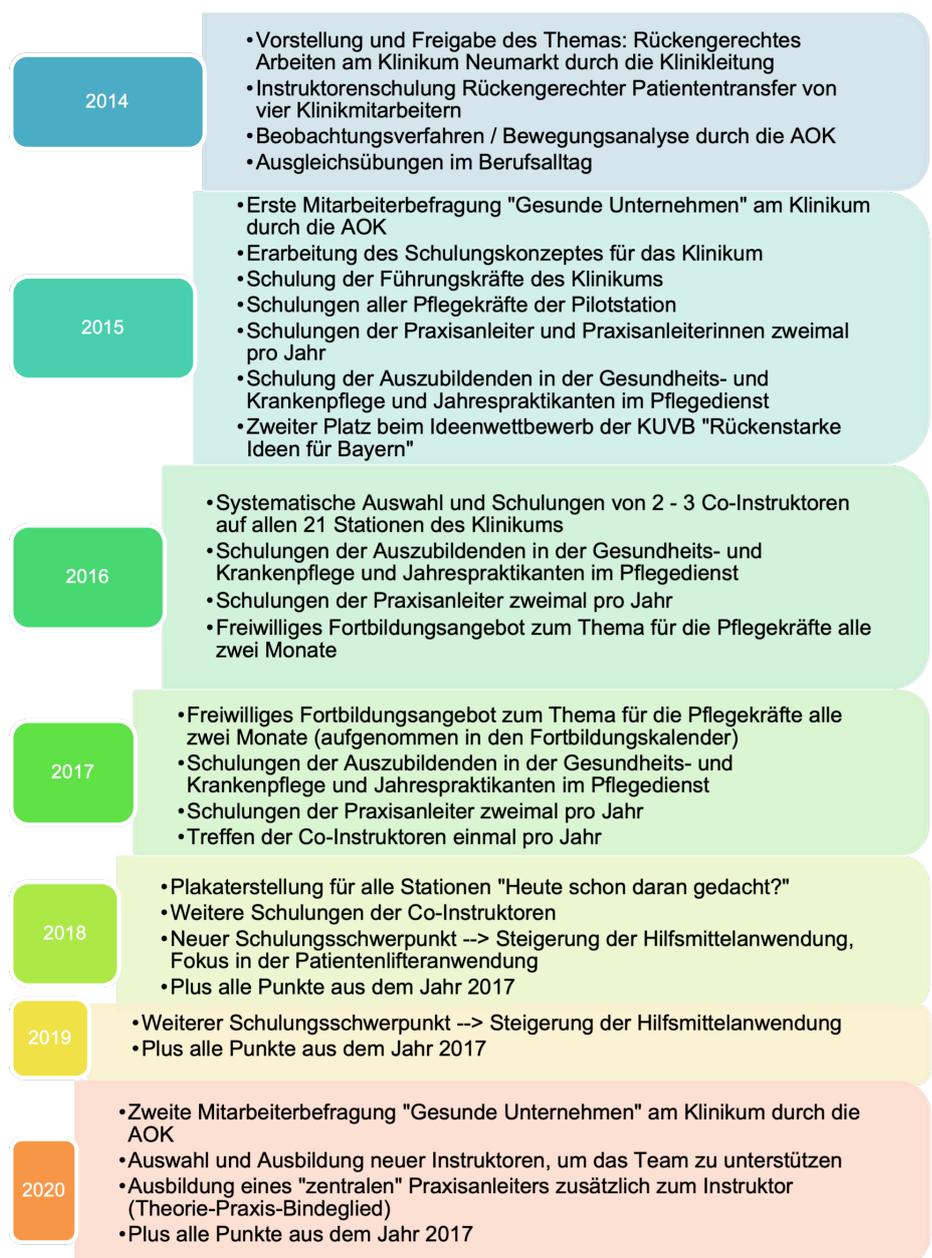
5 Ergebnisse und messbare Effekte beider Umfragen im Vergleich

Um diese Maßnahmen hinsichtlich ihrer Wirkungsweise zu prüfen, wurde am Klinikum Neumarkt mithilfe der AOK 2015 und 2020 eine anonyme schriftliche Mitarbeiterbefragung durchgeführt. Die Umfragen erzielten einen Rücklauf im Jahr 2015 von 33,1%, was 205 Fragebögen, und in der zweiten Umfrage 40,1%, was 246 ausgefüllten Fragebögen entspricht.

Um bewertbare Ergebnisse zu generieren, werden die Erkenntnisse dieser zwei Befragungen gegenübergestellt. Diese Resultate werden mit den Krankheitsausfällen am Klinikum hinsichtlich bayernweiter Vergleichszahlen dargestellt.

5.1 Mitarbeiterorientierte Schulungen und Hilfsmittelbeschaffung als Voraussetzung zur Umsetzung am Klinikum Neumarkt

Die Schulungen für ein Rückengerechtes Arbeiten wurden am Klinikum in Anlehnung der Merkmale guten Unterrichts nach Meyer (Oelke und Meyer, 2014, S. 286), nach den Erkenntnissen von Hattie (Zierer, 2016, S. 5-17) sowie nach Olbrich (2009, S. 124) didaktisch aufbereitet. Um sowohl auditive, visuelle und pragmatische Lernkanäle anzusprechen, sind alle Handlungsschritte zum The-



Quelle: Eigene Darstellung

ma mit Übungs-Sequenzen und Bildern (zeigen die Instruktoren bei der Durchführung der Tätigkeit) versehen. Bereits die Auszubildenden werden mit den Inhalten des Rückengerechten Transfers in 30 Unterrichtseinheiten, spiralförmig im Curriculum eingebettet, vertraut gemacht.

Die Prinzipien des Rückengerechten Patiententransfers (Soyka, 2000, S. 39-40) dienen als Schulungsgrundlage. Diese sind: Ziehen statt heben, Bett auf Ar-

beitshöhe einstellen, eigene Körperschwerpunkte verlagern, Schiefe Ebenen und Rampen nutzen, Reduktion von Reibung, Hilfsmittel einsetzen sowie Hebelwirkungen anwenden. Als inhaltlicher Schwerpunkt der Schulung zählt die Sensibilisierung der Teilnehmenden in der eigenen Körperwahrnehmung durch Trainieren verschiedener Schrittstellungen, immer mit dem Ziel, die eigene Körpermitte zu stabilisieren. Das Einüben diverser Transfer-Techniken wird praktisch mit al-

len Teilnehmenden durchgeführt. Ausgewählte Techniken sind die sicher gefährdenden Tätigkeiten aus der DGUV (2018, S. 14-15). Auch werden jegliche im Klinikum zur Verfügung stehenden Hilfsmittel (exemplarisch Patientenlifter, Transferbrett, Antirutschmatte, Gleitfolie) in den Schulungen verwendet. Die Steigerung des Hilfsmiteleinsatzes wurde immerwährend als Ziel verfolgt. „Insgesamt scheint also die mangelnde Verbreitung der Technik an den Arbeitsplätzen der Pflegekräfte die entscheidende Tatsache zu sein, die den Einsatz von Technik in der pflegerischen Arbeit limitiert [...]“, so das Ergebnis von Zölllick, Kuhlmeier, Suhr, Eggert, Nordheim & Blüher (2019, S. 215). Diesbezüglich wurden am Klinikum Neumarkt in den letzten Jahren alle Stationen bedarfsorientiert mit Hilfsmitteln zum Rückengerechten Arbeiten ausgestattet. Exemplarisch sind hier die Lifteranschaffung für alle Stockwerke und die immense Steigerung der Anwendung um 30,9 Prozentpunkte zwischen 2015 und 2020 zu nennen.

Mitbestimmung führt zu einer positiven Haltung gegenüber der Arbeit, so Träger (2017, S. 23). Als Konsequenz daraus ergibt sich eine geringere Zahl an Fehlzeiten der Mitarbeiter. Auch leitet dieser Autor ab, dass Selbstbestimmung ein Faktor für Berufszufriedenheit ist. Diese Erkenntnisse dienen als Basis, um das Rückengerechte Arbeiten mit dem Maßnahmenmix mitarbeiterorientiert zu gestalten sowie die hohe Rücklaufquote der

Fragebögen als Mitbestimmungsmöglichkeit für die Pflegekräfte am Klinikum einzuordnen.

Um in Zukunft eine nachhaltige Wirkung in Unternehmen zu erzielen, müssen im Sinne einer Verstärkung gesundheitsunterstützende Maßnahmen und Hilfsmittel dauerhaft bereitgestellt werden. Eine regelmäßige Evaluation und Erneuerung dieser Maßnahmen sind wichtig, um eine konsequente Nachhaltigkeit zu sichern, aber auch, um die Effektivität dieser zu bewerten. Mit diesem Grundverständnis und dem Ziel der nachhaltigen Veränderung von gefährdenden Handlungsabläufen erfolgte die Umsetzung der Maßnahmen (siehe Abbildung 3) durch das Instruktoren-Team in regelmäßigen Absprachen mit der Klinikleitung.

5.2 Darstellung der messbaren Ergebnisse für das Klinikum Neumarkt

Insgesamt kann festgehalten werden, dass beide Maßnahmen, sowohl die Schulungen als auch der gesteigerte Einsatz von Hilfsmitteln als Begründung dienen können, die Krankheitstage der Mitarbeitenden bezogen auf Muskel- und Skeletterkrankungen im Vergleich mit anderen Kliniken nachhaltig zu reduzieren.

Ein deutlicher Rückgang von Verspannungen, Verkrampfungen sowie Rückenschmerzen wurde im Umfragevergleich der Klinikmitarbeitenden dargestellt. Die Steigerung des Hilfsmittels Lifter unter-

streicht den Erfolg der Schulungen. Weitere positive messbare Effekte sind unter Abbildung 5 aufgeführt. Zu welchen Anteilen die verschiedenen Maßnahmen unterstützen, kann nicht abgeleitet werden. Die Reduzierung von AU-Tagen am Klinikum im Vergleich zu den Mitarbeitenden in allen bayerischen Kliniken um 3,4 Prozentpunkte in 2018 (Schwab, 2019, S. 20) bei Muskel- und Skeletterkrankungen untermauert dagegen die eingangs gestellte Forschungsfrage. Nummer 13 in Abbildung 4 zeigt die Ergebnisse prozentual zu den AU-Tagen bezüglich der Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems sowie des Bindegewebes, die im Klinikum Neumarkt mit 18,6 Prozentpunkten deutlich unter den 21,5 Prozentpunkten im Vergleich zu Bayern liegen. Dies bedeutet für den Arbeitgeber hinsichtlich der Personalkosten eine positive Entwicklung mit einer Ersparnis von 42.161,54 Euro im Jahr 2018.

Die restlichen Zahlen (1-12 und 14-21) mit den zugeordneten Krankheiten (Legende zu Abbildung 4, Schwab, 2019, S. 20) werden nicht näher erläutert. Das Diagramm soll jedoch zeigen, dass bei den Muskel- und Skeletterkrankungen (Nummer 13) die größte positive Differenz der AU-Tage (3,4 Prozentpunkte) im Jahr 2018 hinsichtlich der bayernweiten Vergleichszahlen zu allen anderen ausgewerteten Erkrankungen liegt und gleichzeitig die Muskel- und Skeletterkrankungen den größten Anteil an AU – Tagen darstellen.

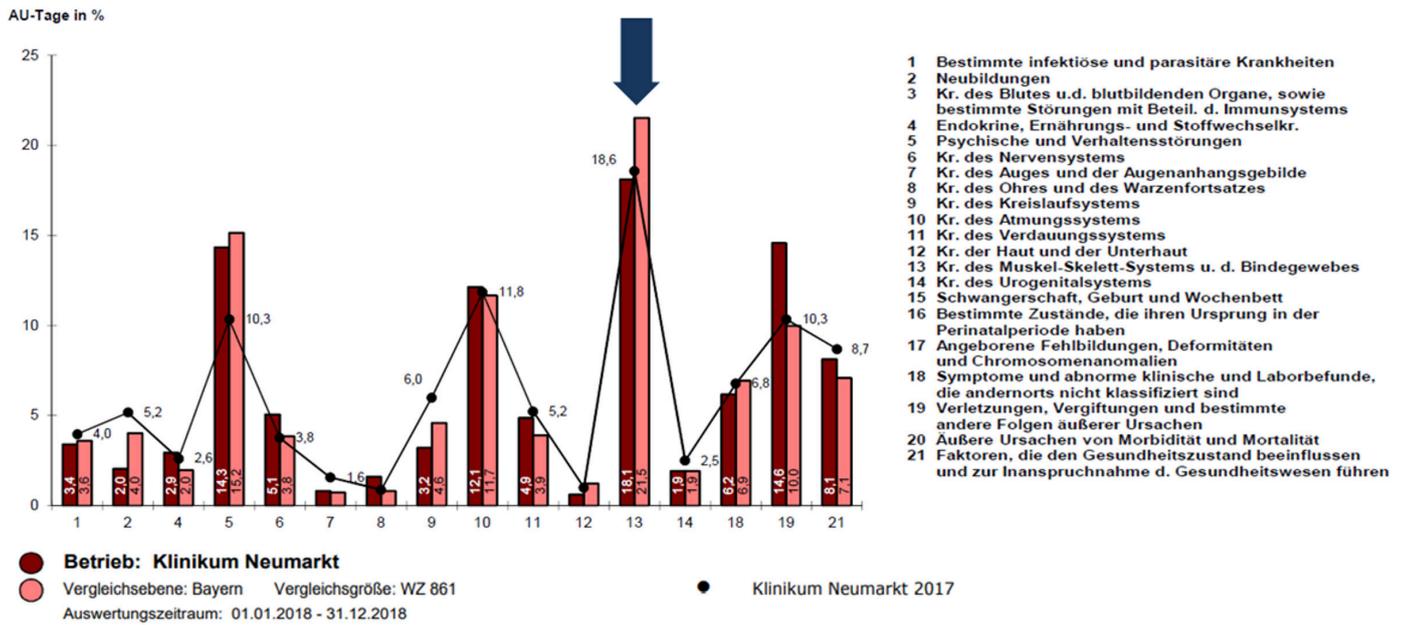


Abbildung 4: AU-Tage nach ICD Hauptdiagnosen im Vergleich % von 2017-2018
 Quelle: Schwab, 2019, S20.

Um diese Zahlen verständlicher darzustellen, erfolgt die Umrechnung der Differenz von 3,4 Prozentpunkten auf Pflegestellen mit den Rechenschritten im Text zur besseren Nachvollziehbarkeit. Dies ist, ausgehend von der Tatsache, dass 8.819 AU-Tage absolut in den Strukturdaten im Jahresvergleich (Schwab, 2019, S. 2) errechnet wurden und der durchschnittliche Arbeitnehmer pro Kalenderjahr 222 Arbeitstage tätig ist ($8.819 : 222 = 40$). Ableitend von dieser Berechnungstendenz von 40 AU-Jahren je Person sind 60,5% den Pflegekräften zuzuordnen (40 Personen: 60,5% = 24,3 Personen). Somit waren 24,3 Personen der Berufsgruppe Pflege am Klinikum das gesamte Jahr 2018 über (Vollzeit) im Krankenstand. Umgerechnet auf die Säule 13 ($18,1\% * 24,3 = 4,4$) zeigt sich, dass Mitarbeitende am Klinikum zu 4,4 Vollzeitbeschäftigungs-äquivalenz Personen (Vollzeit) im gesamten Jahr 2018 aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen nicht arbeiten konnten. Die Differenz von 3,4 Prozentpunkten bedeutet damit abschließend, dass

0,8 Vollzeitäquivalenz aus dem Pflegebereich weniger von Muskel- und Skeletterkrankungen betroffen sind (5,2 stellt den Wert der bayernweiten Vergleichsdaten, entspricht der hellroten Säule in Abbildung 4 dar, 4,4 dem Klinikwert. Daraus ergibt sich die Differenz von 0,8 Vollzeitäquivalenz, was somit einer Summe von 42.161,54 Euro entspricht).

Dies steigert die Wirtschaftskraft dieses Unternehmens, gerade in Zeiten des Fachkräftemangels. Im allgemeinen Vergleich des Kran-

kenstandes der Klinikmitarbeitenden mit den KollegInnen der anderen bayerischen Kliniken wird dies nochmals verdeutlicht in einer verringerten Anzahl um 1,2 Prozentpunkte (Schwab, 2019, S. 9).

Anhand der Abbildung 5 lassen sich die wesentlichen Effekte für das Klinikum im Überblick darstellen, die insbesondere das positive gehobene subjektive Empfinden der befragten Pflegekräfte im Klinikalltag aufgrund des Maßnahmenmixes herausstellen:

Quelle: Eigene Darstellung

3,4%-Punkte	<ul style="list-style-type: none"> • Differenz der Arbeitsunfähigkeitstage (AU) bezüglich der Muskel- und Skeletterkrankungen (Abbildung 4) im Vergleich mit allen bayerischen Kliniken in 2018 (= 42.161,54 Euro Ersparnis)
4,9%-Punkte	<ul style="list-style-type: none"> • Rückgang von Verspannungen und Verkrampfungen zwischen 2015 und 2020 - Mitarbeiterbefragung (WIdO, 2020, S. 14)
8,2%-Punkte	<ul style="list-style-type: none"> • Reduzierung von Rückenschmerzen zwischen 2015 und 2020 Mitarbeiterbefragung (WIdO, 2020, S. 14)
11,1%-Punkte	<ul style="list-style-type: none"> • "haben die Rückenschmerzen mit dem Arbeitsplatz zu tun?" / Umfrageantwort "Ja" • "haben die Verspannungen mit dem Arbeitsplatz zu tun?" / Umfrageantwort "Ja" • Rückgang zwischen 2015 und 2020 Mitarbeiterbefragung (WIdO, 2020, S. 42)
12,1%-Punkte	
8,3%-Punkte	<ul style="list-style-type: none"> • Ergonomische Thematik "Heben und Tragen schwerer Gegenstände" = Belastung für Pflegekräfte • Ergonomische Thematik "Faktor körperlich schwere Arbeit" = Belastung für Pflegekräfte • Ergonomische Thematik "Schieben und Ziehen schwerer Gegenstände" = Belastung für Pflegekräfte • Belastungsrückgang zwischen 2015 und 2020 Mitarbeiterbefragung (WIdO, 2020, S. 47)
12,0%-Punkte	
12,1%-Punkte	
30,9%-Punkte	<ul style="list-style-type: none"> • Hilfsmittelsteigerung Patientenhilfen • Hilfsmittelsteigerung Gleitbrett / Banane • Einsatzsteigerung zwischen 2015 und 2020 Mitarbeiterbefragung (WIdO, 2020, S. 57)
36,0%-Punkte	
1,2%-Punkte	<ul style="list-style-type: none"> • Allgemein: Krankenstand am Klinikum und alle Kliniken in Bayern, geringerer Krankenstand am Klinikum im Vergleich (Schwab, 2019, S. 9)

Die kompletten Datenauswertungen der AOK und des Wissenschaftlichen Institutes der AOK (WIdO) sind am Klinikum Neu- markt hinterlegt.

Die Beantwortung der Forschungsfrage, ob der Einsatz von Hilfsmitteln und gezielte Schulungen des Pflegepersonals zum Thema Rückengerechter PatientInnentransfer der nachhaltigen Reduzierung von Muskel- und Skeletterkrankungen dienen, kann im Vergleich mit den bayerischen Kliniken im Rahmen des Beobachtungszeitraums bejaht werden.

6 Diskussion

Nachhaltige Veränderungen von Handlungsabfolgen und das Anstoßen von Lernprozessen endet nicht mit Schulungen, es wird viel

mehr erst dort angeregt. Die Einstellung der Pflegekraft hinsichtlich der eigenen Körperhaltung bestimmt beim Rückengerechten Arbeiten stetig die Handlung am Patienten. Die bereits unter dem Faktencheck in Kapitel 3 beschriebene Evidenz des Körpertrainings in Verbindung mit dem Hilfsmiteleinsatz werden durch die nachhaltigen Ergebnisse dieser Auswertung verdeutlicht.

Wirkungsvolles Transfermanagement, wie bei der Implementierung der Techniken des Rückengerechten Arbeitens am Klinikum Neu- markt bedeutet daher, kreative Wege zu finden, Pflegende zum Weiterlernen zu inspirieren und Gewohnheiten zu durchbrechen. Der Zeitstrahl der Maßnahmen zeigt deutlich, welcher lange Atem

notwendig ist, um messbare nachhaltige Effekte erzielen zu können.

Diese positiven Ergebnisse können sicher nur nachhaltig beibehalten oder noch weiter verbessert werden, wenn (Abbildung 3) auch in Zukunft viele Maßnahmen stattfinden zu finden sind, welche die Mitarbeitenden kompetenzorientiert auf die Transfertechniken des Rückengerechten Arbeitens vorbereiten. Dazu benötigt es den hier aufgezeigten Personalmix im Instruktorenteam sowie kreative und mutige Schritte in der Umsetzung zur Förderung der Mitarbeitergesundheit. Aber auch eine gezielte Reflexion, wie sich die Zahlen innerhalb des Klinikums entwickeln, wird weiterhin notwendig sein. Das beschriebene Klinikum hat sich für eine Weiterführung dieser Schulungen sowie des Maßnahmenmixes entschieden. Alle Beteiligten versprechen sich damit auch zukünftig weiterhin nachhaltige Effekte für die Mitarbeitenden.

Hinsichtlich der Ergebnisse sollte kritisch gesehen werden, dass in den Berechnungen zu den Krankheitsausfällen des WIdO mit den 1800 Klinikum Mitarbeitenden 625 bei der AOK versichert sind. Dem Bereich Pflege konnten davon 60,5% der Versicherten zugeordnet werden. Somit werden nicht nur Erkenntnisse von Pflegekräften, sondern auch Erkenntnisse von Mitarbeitenden aus anderen Berufsgruppen berücksichtigt.

In einem nächsten Schritt müssten die Daten bezogen auf die Personalkosteneinsparung, verknüpft mit einer Break-Even-Analyse ausgewertet werden, um die Gewinnschwellenanalyse anhand der drei Eckpunkte Kosten, Zeit und Qualität detailliert eruierten zu

können und somit die Effizienz bewerten zu können.

Wirft man einen vergleichenden Blick dazu auf unsere europäischen Nachbarn, zeigen die Niederlande und das Vereinigte Königreich gute Beispiele für die Implementierung von ergonomischem Handeln. In den Niederlanden (Michaelis & Hermann, 2010, S. 204) werden die zu Pflegenden in Mobilitätsstufen eingeteilt und jeder Stufe sind spezifische ergonomische Richtlinien und Handlungsmöglichkeiten zugeordnet. Im Vereinigten Königreich werden Erfassungskriterien zur Gefährdungsbeurteilung für viele Berufsgruppen einheitlich definiert. Aus diesen Kriterien leiten sich wiederum Empfehlungen für sicheres ergonomisches Handeln in festgelegten Situationen ab.

7 Fazit mit Ausblick

Es existieren weltweit viele Strategien und Trainingsprogramme, um Muskel- und Skeletterkrankungen zu reduzieren, was eine einheitliche Handlungsgrundlage erschwert. Ziel sollte sein, vorhandenes Erfahrungswissen sowie bewährte Bewegungskonzepte zu verbinden und daraus eine für alle gültige evidenzbasierte Maßnahmen-Grundlage zu erstellen.

Perspektivisch ist zu wünschen, dass die Pflegekräfte kompetenzorientiert über verschiedene Handlungstechniken des rückengerechten Arbeitens individuell am Patienten entscheiden können. Auch Auszubildende sollen in diesen Bereichen in der Praxis Unterstützung erfahren. Durch systematische Grundlagenschulungen bereits in der Pflegeausbildung

soll Theorie und Praxis miteinander verknüpft werden. Erst wenn Pflegekräfte selbständig eine situationsbezogene Gefährdungsbeurteilung anwenden, erfolgen die notwendigen Handlungsschritte zur Einübung und Ausführung korrekter Transfertechniken, beziehungsweise werden bestehende Gewohnheiten durchbrochen. Somit können Ressourcen beim Transfer individuell genutzt werden, um die Bewältigung von alltäglichen und besonderen Aufgaben und Lebensanforderungen zu bewerkstelligen.



Silvia Neumann-Ponesch

Modelle und Theorien in der Pflege

facultas 2021, 5., aktualisierte und ergänzte Auflage
336 Seiten, broschiert
EUR 29,90 (A) / EUR 28,90 (D) / sFr 36,60 UVP
ISBN 978-3-7089-2134-1
e-ISBN 978-3-99111-341-6

Erhältlich im Buchhandel oder auf
facultas.at

facultas 

Literatur- und Quellenverzeichnis

BGW (2018): Forschungsstudie Lendenwirbelsäulenbelastung durch Patiententransfers. Verfügbar unter https://www.bgw-online.de/DE/Arbeits-sicherheit-Gesundheitsschutz/Grundlagen-Forschung/GPR-Medientypen/Downloads/Ifado-Forschungsergebnisse_Download.pdf?__blob=publicationFile [27.02.2021]

DGUV (05.2018): Bewegen von Menschen im Gesundheitsdienst und in der Wohlfahrtspflege Hilfestellung zur Gefährdungsbeurteilung nach der Lastenhandhabungsverordnung. Verfügbar unter <https://www.arbeitssicherheit.de/schriften/dokument/0%3A7267299%2C8.html> [05.01.2021]

Drupp, M. & Meyer, M. (2019): Belastungen und Arbeitsbedingungen bei Pflegeberufen – Arbeitsunfähigkeitsdaten und ihre Nutzung im Rahmen eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements. In K., Jacobs, A., Kuhlmeier, S., Greß, J., Klauber, & A., Schwinger, (Hrsg.): Pflege-Report 2019 Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher?, (S. 23-47). Berlin: Springer.

Fahr, F. (2008). LernWerk: Lernen im Prozess der Arbeit am Beispiel der Automobilindustrie. Bielefeld: W. Bertelsmann Verlag.

Hignett, S. (22.08.2003): Intervention strategies to reduce musculoskeletal injuries associated with handling patients: a systematic review. Verfügbar unter <https://oem.bmj.com/content/oemed/60/9/e6.full.pdf> [04.01.2021]

Isfort, M., Rottländer, R., Weidner, F., Gehlen, D., Hylla, J., Tucman, D. (09.05.2018): Pflege-Thermometer 2018, Eine bundesweite Befragung von Führungskräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung in der stationären Langzeitpflege in Deutschland. Verfügbar unter https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Pflege_Thermometer_2018.pdf [14.12.2020]

Joiko, K., Schmauder, M. & Wolff, G. (07.2010): Psychische Belastung und Beanspruchung im Berufsleben: Erkennen – Gestalten. Verfügbar unter https://www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Praxis/A45.pdf?__blob=publicationFile [17.11.2020]

Kieselhorst, M. (2010): Zum Verhältnis von Subjekt und Organisation: Eine empirische Studie zu Qualitätsentwicklungsprozessen in Kindertagesstätten. Wiesbaden: VS Verlag.

Knorrr-Cetina, K., Schatzki, T.R. & Savigny, E. von (Hrsg.) (2001). The Practice Turn in Contemporary Theory. London: Routledge.

Krupp, E., Hielscher, V. & Kirchen-Peters, S. (2019): Betriebliche Gesundheitsförderung in der Pflege – Umsetzungsbarrieren und Handlungsansätze. In K., Jacobs, A., Kuhlmeier, S., Greß, J., Klauber, & A., Schwinger, (Hrsg.): Pflege-Report 2019 Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher?, (S. 23-47). Berlin: Springer.

McMillan, B. & Conner, M. (2007): Motivation zur persönlichen Verhaltensänderung. In J. Kerr, R. Weitkunat & M. Moretti (Hrsg.): ABC der Verhaltensänderung. Der Leitfaden für erfolgreiche Prävention und Gesundheitsförderung, (S. 237-252). München: Elsevier.

Michaelis, M., & Herman, S. (2010): Rückenschonendes Arbeiten beim Patiententransfer – wie viel Evidenz brauchen wir? Verfügbar unter <https://www.ffas.de/assets/Michaelis-Herman-2010-rueckenschonendes-Arbeiten.pdf> [25.10.2020]

Miettinen, R., Samra-Fredericks, D. & Yanow, D. (2009). Re-Turn to Practice: An Introductory Essay. *Organization Studies*, 30(12), 1309–1327.

Nicolini, D., Gherardi, S. & Yanow, D. (Hrsg.) (2003). *Knowing in organizations. A practice-based approach*. Armonk, NY: Sharpe.

Oelke, U. & Meyer, H. (2014): Didaktik und Methodik für Lehrende in Pflege- und Gesundheitsberufen. Berlin: Cornelsen.

Schaper, N. (2011): Psychologie der Arbeitssicherheit. In F. W. Nerdinger, G. Blickle, & N. Schaper (Hrsg.): *Arbeits- und Organisationspsychologie* (2. Auflage, S. 451-469). Berlin Heidelberg: Springer.

Schein, E. (2018). *Organisationsstruktur und Leadership* (5. Auflage). München: Verlag Franz Vahlen.

Schwab, K. (2019): Jahresvergleich des Krankenstandes 2018 für Klinikum Neumarkt. Neumarkt. o.V. (Unveröffentlichte Auswertung der AOK Bayern / Datenhinterlegung am Klinikum Neumarkt)

Schwindl, O. (31.12.2020): Kliniken des Landkreises Neumarkt i.d.Opf. Startseite. Verfügbar unter <https://www.klinikum-neumarkt.de/240-Startseite.html> [17.12.2020]

Soyka, M. (2000): Rückengerechter Patiententransfer in der Kranken- und Altenpflege. Ein ergonomisches Training. Bern: Hans Huber.

Träger, J.-H. (2017): Führt mehr Selbstbestimmung zu mehr Berufszufriedenheit? In *Pflegezeitschrift*, 70 (4), S. 23-24.

Verplanken, B. (2007): Gewohnheiten und Implementierung von Intention. In J. Kerr, R. Weitkunat & M. Moretti (Hrsg.): ABC der Verhaltensänderung. Der Leitfaden für erfolgreiche Prävention und Gesundheitsförderung, (S. 105-117). München: Elsevier.

WIdO, (17.08.2020): Beschäftigtenbefragung Kliniken des Landkreises Neumarkt i.d.OPf. Berlin: k.V. (Unveröffentlichte Studie / Datenhinterlegung am Klinikum Neumarkt i.d.Opf.)

Zierer, K. (2016): Hattie für gestresste Lehrer, Kernbotschaften und Handlungsempfehlungen aus John Hatties „Visible Learning“ und „Visible Learning for Teachers“. (2. Auflage), Baltmannsweiler: Schneider.

Zöllick, J. C., Kuhlmeier, A., Suhr, R., Eggert, S., Nordheim, J. & Blüher, S. (2019): Akzeptanz von Technikeinsatz in der Pflege. In K., Jacobs, A., Kuhlmeier, S., Greß, J., Klauber, & A., Schwinger, (Hrsg.): Pflege-Report 2019 Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher?, (S. 23-47). Berlin: Springer.

9. Symposium

Selbstbestimmung in Grenzsituationen



12.11.2021

Haus des Sportes (Wien) und online

Vorträge ab 13:00 Uhr zu:

- » Reanimation: Wissenschaftlicher Stand
- » Ethik der Reanimation
- » Patientenverfügung / Vorsorgeplanung
- » Unterbringung: UbG-Novelle 2022
- » Rettungseinsatz in die Psychiatrie: Was ist relevant?
- » Assistierter Suizid ab 2022
- » Assistierter Suizid: Psychologische, rechtliche und ethische Aspekte, Rolle der Retter bei Fehlschlag

Mitwirkende:

Barth | Baubin | Burda | Halmich | Hellwagner | Koppensteiner | Losert |
Monschein | Wentseis

Anrechenbar als Fortbildung für Gesundheitsberufe | DFP für Ärzt*innen

Kosten: € 125 (inkl. Tagungsband und Catering in den Pausen)

Ermäßigung: ÖGERN-Mitglieder (€ 80) | Schüler/Studenten (€ 50)

Online (Zoom): € 75 | € 55 | € 40

Anmeldung unter www.oegern.at

Eingereicht: 24.02.2021
Genehmigt: 01.03.2021

doi: 10.52205/llig/09

Sabrina Tulka M.A.

Berufspädagogin für Pflegeberufe (M.A.), Promovendin im Bereich der Berufsbildungsforschung an der FH Bielefeld, Interaktion 1, 33619 Bielefeld

Hauptautorin
Korrespondenzadresse:

sabrina.tulka@fh-bielefeld.de



Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Patrizia Raschper

Professorin für Pflegewissenschaft mit dem Schwerpunkt Pflegedidaktik, Vorsitzende der AG Bildungsforschung des Instituts für Bildungs- und Versorgungsforschung an der FH Bielefeld, Interaktion 1, 33619 Bielefeld

patrizia.raschper@fh-bielefeld.de



Phänomenologisches Lernen am Beispiel psychiatrischer Pflegethemen

Abstract Deutsch

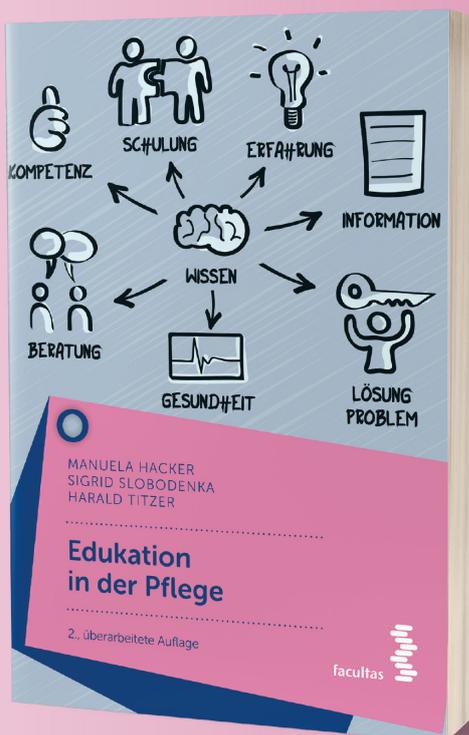
In diesem Beitrag wird das phänomenologische Lernen nach dem Konzept von Uzarewicz (2013) als eine Möglichkeit der methodischen Gestaltung der psychiatrischen Pflege unter Beachtung der Vorgaben des Rahmenlehrplans der Fachkommission (nach § 53 PflBG) vorgestellt. Die Lehr-Lern-Methode wird mit konkreten Vorschlägen zur Umsetzung im Unterricht verdeutlicht und fokussiert die Phänomene Macht, Gewalt, Zwang, Kontrolle und Fremdbestimmtheit in der Psychiatrie am Beispiel des stationären Settings. Die Lernsituation bezieht sich auf das letzte Ausbildungsdrittel zur Pflegefachfrau bzw. zum Pflegefachmann und dient der Vorbereitung auf den psychiatrischen Pflichteinsatz.

Schlüsselwörter: Psychiatrische Pflege, Lehr-Lern-Methoden, Phänomenologisches Lernen

Abstract English

In this article, phenomenological learning according to the concept of Uzarewicz (2013) is presented as a possibility for the methodical design of psychiatric nursing education, taking into account the specifications of the framework of the German Expert Commission for nursing education (according to § 53 PflBG). The teaching method is clarified with concrete suggestions for implementation in the classroom and focuses on the phenomena of power, violence, coercion, control and heteronomy in psychiatry by taking the example of the inpatient setting. The learning situation relates to the last third of the training to become a nurse and serves as preparation for the compulsory psychiatric assignment.

Keywords: psychiatric nursing, teaching methods, phenomenological learning



Manuela Hacker, Sigrid Slobodenka,
Harald Titzer

Edukation in der Pflege

facultas 2021, 2., überarbeitete Auflage
184 Seiten, broschiert
EUR 22,90 (A) / EUR 22,30 (D) / sFr 28,90 UVP
ISBN 978-3-7089-2132-7
e-ISBN 978-3-99111-339-3

Erhältlich im Buchhandel oder auf
facultas.at



Einleitung

Die Verabschiedung des Pflegeberufgesetzes (PflBG) und der Pflegeausbildungs- und Prüfungsverordnung (PflAPrV) stellt Pflegeschulen vor die Herausforderung, schuleigene Curricula zu erstellen (Elsbernd & Bader, 2018). Die Curricula müssen sowohl den Anforderungen der PflAPrV und des PflBG gerecht werden als auch die curricularen Anforderungen der Rahmenlehr- und Rahmenbildungspläne der Fachkommission (§ 53 PflBG) inhaltlich und methodisch umsetzen (Hatziliadis, 2019).

Der Schwerpunkt dieses Beitrags liegt in der methodischen Umsetzung der curricularen Einheit (CE) 11 „Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen und kognitiven Beeinträchtigungen personenzentriert und lebensweltbezogen unterstützen“. Diese 160 Schulstunden umfassende CE fokussiert psychiatrische Pflege[1] und ist für die Vor- und Nachbereitung des Pflichteinsatzes in der psychiatrischen Versorgung im letzten Ausbildungsdrittel konzipiert (Rahmenpläne der Fachkommission nach § 53 PflBG, 2019). Vorgestellt wird in diesem Beitrag die Methode des phänomenologischen Lernens nach dem Konzept von Uzarewicz (2013). Phänomenologisches Lernen ermöglicht Auszubildenden, ihr eigenes Denken über pflegerisches Handeln zu reflektieren und dabei neue Aspekte eines in ihren Augen vermeintlich „bekannten“ Pflegephänomens zu erkennen. Die neuen Erkenntnisse verändern die bisherige Denkweise der Lernenden und sensibilisieren ihren Blick auf die berufliche Praxis (Uzarewicz, 2013).

Im Rahmenausbildungsplan wird empfohlen, aufgrund des kurzen

Einsatzes in der Psychiatrie inhaltliche Schwerpunkte hinsichtlich der vielfältigen Lernmöglichkeiten zu setzen (Rahmenpläne der Fachkommission nach § 53 PflBG, 2019). Nach dieser Empfehlung richtet sich auch der vorliegende Beitrag. Der Schwerpunkt wird auf die Themen Macht, Gewalt, Zwang, Kontrolle und Fremdbestimmtheit gelegt und bezieht sich auf die stationäre Versorgung psychisch erkrankter Menschen. Der phänomenologische Lernprozess der Auszubildenden zielt auf das Analysieren der konfligierenden Rollen einer Pflegefachperson in der stationären Versorgung psychisch kranker Menschen und der damit einhergehenden Asymmetrie innerhalb der Pflegebeziehung ab.

Psychiatrische Pflege in der generalistischen Pflegeausbildung

Rohde, Knapp und Baddack (2013) weisen auf eine erhebliche Unsicherheit der Auszubildenden angesichts des besonderen Einsatzes in der Psychiatrie hin. Auszubildende lernen in diesem Setting zu Pflegenden kennen, die ihnen aufgrund ihres Verhaltens als fremdartig erscheinen. Das Fremdartige ängstigt sie, weil sich die Lebenswelt der zu Pflegenden sehr von ihrer eigenen unterscheidet und ein Zugang zu dieser Lebenswelt schwerfällt. Das Erleben der Psychiatrie als befremdliche Welt wird auch im Rahmenlehrplan akzentuiert und als Herausforderung für Pflegeauszubildende benannt (Rahmenpläne der Fachkommission nach § 53 PflBG, 2019).

Gewalt, Ausgrenzung, Ungerechtigkeit und Abstumpfung durch Medikamente beherrschten lange Zeit das gesellschaftliche Bild über die Institution Psychiatrie.

Auch Auszubildende gründen ihre Haltung zu psychisch erkrankten Menschen unter anderem auf obsoleten Vorstellungen über Psychiatrie und verfestigen so unreflektiert Vorurteile und Ängste (Rohde et al., 2013). Eine reflektierte Pflegehaltung, die die eigenen Vorannahmen kritisch prüft, ist eine Grundvoraussetzung für professionelles Pflegehandeln. Insbesondere für Pflegekräfte in der Psychiatrie ist eine reflektierte Pflegehaltung essentiell, um psychisch erkrankte Menschen adäquat begleiten und unterstützen zu können (Mahler, 2001). Auch in der CE 11 des Rahmenlehrplans wird die Bedeutsamkeit einer reflektierten Pflegehaltung hervorgehoben (Rahmenpläne der Fachkommission nach § 53 PflBG, 2019).

In der psychiatrischen Pflege sind Veränderungen der zu Pflegenden für außenstehende Personen meist nur über einen längeren Zeitraum hinweg erkennbar. Auszubildende entwickeln bei mangelnder Begleitung durch Lehrende und Praxisanleitende den Eindruck, dass psychiatrische Pflege wenig bewirkt und können so das Wesentliche psychiatrischer Pflege nicht erkennen. Aus diesem Grund ist die pädagogische Begleitung der Auszubildenden immens wichtig. Nur allzu häufig wird von ihnen nach ihrem Einsatz in der Psychiatrie resümiert, dass Pflegenden dort nur reden, aber gar nicht richtig „pflegen“. Lehrende und Anleitende werden in die Verantwortung gezogen, Lernenden die Rolle der Pflegenden in der Psychiatrie und das damit verbundene pflegerische Handeln zu verdeutlichen sowie beim Abbau von Vorurteilen und Ängsten zu unterstützen (Rohde et al., 2013).

Lernsituation

„Meine erste Fixierung werde ich nie vergessen“

Aus der Analyse von Pflegesituationen als charakteristisches Beispiel für das Handlungsfeld lassen sich Lernsituationen herausarbeiten (Knigge-Demal, 2001). Lernsituationen können als didaktisch reflektierte Handlungssituationen verstanden werden und haben einen engen Bezug zur Pflegepraxis. Sie fungieren als situierender Kontext für Kompetenzen, Einsichten und Haltungen, die von den Lernenden entwickelt werden sollen. Die Auswahl der Lernsituationen ist den Pflegeschulen vorbehalten (Rahmenpläne der Fachkommission nach § 53 PflBRefG, 2019).

Um einen Eindruck zum Handlungsfeld „Psychiatrische Pflege“ zu erhalten, wurde ein Interview mit einer Auszubildenden der Gesundheits- und Krankenpflege über problemhaltige Situationen in ihrem psychiatrischen Einsatz geführt (Tulka, 2019). Die Auszubildende berichtete über eine eskalierende Situation mit nachfolgender Fixierung einer zu Pflegenden auf einer fakultativ geschlossenen Station für Menschen mit Depression, Angst- und Zwangsstörungen sowie Erkrankungen des schizophrenen Formenkreises. Für die Bearbeitung der oben genannten Phänomene bietet sich die empirisch generierte und didaktisch überarbeitete Lernsituation an, die in Form eines kurzen Interviewausschnitts

dargestellt wird.

„Meine erste Fixierung war ein Ereignis, darüber denke ich auch heute noch nach. Die Patientin war bei uns wegen einer manischen Episode im Rahmen ihrer bipolaren Störung. Es war so, dass sie plötzlich ins Dienstzimmer gestürzt kam und hat sich auf den Fußboden an die Wand gesetzt und hat die ganze Zeit ihren Kopf hart an die Wand geschlagen. Wir haben es natürlich zuerst ohne freiheitsentziehende Maßnahmen probiert und geredet, aber die Patientin war überhaupt nicht erreichbar. Wir mussten dann auch den Pieper betätigen, also, dass wir halt Unterstützung brauchten, weil die Patientin dann auch plötzlich wahnsinnige Kräfte entwickelt hatte. Sie wurde dann fixiert und hat geweint und geschrien. Wir hatten dann nachher so eine Supervision und haben das dann nachbesprochen mit allen Kollegen, die in der Fixierungssituation dabei waren.

Es ist in dieser Fixierungssituation so, dass du merkst, dass du den übelsten Adrenalinstoß hast und funktionierst einfach. Also ich bin so ein Mensch, ich versetze mich schnell in jemanden rein und die Frau dachte „Jetzt stehen hier fünf, sechs Menschen um mich herum, während ich hier liege“. Man ist ja dann auch nicht auf Augenhöhe, sondern der Patient liegt, hat Gurte um die Fuß- und Handgelenke. Die Leute wirken dann groß und bedrohlich.

Sie ist dann ins Krisenzimmer gekommen. Dann gab es eine 1:1 Betreuung. Ich bin nachher noch mal rein und habe der Patientin noch was zu trinken gebracht. Das war auch etwas schwierig. Fixierten Patienten Trinken anreichen. Da tat sie mir dann wirklich leid. Das war kein Mitgefühl, sondern Mitleid. Ich habe mich auch irgendwie schuldig gefühlt. So eine Fixierung passt eigentlich nicht zu dem, wie ich als Pflegenden sein möchte. Und bei dem Mitleid hat man das Bedürfnis, seinen Magneten aus der Tasche zu ziehen und diese Gurte zu lösen und die Patientin rauszuholen. Solche Situationen sind nicht nur für Patienten belastend, sondern auch für uns.“

Durch die Orientierung an Pflegesituationen werden die für die jeweilige Situation notwendigen Kompetenzen der Pflegenden mit den individuellen Bedürfnissen der zu Pflegenden verknüpft. Dem Rahmenlehrplan liegen typische Pflegesituationen in abstrakter und generalisierter Form zugrunde, welche die Charakteristik der Pflege und ihre Relevanz für die Pflegeausbildung verdeutlichen. Die curricularen Einheiten des Rahmenlehrplans sind nach Situationsmerkmalen strukturiert (Rahmenpläne der Fachkommission nach § 53 PflBG, 2019). Die Situationsmerkmale, die für die Entwicklung der Lernsituation zugrunde gelegt werden, werden in Tabelle 1 dargestellt.

Tabelle 1: Situationsmerkmale der Lernsituation	
Situationsmerkmal	Inhalte des Situationsmerkmals
Kontextbedingungen	<ul style="list-style-type: none"> • gesundheitspolitische Hintergründe und gesetzliche Grundlagen für die Notwendigkeit der Behandlung auf einer geschützten Station gegen den Willen der zu Pflegenden und für die Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen (PsychKG, Betreuungsrecht) • Klinische Leitlinien zum Umgang mit Fixierungen • medizinisch-naturwissenschaftliche und psychologische Grundlagen und Therapieansätze bei einer bipolaren Störung • Sekundärtraumatisierung von beruflich Pflegenden
Ausgewählte Akteure	<ul style="list-style-type: none"> • Menschen mittleren Alters mit schweren psychischen Problemlagen (z.B. Manie im Kontext einer bipolaren Störung als exemplarische Erkrankung der affektiven Störungen) und komplexem Hilfebedarf in bedrohlichen Situationen mit selbstschädigendem Verhalten und Erregungszuständen • Kriseninterventionsteam • im Kontext einer Aufnahme auch Mitarbeitende der Polizei oder bei erfolgter Fixierung Richterinnen und Richter • Mitpatientinnen und Mitpatienten
Handlungsanlässe geordnet nach NANDA-Pflegediagnosen (entnommen aus: Doenges, Moorhouse & Murr, 2018)	<ul style="list-style-type: none"> • Ineffektive Impulskontrolle • geringe emotionale Kontrolle • Gefahr einer fremdgefährdenden Gewalttätigkeit • Gefahr einer selbstgefährdenden Gewalttätigkeit • Suizidgefahr • Gefahr einer beeinträchtigten Menschenwürde • beeinträchtigte soziale Interaktion • Verletzungsgefahr • unwirksames Gesundheitsmanagement • Gestörte Denkprozesse • akute Verwirrtheit (Manie) • beeinträchtigte Stimmungsregulation • gestörte persönliche Identität • Selbstvernachlässigung • ruheloses Umhergehen • beeinträchtigte verbale Kommunikation • Vergiftungsgefahr (Lithiumtoxizität)
Erleben und Deuten der Auszubildenden	<ul style="list-style-type: none"> • Unsicherheit, Angst und Abwehrprozesse hinsichtlich der teilweise bizarren Verhaltensweisen psychisch erkrankter Menschen • Umgang mit Nähe und Distanz (bei manischen zu Pflegenden und bei fixierten zu Pflegenden im Rahmen der 1:1 Betreuung) • Pflegenden als Träger konfligierender Rollen (z.B. fürsorglich versus gewaltausübend) • Erleben ethisch-moralischer Konflikte • Ungewissheit in der Deutung des Verhaltens psychisch kranker zu Pflegender und die Notwendigkeit des Überprüfens der situativen Deutungen • Machtausübung in der Beziehungsgestaltung als Merkmal einer asymmetrischen Beziehung
Erleben und Deuten der zu Pflegenden	<ul style="list-style-type: none"> • Wahrnehmung und Erleben entspricht nicht der Normalität bzw. der gewohnten Realität • fehlende Krankheitseinsicht (akute manische Phase) • sich selbst nicht wiedererkennen können und Scham über das eigene Verhalten beim Abklingen der Manie • Erleben von Zwang, Gewalt, Kontrolle, Abhängigkeit und damit einhergehende Gefühle wie Angst, Wut und Ohnmacht, Gefühl des Ausgeliefertseins
Handlungsmuster	<ul style="list-style-type: none"> • Pflegebedarf feststellen und Pflegeprozesse zur Unterstützung von Menschen mit schweren (chronischen) psychischen Erkrankungen wie z.B. eine Manie und komplexem Hilfebedarf (triologisch) planen, steuern, durchführen und evaluieren • personenzentrierte und lebensweltorientierte Beziehungsgestaltung mit psychisch kranken Menschen mit verändertem Erleben, Fühlen und Denken • psychische Krisen erkennen und Gewährleistung unmittelbarer kurzfristiger Hilfe in psychischen Krisen • Prävention von psychischen Krisen durch Früherkennung • Einführung in entlastende Gesprächsführung • Pflege und Betreuung der zu Pflegenden bei der Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen • Interprofessionelles Zusammenarbeiten • Kollegiale Beratung und Supervision

An dieser Stelle sei noch einmal darauf hingewiesen, dass sich diese Lernsituation auf zu Pflegende in psychischen Krisen mit selbstschädigendem Verhalten bezieht. Es soll nicht der Eindruck entstehen, dass Pflegephänomene in der Psychiatrie grundsätzlich mit eskalierenden Situationen und darauffolgenden Zwangsmaßnahmen verbunden sind. Keinesfalls soll das Vorurteil, dass zu Pflegende in der Psychiatrie grundsätzlich unberechenbar und gewalttätig sind, verstärkt werden. Diese Lernsituation stellt lediglich eine Lernmöglichkeit aus vielen in der psychiatrischen Pflege dar.

Bildungsziele

Der phänomenologische Lernprozess dient zur Vorbereitung auf den Pflichteinsatz in der psychiatrischen Versorgung im letzten Ausbildungsdrittel und ist auf ein vertieftes Verstehen der Pflege bei Menschen in instabilen psychischen Krisen und auf den Umgang mit Phänomenen wie Macht, Gewalt, Zwang, Kontrolle und Fremdbestimmtheit in der psychiatrischen Pflege ausgerichtet. Die Auszubildenden setzen sich mit freiheitsentziehenden Maßnahmen wie beispielsweise einer Behandlung auf einer geschützten Station oder Fixierung auseinander und analysieren konfligierende Rollen und Machtpotenziale der Pflegenden sowie die damit einhergehenden eigenen Gefühle und die Gefühle der zu Pflegenden und reflektieren die Asymmetrie innerhalb der Beziehung zwischen ihnen und den zu Pflegenden in der psychiatrischen Versorgung.

Normative Kompetenzen

Die durch das phänomenologische Lernen anzubahnenen Kompetenzen sind der Anlage 2 der PflAPrV (2018) entnommen

(eigene Darstellung in Anlehnung an die CE 11 „Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen und kognitiven Beeinträchtigungen personenzentriert und lebensweltbezogen unterstützen“ des Rahmenlehrplans der Fachkommission nach § 53 PflBG)

und beziehen sich auf Kompetenzen für die staatliche Prüfung zur Pflegefachfrau oder zum Pflegefachmann. Die ausgewählten Kompetenzen sind auf die oben genannten Phänomene angepasst und anhand der Taxonomiestufen der kognitiven, affektiven sowie psychomotorischen Domänen nach Bloom (1956) operationalisiert (Bloom, 1956, zitiert nach Mitchel, 2008). Am Ende einer jeden zu erreichenden Kompetenz wird das Kennzeichen der originären Kompetenz aus Anlage 2 der PflAPrV (2018) sowie die Domäne und Taxonomiestufe von Bloom (1956) in Klammern angegeben.

Die Absolventinnen und Absolventen:

- erkennen psychiatrische Notfallsituationen in Pflege- und Gesundheitseinrichtungen und handeln nach den Vorgaben des klinikinternen Notfallplans hinsichtlich des Anforderns des Kriseninterventionsteams (I.4.c, Stufe 2 der psychomotorischen Domäne).
- reflektieren Macht, Gewalt, Zwang, Kontrolle und Fremdbestimmtheit in pflegerischen Handlungsfeldern der psychiatrischen Versorgung von zu pflegenden Menschen aller Altersstufen als Bestandteile pflegerischen Handelns (II.1.g, Stufe 3 der affektiven Domäne).
- tragen in ethischen Dilemmasituationen mit Menschen aller Altersstufen in pflegerischen Handlungsfeldern der psychiatrischen Versorgung im interprofessionellen Gespräch zur gemeinsamen Entscheidungsfindung bei (II.3.c, Stufe 3 der kognitiven Domäne).
- wirken an der Umsetzung evidenzbasierter und interprofessioneller Leitlinien und

- Standards zum pflegerischen Umgang mit fixierten zu Pflegenden mit und leisten so einen Beitrag zur Weiterentwicklung einrichtungsspezifischer Konzepte (IV.1.b, Stufe 2 der psychomotorischen Domäne).
- erkennen die Funktion der Gesetzgebung im Gesundheits- und Sozialbereich zur Sicherstellung des gesellschaftlichen Versorgungsauftrags in stationären psychiatrischen Handlungsfeldern (IV.2.c, Stufe 2 der kognitiven Domäne).
- nehmen ihre individuelle drohende Über- oder Unterforderung frühzeitig wahr, erkennen die notwendigen Veränderungen am Arbeitsplatz oder des eigenen Kompetenzprofils und leiten daraus entsprechende Handlungsinitiativen ab (V.2.b, Stufe 4 der affektiven Domäne).
- setzen Strategien zur Kompensation und Bewältigung unvermeidbarer beruflicher Belastungen gezielt ein und nehmen Unterstützungsangebote frühzeitig wahr oder fordern diese aktiv ein (V.2.c, Stufe 4 der affektiven Domäne).
- reflektieren ihre persönliche Entwicklung als professionell Pflegenden und entwickeln ein eigenes Pflegeverständnis unter Berücksichtigung konfligierender berufsethischer und eigener ethischer Überzeugungen im Kontext der psychiatrischen Pflege (V.2.d, Stufe 3 der affektiven Domäne).

Menschen mit starken affektiven Störungen werden meist in psychiatrischen Versorgungseinrichtungen behandelt (Ketelsen, Schulz & Driessen, 2011). Es ist daher davon auszugehen, dass Auszubildende im Rahmen der ersten beiden Ausbildungsdritteln

kaum mit zu Pflegenden mit derart schweren Krankheitsverläufen in Kontakt kommen. Folglich verfügen sie über wenig Erfahrung im Umgang mit ihnen. Aus diesem Grund sind die Kompetenzen teilweise auf niedrigen bis mittleren Taxonomiestufen verortet. Darüber hinaus muss berücksichtigt werden, dass es sich um eine Erstausbildung handelt.

Phänomenologisches Lernen

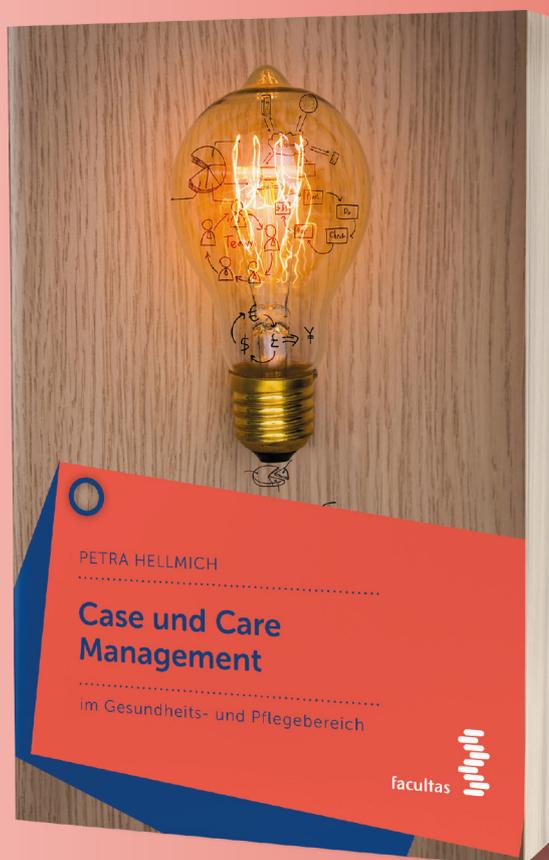
Zentral für die Lernsituation sind die Phänomene Macht, Gewalt, Zwang, Kontrolle und Fremdbestimmtheit. Diese Phänomene kommen auf vielfältige Art und Weise in der Versorgung psychisch erkrankter Menschen vor. Hinsichtlich der oben dargestellten Lernsituation treten sie sowohl bei der Behandlung auf einer geschützten Station als auch bei der Fixierung auf. Ersteres bezieht sich eher auf Macht, Fremdbestimmtheit und Kontrolle aufgrund der geschlossenen Stationstür, Zweites eher auf Gewalt und Zwang aufgrund der mechanischen Fixierung der zu Pflegenden. Das phänomenologische Lernen nach Uzarewicz (2013) ist eine geeignete Methode, um diese Phänomene zu bearbeiten.

Phänomene können als Erscheinungen oder Vorkommnisse bezeichnet werden, die in der Phänomenologie erklärt und verstanden werden. Die einzelnen Schichten, Perspektiven oder Aspekte eines Phänomens werden dabei „heruntergeschält“, sodass der Kern des Phänomens selbst erkennbar wird (Uzarewicz, 2013). Durch den oftmals naturwissenschaftlichen Blick auf Pflegephänomene wird das tatsächliche Wahrnehmen dieser verklärt. Durch eine phänomenologische Betrachtung werden alltägliche Wahrnehmungen fokussiert und in ihrer Vielschich-

tigkeit verstanden, welche ohne eine gezielte Fokussierung „ungesehen“ bleiben würden (Walter, 2015).

In der Phänomenologie wird das Phänomen vorurteilsfrei beschrieben. Solche Beschreibungen sind aufgrund der individuellen, kulturellen und berufsspezifischen Sichtweise eines jeden Menschen schwierig. Das reflektierte Nachdenken über die eigene Wahrnehmung des Phänomens wird initiiert. Zentral für die Erkenntnisgewinnung ist die Irritation der Lernenden, damit sie sich von ihrer gewohnten Sichtweise auf ein Phänomen lösen können. Durch die Verunsicherung mit einem auf den ersten Blick leicht zu durchschauenden Phänomen und dem damit einhergehenden

Aufzeigen von Wissensdefiziten wird der Blick der Auszubildenden auf die Neuartigkeit und Bedeutsamkeit des Phänomens gelenkt. Die einzelnen Phasen des phänomenologischen Lernens müssen unter Berücksichtigung einer ausreichend langen Bearbeitungszeit methodisch gut geplant werden (Uzarewicz, 2013). Im Folgenden werden die Phasen hinsichtlich ihrer Zielsetzung und konkreten Umsetzung im Unterricht in Tabelle 2 dargestellt.



Petra Hellmich

Case und Care Management

im Gesundheits- und Pflegebereich

facultas 2021
142 Seiten, broschiert
ISBN 978-3-7089-2108-2
e-ISBN-978-3-99111-337-9
EUR 22,90 (A) / 22,30 (D) / sFr 29,70 UVP

Erhältlich im Buchhandel oder auf
[facultas.at](https://www.facultas.at)

facultas

Tabelle 2: Darstellung der phänomenologischen Lehr-Lern-Methode		Ausgestaltung im Unterricht
Phase	Zielesetzung	
Einstimmung	<p>Zur Einstimmung in phänomenologisches Lernen kann die Lehrperson eine Geschichte erzählen, in der eine alltägliche Pflegehandlung in allen Details dargestellt wird (Uzarewicz, 2013).</p> <p>Lernende sollen durch die Erzählung zu dem Schluss kommen, dass Phänomene wie etwa Macht, Zwang, Fremdbestimmung oder Kontrolle in Pflegehandlungen vorkommen, ohne dass diese immer bewusst als solche wahrgenommen und in ihren vielfältigen Auswirkungen reflektiert werden. Die Verunsicherung der Auszubildenden ist eine wichtige Grundlage für den Erfolg der Methode. Lernende müssen zu der Einsicht gelangen, dass ihnen noch nicht alles über das Phänomen bekannt ist. Die gewohnte Denkweise über das Phänomen soll so aufgebrochen und einer Erweiterung zugänglich gemacht werden (Uzarewicz, 2013).</p>	<p>Es bietet sich für die obige Lernsituation zum Beispiel an, eine alltägliche Situation aus der psychiatrischen Versorgung zu erzählen, wie etwa, dass die Stationstür einer allgemeinpsychiatrischen Station aufgrund eines Indexpatienten fakultativ geschlossen wird und was die pflegende Person beim Abschließen der Tür und folglich „Einsperrn“ der zu Pflegenden empfindet und wie sie aber einfach über ihre Gefühle hinweggeht, weil das Abschließen der Stationstür zu ihren pflegerischen Aufgaben gehört.</p> <p>Auch kann bei dieser Erzählung verdeutlicht werden, wie die zu Pflegenden sich angesichts der nun geschlossenen Stationstür fühlen und wie es für sie ist, die Pflegenden jedes Mal bitten zu müssen, die Stationstür aufzuschließen, weil sie beispielsweise spazieren gehen möchten. Die Lehrperson kann auch erzählen, wie es womöglich dem zu pflegenden Menschen geht, der die fakultative Schließung der Station „ausgelöst“ hat und wie er vielleicht den Unmut der anderen zu Pflegenden ertragen muss. Das Einfließen der eigenen Interpretation und Erfahrung der Lehrperson ist ausdrücklich erwünscht.</p> <p>Es können an dieser Stelle auch andere Aspekte geschildert werden, die das Machtpotenzial der Pflegenden weniger offensichtlich in Erscheinung treten lassen wie beispielsweise der bloße Besitz eines Schlüsselbundes, der die Pflegenden dazu befähigt, jede Tür auf- und zuschließen zu können im Gegensatz zu den zu Pflegenden, die auf einer geschützten Station gar keine Tür dauerhaft abschließen und erst recht keine Tür aufschließen können.</p>
Theoretische Erläuterung	Nach der Einstimmung erfolgt eine theoretische Erläuterung der phänomenologischen Methode (Uzarewicz, 2013).	Die Erläuterung der Lehr-Lern-Methode sollte mit der vorherigen Geschichte verknüpft werden, damit das phänomenologische Lernen, das für Lernende noch ungewohnt ist, veranschaulicht wird (Uzarewicz, 2013). Beispielsweise kann die Lehrperson aufzeigen, welche Pflegephänomene sich ihrer Ansicht nach in der einstimmdenden Erzählung verbergen.
Festlegung auf Phänomene	Nachdem die Lernenden den Ablauf der Methode erfasst haben, suchen sie sich Phänomene nach ihrer Interessenlage aus, die sie in Kleingruppen bearbeiten werden (Uzarewicz, 2013).	<p>Für die Lernsituation bieten sich auch andere Phänomene wie Scham oder Unsicherheit im pflegerischen Handeln an. Grundsätzlich sollten die Phänomene zur Lernsituation passen, damit der inhaltliche Rahmen des Unterrichts nicht überschritten wird.</p> <p>Uzarewicz (2013) empfiehlt das Stellen von W-Fragen, um sich dem ausgewählten Phänomen zu nähern. Hinsichtlich des Phänomens Zwang können die Fragen in etwa so lauten: Was ist Zwang? Wozu gibt es Zwang in der Psychiatrie? Welche Alternativen zu Zwang gibt es in der Psychiatrie? Was macht Zwang mit der ausübenden und mit der erlebenden Person? Was löst das Beobachten einer Zwangsausübung bei den Mitpatientinnen und Mitpatienten aus? Welche Phänomene sind mit dem Phänomen Zwang verwandt? Wann tritt dieses Phänomen in der Psychiatrie auf? Mit welchen Gegenständen wird Zwang von den zu Pflegenden assoziiert?</p> <p>Zur Konkretisierung des jeweiligen Phänomens ist es für Lernende hilfreich, Forschungsfragen zu formulieren, die auf individuelle Wissenslücken verweisen (Uzarewicz, 2013). Beispielsweise sind Fragen nach dem Erleben einer Fixierung oder dem Erleben einer Behandlung auf einer geschützten Station aus Sicht der zu Pflegenden denkbar.</p>
Kreativitätssteigerung	Um das deklarative Verwertungsinteresse der Lernenden aufzubrechen, folgt eine Übung zur Kreativitätssteigerung (Uzarewicz, 2013).	Uzarewicz (2013) empfiehlt als Übung zur Kreativitätssteigerung unter anderem das Schreiben einer Kurzgeschichte, in der die ausgewählten Phänomene aller Kleingruppen miteinander verknüpft werden. So werden Phänomene, die für Lernende vorerst noch abstrakt wirken, in Situationen eingebettet und dadurch greifbarer.
Literaturstudium	Im Literaturstudium wird das Phänomen nun aus konträren Perspektiven ausgeleuchtet. Unabdingbar ist das Angebot interdisziplinärer Literatur. Das Ziel dieser wissenschaftlichen Analyse besteht in der Charakterisierung des Phänomens, der Identifizierung der gewohnten Denkmuster und dem Annehmen anderer Denkmuster über das Phänomen (Uzarewicz, 2013).	<p>Beispielsweise ist Literatur aus Medizin, Pflegewissenschaft, Soziologie und Psychologie hinsichtlich des leiblichen, emotionalen oder auch sozialen Erlebens einer Fixierung oder einer Behandlung auf einer geschützten Station aus den unterschiedlichen Perspektiven der zu Pflegenden oder ihrer Angehörigen oder aus Sicht der Pflegekräfte oder Auszubildenden sinnvoll. Wichtig sind auch rechtliche Grundlagen und klinische Leitlinien zu freiheitsbeschränkenden Maßnahmen sowie Texte aus Lehrbüchern. Es können auch qualitative Studien und Erfahrungsberichte aus Selbsthilfegruppen zum Erleben solcher Phänomene angeboten werden.</p> <p>Auch die Differenzierung in eine Ist- und Soll-Perspektive auf das Phänomen ist essentiell, um dem Bild einer idealisierten Pflegefachfrau bzw. eines Pflegefachmannes oder dem Verwertungsinteresse der Lernenden vorzubeugen (Uzarewicz, 2013). Zum Beispiel kann die Ist-Perspektive emotionale Auswirkungen einer Zwangsmaßnahme auf die Pflegefachperson bzw. auf das gesamte Kriseninterventionsteam wie Scham, Schuld oder Unsicherheit, ob richtig gehandelt wurde, fokussieren. Belastende Gefühle hätten in Bezug auf ein reines Verwertungsinteresse wie etwa Fakten zu den Fixierungsindikationen, zu den rechtlichen Grundlagen und zur Durchführung eher keine Rolle gespielt.</p>
Kritisch-reflexive Zusammenschau und Gewinnung neuer Erkenntnisse	In dieser Phase werden die im Literaturstudium herausgearbeiteten Merkmale des Phänomens mit weiteren Beispielen aus der Praxis verknüpft, um zu überprüfen, ob die Merkmale auch wirklich zentral für das Phänomen sind (Uzarewicz, 2013).	<p>Uzarewicz (2013) empfiehlt themenspezifische Exkurse, damit die gewonnenen Erkenntnisse mit den Gegebenheiten der Praxis verknüpft und so verfestigt werden können.</p> <p>Das Phänomen Kontrolle kann zum Beispiel durch die Besichtigung eines Kriseninterventionsraumes innerhalb einer geschützten Station mit Fokus auf die Fenster veranschaulicht werden. In diesem Raum gibt es neben anderen charakteristischen Merkmalen ein Sichtfenster, das von dem zu pflegenden Menschen innerhalb des Raumes nicht verdeckt werden kann. Lediglich das Pflegepersonal kann den Sichtschutz von außen auf- oder zuziehen. Der zu pflegende Mensch kann sich den Blicken der Pflegenden nicht entziehen. Befindet sich in diesem Raum ein Lüftungsfenster, kann es nicht ohne Schlüssel geöffnet werden.</p> <p>Anschauungsmaterial in Form von Dokumentations- oder Spielfilmen sowie Bildern sind für die Verknüpfung mit Beispielen aus der Praxis ebenso möglich.</p>
Präsentation	Am Ende eines phänomenologischen Lernprozesses präsentieren die Lernenden ihre zentralen Erkenntnisse. Bei der Präsentation steht aber nicht die Vollständigkeit des Phänomens im Vordergrund, sondern der Prozess des Durchschauens der eigenen Sichtweise auf das Phänomen und die Sensibilisierung für die Vielschichtigkeit des Phänomens (Uzarewicz, 2013).	<p>Für die Präsentation der Erkenntnisse kann neben den üblichen Präsentationsformen eine kreative Form ausgewählt werden, die dem Kern des Phänomens zusätzlich Ausdruck verleiht (Uzarewicz, 2013).</p> <p>Beispielsweise manifestiert sich das Phänomen Macht im Rahmen einer Fixierung unter anderem durch die unterschiedliche physische Positionierung im Raum. Die zu pflegende Person liegt auf einem Bett, Beine und Arme werden festgehalten, während die Pflegenden wortwörtlich über ihr stehen und während der Fixierung auf sie herunterblicken. Auch zahlenmäßig ist der zu pflegende Mensch dem Kriseninterventionsteam „unterlegen“. Diese Ausprägung des Phänomens kann bei der Präsentation der Erkenntnisse neben den üblichen Präsentationstechniken auch optisch durch z.B. Standbilder verdeutlicht werden.</p>
Evaluation	In der letzten Phase erfolgt eine Evaluation des Lernprozesses, um zu überprüfen, ob die Lernenden ihre Denkweise über Phänomene verändert und erweitert haben und so sensibilisiert und differenziert auf die berufliche Praxis blicken können (Uzarewicz, 2013).	Zur methodischen Ausgestaltung der Evaluation empfiehlt Uzarewicz (2013), die Kurzgeschichten aus den Übungen zur Kreativitätssteigerung als Ausgangslage für die Reflexion des gesamten phänomenologischen Lehr-Lernprozesses zu verwenden.

Eigene Darstellung

Fazit

In den Rahmenplänen der Fachkommission (nach § 53 PflBG) wird hinsichtlich psychiatrischer Pflege gefordert, dass Auszubildende lernen, zu Pflegenden in ihrer Beziehungsfähigkeit und Alltagsbewältigung personenzentriert und lebensweltbezogen zu unterstützen. Psychiatrische Pflege ist für viele Lernende ein schwer zu durchschauendes pflegerisches Handlungsfeld. Da das Arbeiten mit den Händen eine eher untergeordnete Rolle spielt, ist das Wesentliche der psychiatrischen Pflege für Auszubildende wenig offensichtlich. Damit die Rolle der Pflegenden in der psychiatrischen Versorgung und das damit verbundene pflegerische Handeln verdeutlicht werden, muss die Vermittlung psychiatrischer Pflege sowohl im schulischen als auch im betrieblichen Ausbildungsteil methodisch sinnvoll geplant werden.

Die Autorinnen möchten dazu einen Beitrag leisten, indem sie das phänomenologische Lernen nach dem Konzept von Uzarewicz (2013) unter Beachtung der Vorgaben der Fachkommission (nach § 53 PflBG) anhand der Themen Macht, Gewalt, Zwang, Kontrolle und Fremdbestimmtheit am Beispiel des stationären Settings der psychiatrischen Pflege darlegen und so für Lehrende eine mögliche Vorgehensweise zur methodischen Gestaltung der CE 11 des Rahmenlehrplans aufzeigen. Die Situationsmerkmale der Lernsituation sind umfassend dargestellt und ermöglichen den Lehrenden, die konkrete inhaltliche Ausrichtung ihres phänomenologischen Unterrichts entsprechend den Gegebenheiten der Pflegeschule anzupassen.

Wünschenswert sind weitere methodische Skizzierungen für die

unterschiedlichen Settings der psychiatrischen Pflege wie beispielsweise die ambulante psychiatrische Pflege. Darüber hinaus wird im vorliegenden Beitrag der Lernort Schule adressiert. Das Aufzeigen methodischer Herangehensweisen für das begleitete Lernen im realen Arbeitsprozess, also am Lernort Betrieb, ist ebenso wichtig. Beispiele zur methodischen Umsetzung des Rahmenlehr- und Rahmenausbildungsplans können Lehrende und Praxisanleitende als Inspiration dienen und sie bei ihrer verantwortungsvollen Aufgabe unterstützen, Auszubildende bei der Entwicklung eines vertieften Verständnisses der psychiatrischen Pflege zu begleiten.

Literaturverzeichnis

Doenges, M. E., Moorhouse, M. F. & Murr, A. C. (2018). *Pflegediagnosen und Pflegemaßnahmen* (6. Aufl.). Bern: Hogrefe.

Elsbernd, A. & Bader, K. (2018). Entwicklung von Curricula für die Pflegeausbildung. Kohärenz zwischen strukturgebenden Konstruktionsprinzipien. *Padua*, 13 (5), 343 – 348.

Hatziliadis, M. (2019). Veränderungen als Herausforderung für Pflegeschulen. Generalistische Pflegeausbildung gestalten als Aufgabe von Schulleitungen und Lehrenden. *Padua*, 14 (3), 155 – 160.

Ketelsen, R., Schulz, M., & Driessen, M. (2011). Zwangsmaßnahmen im Vergleich an sechs psychiatrischen Abteilungen. *Das Gesundheitswesen*, 73 (2), 105–111.

Kistner, W. (2002). *Der Pflegeprozess in der Psychiatrie. Beziehungsgestaltung und Problemlösung in der psychiatrischen Pflege* (4. Aufl.). München: Urban & Fischer.

Knigge-Demal, B. (2001). Curricula und deren Bedeutung für die Ausbildung. In M. Sieger (Hrsg.), *Pflegepädagogik. Handbuch zur pflegeberuflichen Bildung* (S. 41 – 55). Bern: Hans Huber.

Mahler, A. (2001). Überlegungen zur Pflegeausbildung in der Psychiatrie. *Psych Pflege*, 7 (02), 81 – 86.

Mitchel, T. (2008). *Lernergebnisse (Learning Outcomes) in der Praxis*. DAAD: Bonn.

Pflegeausbildungs- und Prüfungsverordnung (PflAPrV) vom 13.06.2018. In *Bundesgesetzblatt Jahrgang 2018, Drucksache 19/2707*, S. 1 – 118.

Rahmenpläne der Fachkommission nach § 53 des PflBRefG. Bundesinstitut für Berufsbildung [BIBB]. (2019). Die Rahmenpläne für die neuen Pflegeausbildungen sind online. Abgerufen von <https://www.bibb.de/de/86562.php>

Rohde, K., Knapp, S. & Baddack, M. (2013). Einsatz in einer befremdlichen Welt? Lerneinsätze in der psychiatrischen Pflege unterstützend vorbereiten. *Padua*, 8 (2), 109 – 114.

Tulka, S. (2019). Konzeption einer Lernaufgabe zum Thema Psychiatrische Pflege. In M. Bonse-Rohmann, P. Raschper & R. Wolke (Hrsg.), *Aktuelle pflegewissenschaftliche Entwicklungen im Gesundheitswesen. Beiträge des wissenschaftlichen Nachwuchses der Hochschulen Hannover, Esslingen und Bielefeld* (S. 289 – 310). Lage: Jacobs Verlag.

Uzarewicz, C. (2013). Phänomenologisches Lehren und Lernen in der Pflege. In E. Linseisen & C. Uzarewicz (Hrsg.), *Aktuelle Pflege Themen lernen. Wissenschaftliche Praxis in der Pflegeausbildung* (S. 97 – 116). Stuttgart: Lucius & Lucius.

Walter, A. (2015). Der phänomenologische Zugang zu authentischen Handlungssituationen – ein Beitrag zur empirischen Fundierung von Curriculumentwicklungen. In U. Weyland, M. Kaufhold, A. Nauerth & E. Rosowski (Hrsg.), *bwp@ Spezial 10 – Berufsbildungsforschung im Gesundheitsbereich* (S. 1 – 22). Abgerufen von <https://www.bwpat.de/ausgabe/spezial10/walter>

Fußnote

[1] Nach Ansicht vieler Expertinnen und Experten gibt es keine „psychiatrische Pflege“, sondern nur eine Pflege bei psychischen Erkrankungen. Die Besonderheiten der „psychiatrischen Pflege“ ergeben sich nicht aus einer anderen theoretischen Ausrichtung, sondern aus den Besonderheiten psychischer Erkrankungen. Die Trennung der Pflege in psychiatrisch und somatisch widerspricht einem umfassenden Pflegeverständnis (Kistner, 2002). Lediglich zugunsten der besseren Lesbarkeit wird der kürzere Begriff „psychiatrische Pflege“ der Formulierung „Pflege von Menschen mit psychischen Erkrankungen“ vorgezogen.

Eingereicht: 20.04.2021
Genehmigt: 28.06.2021

doi: 10.52205/llig/10

Daniel Amon B.A.

Berufspädagoge für Pflegeberufe (B.A.). Derzeitige Tätigkeit: Lehrkraft an der Caritas Diakonie Schulträger gGmbH (Generalistische Pflegeausbildung);

d.amon@cd-pga.de



Prof. Dr. habil. Thomas Prescher,

Professur Didaktik für Gesundheitsberufe, FH Münster; Fachbereichsleiter Pädagogik im Institut für Notfallmedizinische Bildung, INOB.org;

Thomas.prescher@fh-muenster.de



Mediengestützte patientenprozessorientierte Lernaufgaben zur Förderung der Lernortkooperation in der Pflegeausbildung

Abstract Deutsch

Die Gestaltung und Entwicklung von zeitgemäßen Lernarrangements ist als zentrale Aufgabe in der beruflichen Bildung, konkret in der generalistischen Ausbildung, zu sehen. Die Lernangebote sind so auszurichten, dass eine Lernerfahrung kontinuierlich ermöglicht und Erfahrungswissen arbeitsprozessorientiert und -integriert, unterstützt wird. Eine neue Lernkultur im Spannungsverhältnis zwischen Unterrichts-, Personal- und Organisationsentwicklung sowie einer sich neuformierenden Lernortkooperation stellt die Bildungsinstitutionen sowie die Lehrkräfte vor neue Herausforderungen.

In diesem Beitrag werden mediengestützte und patientenprozessorientierte Lernaufgaben als Möglichkeit vorgestellt, einer kompetenzorientierten Ausbildung gerecht zu werden, Lernortkooperation neu zu gestalten und dem oben beschriebenen Spannungsverhältnis ganzheitlich entgegenzuwirken. Für eine neu ausgerichtete Organisationsentwicklung mit einer neuen Lehr - Lernkultur werden konkrete Vorschläge für einen „Conceptual Change“ vorgestellt, der mit einer sensiblen, jedoch klaren Strategie und Konzeption zum „Digital Change“ führen kann.

Abstract Englisch

The design and development of contemporary learning arrangements must be seen as a central task in vocational training and specifically for nursing education learning opportunities must be aligned in such a way that a continuous learning experience is made possible and experiential knowledge is supported in a work process-oriented and integrated manner. A new learning culture in the tension between teaching, personnel and organizational development as well as a newly formed learning location cooperation poses new challenges for educational institutions as well as teachers.

In this paper, media-supported patient-process-oriented learning tasks are presented as a possibility to do justice to a competence-oriented training, to reshape learning site cooperation and to holistically. Counteract the above-described tension. For a newly oriented organizational development with a new teaching - learning culture, concrete suggestions for a „conceptual change“ are presented, which can lead to „digital change“ with a sensitive, yet clear strategy and conception.

1 Einleitung

Die zunehmende Dynamik der Lernprozesse in der beruflichen Bildung und konkret in der generalistischen Pflegeausbildung drängt die Bildungsinstitutionen dazu, sich den damit verbundenen neuen Anforderungen anzupassen. Im Zuge des Bildungsauftrags, die Lernenden zum lebenslangen Lernen zu erziehen, nehmen die selbstregulierten und selbstbestimmten Lernprozesse eine zunehmend wichtigere Rolle ein (Schratz & Wiesner 2020, S. 1ff.). Unter den Lehrenden und Lernenden herrscht eine große Unsicherheit, sich mit diesen Herausforderungen strategisch auseinanderzusetzen. Um dieser Unsicherheit entgegenzuwirken, einer steigenden Lebenswelterweiterung und Individualisierung gerecht zu werden und um mit der Halbwertszeit von Wissen und der Exemplarität als grundlegendes Prinzip innerhalb der Generalistik angemessen umgehen zu können, sind Konzepte und Strategien an Berufsfachschulen und in der Lernortkooperation gefragt, die eine zukunftsfähige Lehr-Lernkultur und eine an den Learning Outcomes orientierte Kompetenzentwicklung gem. der PflAPrV (2018, Anlage 1ff.) fördern. Die Berücksichtigung digitaler Medien kann dabei einen wesentlichen Beitrag zur Lehr-Lernprozessgestaltung beruflicher Bildung sein.

Die Zukunftsfähigkeit von Bildungsinstitutionen wird in diesem Sinne davon abhängen, wie es ihnen gelingt, die berufliche Bildung kompetenzorientiert und medial wirksam auszurichten. Es stellt sich im Rahmen der Gestaltung der generalistischen Pflegeausbildung die Frage, wie eine kompetenzorientierte Ausbildung die Lehr- und Lernkultur verändert

bzw. wie die Lehr-Lernkultur verändert werden muss, damit sich kompetenzorientierte Lernarrangements verwirklichen lassen. Realisiert wird die Kompetenzentwicklung nach Dehnbostel und Lindemann (2007, S. 182)

„als lebensbegleitender Prozess in der Arbeits- und Lebenswelt durch Lern- und Entwicklungsprozesse in unterschiedlichen Lernarten und Lernformen, in individuellen Lernprozessen sowie im Gruppen- und Organisationslernen“.

Dies lässt erahnen, dass sich eine kompetenzorientierte Ausbildung an verschiedenen Faktoren ausrichtet, verschiedene Lernsettings und -orte umfasst sowie eine situative Gestaltung voraussetzt. Diese Ausbildung scheint aber auch davon geprägt zu sein, dass sie durchgängige Erfahrungen ermöglicht und sie einer gezielten Reflexion zuführt. Die Entwicklung beruflicher Handlungskompetenz kann als ein multidimensionales Geschehen gefasst werden, das sehr stark Aspekte des selbstgesteuerten und reflexiven Zugangs umfasst und lernortübergreifend zu konzipieren ist. Schließlich geht es nicht um ein auswendig lernen von Definitionen, Handlungsanweisungen, Verfahren und Algorithmen, sondern um ein verantwortungsvolles Agieren in komplexen variierenden Situationen (vgl. Holländer & Prescher 2021, S. 67f.).

Situationen sind daher nicht im Sinne „dressierter“ Fertigkeiten und Fähigkeiten einfach abuarbeiten, sondern hinsichtlich ihrer Anforderungen, Probleme und Komplikationen für ein patientenorientiertes Agieren reflexiv zu fassen, zu deuten und zu bewerten. Für die generalistische Aus-

bildung wird daher auch von einer reflexiven Handlungskompetenz gesprochen (vgl. StMGP 2020, S. 11). Die Reflexion ist dabei an kompetenzstiftende Erfahrung gekoppelt, die multiperspektivisch in unterschiedlichen Lernsettings gesammelt, mit Hilfe digitaler Medien dokumentiert und einer systematischen an klaren fachlichen Kriterien orientierten Reflexion zugeführt werden.

Sie ist dabei aber kein Selbstzweck, sondern folgt einer doppelten Logik: Zum einem dient ein reflexiver Zugang zum Berufsfeld eine rein zweckorientierte berufliche Bildung zur Erfüllung organisationaler Zwecke zu überwinden und eine zwecksetzende berufliche Bildung zu ermöglichen, die eine verantwortungsvolle Teilhabe und Mitgestaltung der SchülerInnen zum Ziel hat (vgl. Prescher 2017, S. 74). Zum anderen dient sie dazu, die Selbstlernfähigkeit der SchülerInnen zu fördern, das im Kontext der generalistischen Ausbildung erworbene Wissen, aber auch Fertigkeiten und Fähigkeiten, die dem Prinzip der Exemplarität folgen, im Wandel der Zeit und des jeweiligen Pflegesettings selbstgesteuert zu erweitern, zu vertiefen und entsprechend des State of the Art weiterzuentwickeln (vgl. Prescher 2018, S. 210).

Ein kompetenzwirksames Lernen, dass sich durch veränderte didaktische Arrangements entwickeln lässt (Arnold & Prescher, 2011 S. 32), scheint hierbei eine zentrale Rolle einzunehmen. In der generalistischen Ausbildung bedingt dies den Bedarf für „Veränderungen in der Organisation, Realisierung und Entwicklung von Lernort-Kooperationen“ (StMGP, 2020, S. 16) sowie die Entwicklung der Lehr-Lernkultur, die auf das selbst-

ständige, ganzheitlich angelegte Pflegen von Menschen in allen Versorgungsbereichen ausgerichtet ist. Im folgenden Beitrag werden daher die Fragen verfolgt:

Nach welchen Kriterien kann eine kompetenzorientierte berufliche Bildung gestaltet werden und welche Rolle kann die Arbeit mit Lernaufgaben darin spielen?

Wie kann ein Lernraum mit Hilfe des Einsatzes digitaler Medien strukturell entwickelt werden, der eine lernortübergreifende Lernprozessgestaltung und -begleitung ermöglicht?

2 Patientenprozessorientierte berufliche Bildung als Ansatz einer kompetenzorientierten Lernortkooperation

Eine kompetenzorientierte Ausbildung verlangt aufgrund ihrer vielfältigen Facetten und Einflüsse nach einer ganzheitlichen Betrachtung und Gestaltung. Um eine ganzheitliche Konzeption zu verfolgen, die sowohl die Lernortkooperation von schulischen und betrieblichen Lernorten verbessert als auch die Selbsterschließung der Lernenden berücksichtigt, könnte der von Müller, König & Prescher (2020, S. 2) beschriebene „arbeitsprozessorientierte Ansatz“ eines Lernens mit Lernaufgaben genutzt werden. Prozessorientierung versteht sich als das Beziehen auf reale betriebliche Arbeits- und Geschäftsprozesse der Berufsausbildung (vgl. Dehnbostel 2007, S. 15). Durch diesen Ansatz könnten Lernsituationen entstehen, die sich an realen Arbeitsbedingungen orientieren und den Aufbau beruflicher Handlungskompetenz weiter fördern. Auch der von Kremer (2008, S. 3) häufig geforderte Ansatz des Lernens im Arbeitsprozess, der bislang

selten eine Förderung im Kontext der Pflegeausbildung jenseits des Pflegeprozesses als Unterrichtsthema erfahren hat, könnte in den arbeitsprozessorientierten Ansatz integriert werden, so dass ein arbeitsprozessorientiertes und -integriertes Lernen verbunden werden (vgl. Kap. 5; Abb. 4). Der Ansatz des Lernens im Arbeitsprozess fördert Konzepte, die ihren Beginn in strukturierten (künstlichen) Lernsituationen haben und auf reale Handlungssituationen im Berufsalltag übertragen werden können. Bei der beruflichen Bildung und konkret in der generalistischen Pflegeausbildung, schließen sich schulische und betriebliche Lernorte oft zu Lernortkooperationen, ohne jedoch wirklich zu kooperieren, zusammen. Lernaufgaben die entweder im Lernortschule für die Praxis oder idealerweise mit der Praxis gemeinsam für die Praxisphasen entwickelt werden, können hier einen Zugang darstellen, zumindest die Lernortkooperation der SchülerInnen im Kopf zu fördern (vgl. Elsholz & Knutzen 2009, S. 96).

Arnold (2018, S. 65) erachtet es für die Wissensteilung, -entwicklung und -aktualisierung als erforderlich, Lernen im Sinne einer Einbindung in Handlungs- und Anwendungskontexte zu situieren. Ihm zufolge kann ein nachhaltiges Lernen nur dann entstehen, wenn die Lernenden dazu angeregt werden, ihre persönlichen Erfahrungen, Fragen und Auffassungen bei der Erarbeitung von Problemlösungen einzubringen, sie also aktiv und interaktiv am Lerngeschehen teilnehmen. Die patientInnenprozessorientierten Lernaufgaben stellen solche eine Form des situationsbezogenen Lernens dar, ermöglichen exemplarisches Lernen und fördern die Selbstor-

ganisation der Lernenden. Nach Aussage des StMGP (2020, S. 11)

„wurden die Rahmenbedingungen für das neue Verständnis von Pflege im Pflegeberufegesetz (PflBG) sowie in der parallel in Kraft getretenen Pflegeberufe-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (PflAPrV) verankert“.

Die Definition der Ausbildungsziele (§ 5 Abs. 1 PflBG) benennt das übergeordnete Ziel „selbstständiger, umfassender und prozessorientierter Pflege“ (StMGP, 2020, S. 11). Dieses Selbstverständnis entspricht der von Müller (2011, S. 30) dargestellten Ausrichtung für eine prozessorientierte berufliche Bildung, wobei die Entwicklung und Umsetzung patientInnenprozessorientierter Lernaufgaben einen entscheidenden Teil zur Erreichung dieser Prozessorientierung und damit Kompetenzentwicklung lernortübergreifend beitragen können, da sie für Menschen aller Altersstufen in akut und dauerhaft stationären sowie ambulanten Pflegesituationen adaptiert werden können. Auf diese Weise ist es möglich in unterschiedlichen Handlungsfeldern der Pflegesettings und die dafür relevanten Kompetenzen in ihrer Exemplarität zu adressieren. Durch den arbeitsprozess- und patientInnenprozessorientierten Ansatz könnte sowohl die aktive und interaktive Rolle der Lernenden als auch Handlungs- und Anwendungskontexte der zukünftigen beruflichen Rolle berücksichtigt werden.

Lernaufgaben sollten demnach so erstellt werden, dass sie den Lernenden ermöglichen, in einer heterogenen Lerngruppe gemeinsam begleitet und zugleich individuell gefördert zu werden. Um der

Kompetenzorientierung gerecht zu werden, werden dazu im Sinne einer Berufsfelddidaktik Handlungssituationen und Lernprodukte, welche die Entwicklung von Fähigkeiten und Fertigkeiten fördern, in den Vordergrund gestellt. Die Lernaufgaben verwirklichen dadurch den Aspekt der Aufgabenorientierung. Die Aufgabenorientierung rekurriert dabei auf ein selbstgesteuertes und problemorientiertes Lernen, welches die Rolle der Lehrenden maßgeblich beeinflusst. Die Liefererwartung verändert sich hier vom „Vorturner“ zum Lernprozessbegleiter und -unterstützer.

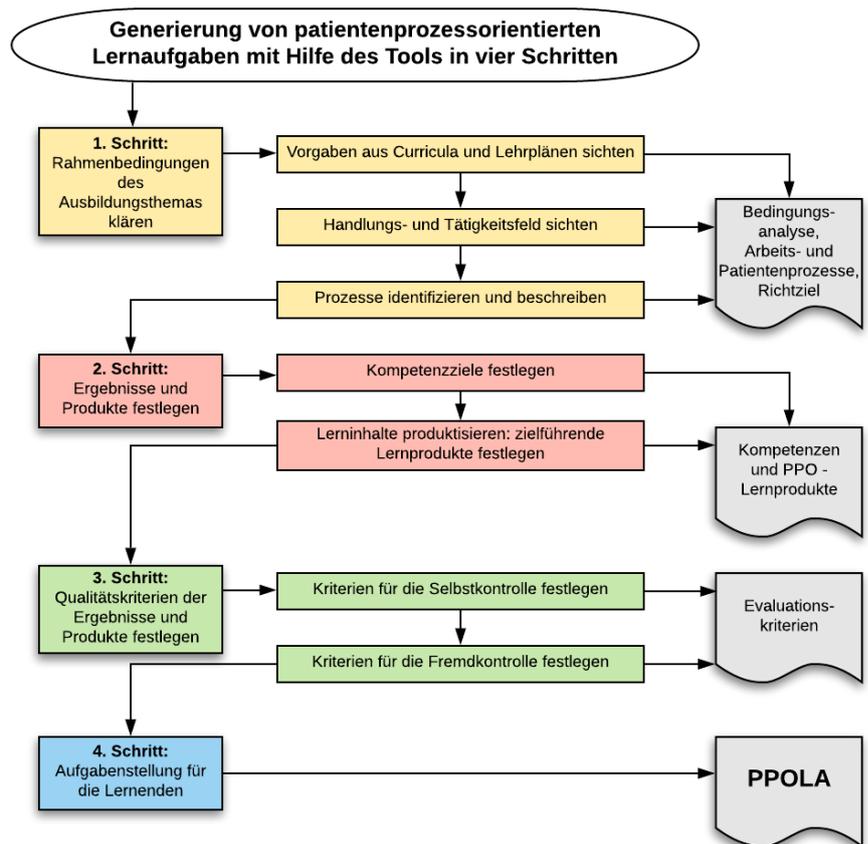
Nach Hellrung (2011, S. 41) muss „die veränderte Gestaltung von Lernaufgaben in ein Gesamtkonzept individualisierten Unterrichts eingebettet sein“, welche auch „Interventionskonzepte für die Anleitung, Betreuung und Unterstützung der Schülerarbeit“ bereithält. Es stellt sich an dieser Stelle die Frage, wie digitale Medien diese Gesamtkonzeption unterstützen können, um die Individualisierung weiter zu fördern und den Erfolg von Lernaufgaben insbesondere vor dem Hintergrund der Förderung der Lernortkooperation zu steigern. Des Weiteren ist es wichtig zu definieren, wer bei der Anleitung, Betreuung und den Unterstützungskonzepten mit involviert ist. Verbindliche Absprachen wären hier sinnvoll, um die lernortübergreifende Vernetzung und Informationspolitik weiter zu fördern, denn ein kompetenzwirksames Lernen lässt sich durch Lernaufgaben erreichen, die sich an realen betrieblichen Arbeitsprozessen orientieren und ausrichten. Diese sind im Idealfall so gestaltet, dass sowohl die schulischen als auch betrieblichen Lernorte beteiligt sind. Somit wird die Lernortkooperation als auch die Kompe-

tenzentwicklung weiter gefördert.

3 Prozesstationen für die Einführung mediengestützter patientenprozessorientierter Lernaufgaben in die generalistische Pflegeausbildung

Für eine Darstellung von betrieblichen Arbeits- und Geschäftsprozessen mit einer Adaption in patientenprozessorientierten Lernaufgaben auf die generalistische Ausbildung, ist es wichtig, die entsprechenden Prozesse zu identifizieren, um daraus die Lernaufgaben formulieren zu können. Das dafür entwickelte Planungstool verfolgt für dieses Anliegen vier Schritte (vgl. Abb. 1):

Abbildung 1: Lernaufgaben mit Hilfe des Planungstools in vier Schritten schülerzentriert entwickeln, Quelle: Gabriel, König & Prescher, 2020, S. 22.



Im ersten Schritt („Rahmenbedingungen des Ausbildungsthemas klären“) werden die inhaltlichen und curricularen Bedingungen der Unterrichtsstunden in eine beruflichen Situation integriert und es wird festgehalten, welche Lernorte an der Lernaufgabe beteiligt sind

und welche Grobziele und Inhalte zugeordnet werden müssen. Somit bietet dieser Ansatz ein lernortübergreifendes Konzept, welches die Lernorte miteinander verzahnt.

Im zweiten Schritt („Ergebnisse und Produkte festlegen“) werden

Kompetenzziele der Feinzielebene formuliert. Stimmig zu den Lernzielen werden Inhalte und relevante Lernprodukte formuliert. Die Lernprodukte sind als Zwischenschritte zu sehen, die die Lernenden zur Handlungskompetenz mit konkret formulierten Aktivitäten entwickeln.

Im dritten Schritt („Qualitätskriterien der Produkte festlegen“) werden die Qualitätskriterien den Lernprodukten zugeordnet und auf einen Erwartungshorizont der „Kontrollkriterien der Lehrenden“ verwiesen. Hier wird eine Brücke zu konkreten fachsystematischen Anforderungskriterien hergestellt wie zum Beispiel den Expertenstandards des DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege).

Im vierten Schritt („Aufgabenstellung für die Schüler“) werden die Ergebnisse aus den vorangegangenen Planungsschritten auf die Ebene der Lernenden projiziert. Die formulierten Ziele und Produkte werden in schülerorientierte Arbeitsaufträge als Lernaufgaben „übersetzt“. Eine an den Lernenden orientierte Beschreibung der

Arbeitsaufträge ist für die Arbeitsfähigkeit der SchülerInnen bedeutsam.

Hinsichtlich der Einbindung mediengestützter Verfahren zur Bearbeitung patientInnenprozessorientierter Lernaufgaben bedarf es einer klaren Implementierungsstrategie. Prescher et al. (2018, S. 6) nutzen hierfür ein didaktisches Konzept, das sie von dem Vier-Phasen-Modell zur Wissensverbreitung und Wissensverbreitung (SECI-Modell, vgl. Nonaka & Takeuchi, 2012) ableiten. Dieses Modell umfasst folgende Schritte:

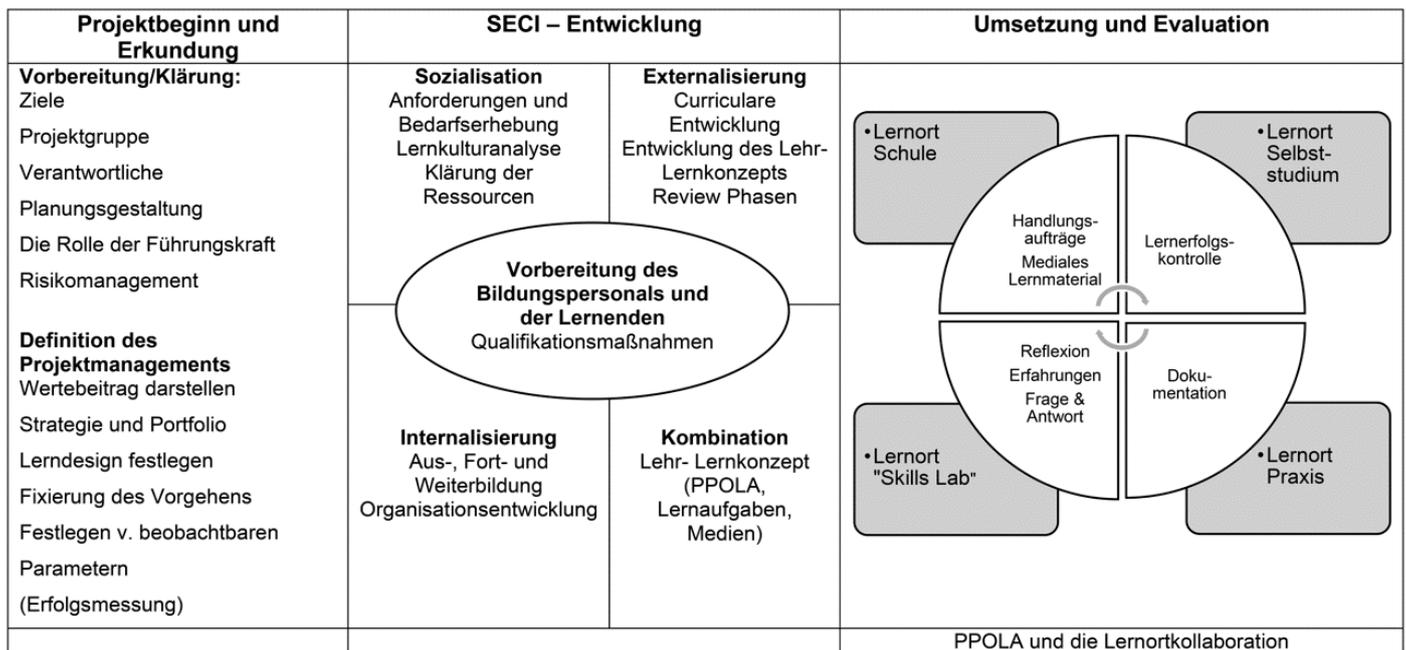
- Anforderungs- und Bedarfserhebung (Sozialisation)
- Curriculare Verortung und Modulentwicklung (Externalisierung)
- Entwicklung des Lehr-Lernkonzepts mit digitalen Medien (Kombination)
- Umsetzung und Implementierung in der Ausbildung (Internalisierung)

Diese Prozessschritte werden in den Einführungsprozess für die generalistische Ausbildung (vgl. Abb. 2) integriert und um die zuvor

zusammengetragenen Erkenntnisse ergänzt. Somit ergeben sich folgende Prozessstationen für die Einführung neuer mediengestützter patientInnenprozessorientierter Lernaufgaben. Diese Prozessstationen (Projektbeginn, SECI Entwicklung und Umsetzung und Evaluation) stellen die für den Aufbau einer nachhaltigen Lernkultur samt neuen Lernaufgaben entscheidenden Grundsteine dar.

In den Rahmenplänen der generalistischen Ausbildung wird gemäß Ammende et al. (2020, S. 13) dem Prinzip der Kompetenzorientierung in mehrfacher Hinsicht entsprochen. Im Rahmenlehrplan werden weitere Handlungsmuster mit Konkretisierungen und Fokussierungen, zu den jeweiligen curricularen Einheiten erläutert. Diese stellen ein zentrales Situationsmerkmal dar. Auch für das Lernen in simulativen Lernumgebungen und für die Lern- und Arbeitsaufgaben werden in den curricularen Einheiten kompetenzbezogene Anregungen und Hinweise gege-

Abbildung 2: Prozessstationen (eigene Darstellung)



ben. Es liegt daher nahe, sich an dieser Makrostruktur zu orientieren, um im nächsten Schritt die oben beschriebenen Lernaufgaben darauf auszurichten und in das schulinterne Curriculum zu integrieren. Diese entwickeln sich aus aktuellen Handlungsstrukturen sowie Situationen in den Arbeits- und PatientInnenprozessen.

Ammende et al. (2020, S. 13) betonen gerade bei der Konzeption der curricularen Einheiten die typischen und wiederkehrenden Pflegesituationen, die nach dem Situationsprinzip entwickelt wurden, um eine kompetenzorientierte Ausbildung zu ermöglichen. Da die curricularen Einheiten auf verschiedene pflegerische Handlungsfelder ausgerichtet sind, ist es den AutorInnen zufolge sinnvoll, diese Struktur auch für die patientInnenprozessorientierten Lernaufgaben zu berücksichtigen. So könnte das eingangs vorgestellte Modell der Prozessorientierung genutzt werden, um PatientInnenprozesse zu identifizieren. Um sich dabei an die oben beschriebene Struktur der curricularen Einheiten anzupassen, erscheint es sinnvoll, die Arbeitsprozesse jeder curricularen Einheit zu identifizieren und die einzelnen zum Ziel gesetzten Kompetenzbereiche zu benennen.

Zu diesem Zweck wurde das Modell um den Hinweis auf die curriculare Einheit sowie den Kompetenzbereich ergänzt. Da es sich um lernortübergreifende Lernaufgaben handelt, wird empfohlen, dass auch die Vertreter der einzelnen Lernorte, wie z. B. die Verantwortlichen der „Skills Lab“-Prozesse, in der Arbeitsgruppe mitwirken, um das Theorie- und Praxiscurriculum aufeinander abzustimmen. Daher sollte auch von „ExpertInnenarbeitsgruppen“ gesprochen werden. Abbildung

3 zeigt die „ExpertInnenarbeitsgruppenkonstellation“ im Projekt, die eine Erarbeitung der Lernaufgaben anhand der curricularen Vorgaben vornimmt. Neben den fachpraktischen und fachtheoretischen VertreterInnen sollte auch in regelmäßigen Abständen der/die zuständige Medienbeauftragte anwesend sein und die Lernaufgaben mitgestalten. Dessen/deren Expertise zum vorhandenen Medienkonzept und der zur Verfügung stehenden Infrastruktur bzw. zu den Möglichkeiten der Umsetzung mediengestützter Lernangebote trägt entscheidend zum Erfolg der Lernaufgaben bei. Durch diese Zusammenarbeit könnten auch mögliche Entwicklungsstrategien entstehen, die sich aktuell über die zur Verfügung stehenden Fördermittel bspw. aus dem Digitalpakt der Bundesregierung realisieren lassen würden.

Bereits an dieser Stelle wäre es bedeutsam, die Herausforderung zu lösen und in den Exper-

tlInnenarbeitsgruppen die Expertise der VertreterInnen der fachtheoretischen als auch der fachpraktischen Ausbildung mit einzubeziehen. So kann durch eine Vernetzung des Theoriecurriculums mit dem Curriculum der Praxis eine gemeinsame Konzeption von Lernaufgaben entstehen. Bei den Lernprodukten, die mit dem Planungstool in Schritt 2 von dem Lehrenden festgelegt und von den Lernenden anschließend hergestellt werden sollen, besteht die Möglichkeit, digitale Medien sinnvoll zu integrieren. Der Vorteil der Mediennutzung liegt darin, den Lehr-Lernprozess zwischen Schule und Praxis durchgängig zu orchestrieren, und auch bei ausbleibender Abstimmung mit den Praxispartnern den SchülerInnen zum einen Lernaufgaben für den Lernort Praxis zur Verfügung zu stellen und zum anderen die SchülerInnen mit einem an der Berufsfachschule angesiedelten Praxisanleiter in seinen Lernprozessen zu begleiten.

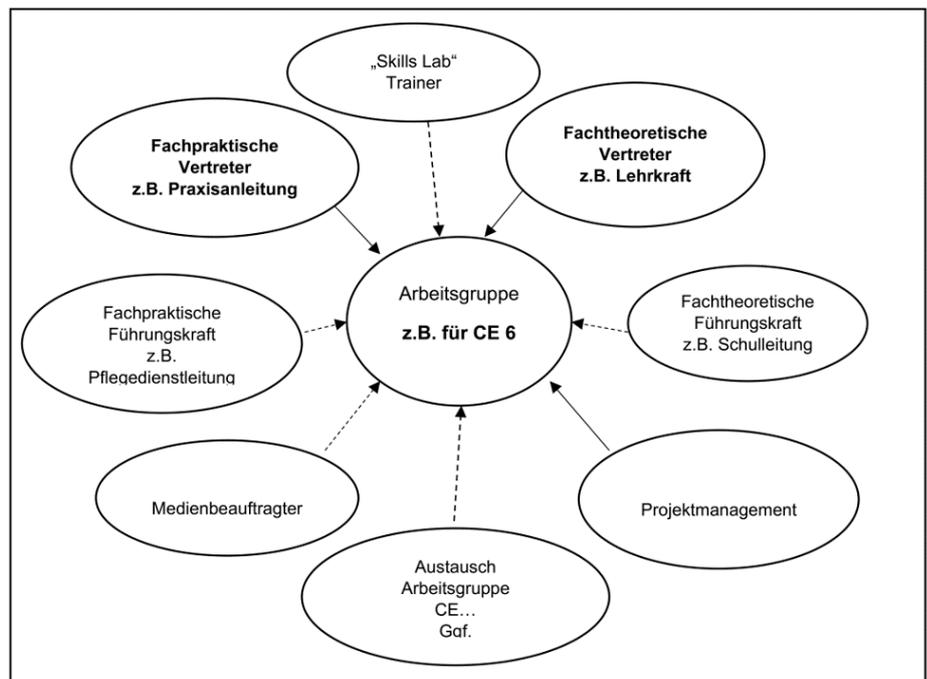


Abbildung 3: Mögliche Arbeitsgruppenkonstellation zur Gestaltung mediengestützter patientInnenprozessorientierter Lernaufgaben (Eigene Darstellung)

Hier ist es Aufgabe der ExpertInnenarbeitsgruppen, die Lernprodukte so festzulegen, dass digitale Medien sinnvoll integriert sind und der Kompetenzerwerb der entsprechenden Lern- und Handlungssituation verfolgt werden kann. Die Lernprodukte lassen sich in unterschiedliche Produktarten einteilen: Erklärprodukte, Darstellungsprodukte, Beschreibungsprodukte und Handlungsprodukte.

4 Lernkultur-, Curriculum- und Medienkonzeptentwicklung für einen nahtlosen Lernraum beruflicher Bildung miteinander verbinden

Die Gestaltung und Entwicklung von zeitgemäßen Lernarrangements stellt die Institution Schule vor diverse Herausforderungen. Es gilt die oben angesprochenen Lernaufgaben so zu gestalten, dass die Möglichkeit besteht, neue Lernformen zu nutzen und diese auf die einzelnen Lernenden auszurichten. PatientInnenprozessorientierte Lernaufgaben mit digitalen Medien einzuführen und umzusetzen stellt sich dabei als ein Ansatzpunkt dar, der didaktische und technische Aspekte einer Lernkulturentwicklung miteinander verbindet.

Gerade wenn es um digitale Medien geht, ist es wichtig, Veränderungen konzeptionell einzubetten und diese als Element der Qualitätsentwicklung der gesamten Bildungsorganisation zu gestalten. Wird die Einführung neuer Lernformen mittels Lernaufgaben mit digitalen Medien als ein Prozess des „Active Change“ verstanden, so ist es nach Kerres (2012, S. 482) notwendig, die infrastrukturellen, personellen und organisationalen Veränderungen gezielt zu thematisieren und zu erarbeiten. Demnach ist es wichtig, eine

Strategie zu verfolgen, die auch langfristig in den Prozessen der Bildungsgangarbeit und im didaktischen Handeln der jeweiligen Institution verankert ist. Das heißt, es müssen Verantwortliche benannt, Zielvereinbarungen, Inhalte und Vorgehen getroffen sowie die oben genannten Punkte berücksichtigt werden. Die Erwartungen an eine digitale Unterstützung in Lernprozessen sind aufgrund der fortschreitenden Digitalisierung und der damit verbundenen Möglichkeiten dabei sehr hoch.

Wie ist es jedoch möglich, zwischen Unterrichts- und Organisationsentwicklung digitale Medien so zu integrieren, dass diese die Lehr- und Lernkultur unterstützen und den Erwartungen entgegenkommen? Laut Schmid, Goertz & Behrens (2016, S. 7) kann insbesondere die duale Berufsausbildung von den digitalen Lernmedien profitieren, um eine engere und gleichzeitig flexiblere Kooperation zwischen Berufsfachschule und Ausbildungsbetrieb zu gewährleisten und den informellen Wissensaustausch weiter zu fördern. Digitale Medien können hier als eine Art vierter Lernort fungieren (vgl. Prescher & Hellriegel 2020, S. 12). Der Erfolg von digitalen Bildungsmedien wird nach Albrecht & Revermann, (2016, S. 13) an grundlegenden Merkmalen wie „Multimedialität und Interaktivität, Vernetzungsmöglichkeiten (von Inhalten, Personen und Systemen) [sowie] Ortsunabhängigkeit bzw. Ubiquität und Anpassungsfähigkeit“ festgemacht. Dabei geht es aber nicht allein um die technologischen Möglichkeiten, sondern darum, inwiefern es gelingt die SchülerInnen in ihrer Bewegung durch die unterschiedlichen Lernorte zu unterstützen und zu begleiten. Somit sollten diese Merkmale auch bei der curricularen Entwick-

lung neuer Lernaufgaben Verwendung finden. Um die digitalen Medien sinnvoll zu integrieren, ist es wichtig, diese konzeptionell zu erfassen. Diese Konzeption sollte im schulinternen Curriculum verortet sein. Ziel wäre es, Lernaufgaben zu erstellen, welche die fachtheoretische mit der fachpraktischen Berufsbildung verbinden und mit digitalen Medien unterstützt bzw. ergänzt werden. Hierbei sollte das schulinterne Medienkonzept mitberücksichtigt werden.

Dies erfordert eine fundamentale Veränderung und Adaption der im Präsenzunterricht bewährten Didaktikmodelle und Unterrichtsmethoden. Digitale Medien nehmen laut Baumgartner & Herber (2013, S. 5) bei der Schaffung des didaktischen Mehrwerts lediglich die Rolle des Vermittlers ein: Die Funktionen des Mediums können von den Auszubildenden zur Schaffung des didaktischen Mehrwerts verwendet werden. Damit diese Funktionen eine didaktische Qualität erreichen, müssen sie in einem didaktischen Rahmen zum Einsatz kommen und den Lernerfolg fördern. Dies spricht dafür, die digitalen Medien mit ihren Funktionen mit den Lernaufgaben zu verbinden, um so dem Lernprozess einen sturkturierten Rahmen zu geben.

Die vielfältigen Potenziale der digitalen Medien lassen sich laut Schaumburg (2015, S. 48) nur dann realisieren, wenn an der Bildungsinstitution Rahmenbedingungen vorhanden sind, welche die Umsetzung dieser Potenziale ermöglichen. Zu diesen Rahmenbedingungen zählen, so Schaumburg weiter, insbesondere das Vorhandensein von methodisch-didaktischen und technischen Kompetenzen, Fachwissen seitens der Lehrkräfte sowie deren

Bereitschaft zum Arbeiten mit digitalen Medien. Laut Kerres (2012, S. 485) macht dabei eine technische Reform wenig Sinn ohne eine didaktische Reform und eine didaktische Reform macht keinen Sinn ohne die dazu stimmige Personal- und Organisationsentwicklung. Ihm zufolge müssen die organisationale Kernkompetenz didaktischen Handelns und die Infrastruktur den Reformüberlegungen Hand in Hand folgen. Wenn es um Entwicklungsstrategien in Organisationen geht, gilt es nach Ansicht von Niedermeier & Müller-Kreiner (2017, S. 2) zunächst die Organisationskultur in den Fokus zu rücken.

Eine Änderung der Organisationskultur, so die Autorinnen weiter, meint bezogen auf Digitalisierung auch eine kulturelle Veränderung in der Organisation, die die Digitalisierung mit sich bringt – den Digital Change, der wiederum einen Conceptual Change in den Köpfen der Mitarbeitenden voraussetzt. Entscheidungen für eine Lerntechnologie gehen in diesem Sinne mit didaktischen Entscheidungen von grundlegender und konzeptioneller Natur einher. Gerade der Blick auf das Zusammenspiel der organisationalen Strategie und dieser folgenden Konzeptionen ist ein entscheidender Grundstein, der gelegt werden muss, um nachhaltig die Lernkultur mit digitalen Medien aufzubauen. Bei der Nutzung digitaler Medien steht dabei eine mediendidaktische Konzeption im Mittelpunkt, bei der Lernaufgaben im Kontext der Lernortkooperation einen „seamless learning space“ (Looi et al. 2010, S. 154) ermöglichen. Dieser steht dafür, eine kontinuierliche Lernerfahrung herzustellen und Erfahrungswissen arbeitsprozessorientiert und -integriert zu unterstützen.

Eine Anpassung der Lernangebote in der Pflege ist damit unumgänglich. Fugmann (2017, S. 31) vertritt die Auffassung, dass vor allem die unterschiedlichen Formate an digitalen Medien das individuelle Lernen und kollaborative Arbeiten der Lernenden erleichtern. Als förderlich und notwendig für das individuelle Lernen erachtet Fugmann einen ruhigen Arbeitsplatz, einen schnellen Zugriff auf Lernmaterial sowie Micro-Learning-Einheiten, die „on demand“ zur Verfügung stehen. Diese Möglichkeiten sollten bereits bei der Erstellung der Lernaufgaben berücksichtigt werden und alle Beteiligten sowie die Bildungsorganisation mit einbeziehen, um die Qualität von innovativem Lehr-Lernverfahren zu steigern, in dem die Bereitstellung von Hintergrundwissen zur Aufgabenbearbeitung systematisch mitgedacht wird. Bereits bei der curricularen Konzeption sollte begonnen werden, diese Material- und Contententwicklung mit zu denken, um Lernaufgaben mit digitalen Medien curricular stimmig in Lernsituationen zu gestalten.

Bestehen die Lernaufgaben aus formulierten Handlungsaufgaben sowie multimedialen bzw. verlinkten Lernmaterialien, können diese laut Prescher et al. (2018, S. 7, vgl. Abb. 2) dem Lernenden über eine digitale Lernumgebung zur Verfügung gestellt werden. Diese bietet dem Lernenden neben Funktionen zur Reflexion und Dokumentation der Bearbeitung und Erfahrungen auch eine Beschreibung bzw. Durchführung von Erfolgskontrollen. Um eine Kollaboration aller am Lernprozess Beteiligten zu ermöglichen, verweisen Prescher et al. auf die Teilbarkeit der erarbeiteten Lernaufgabe mit anderen Lernenden, Fachkräften und dem Bildungspersonal. Als Basis für solch eine Lernplattform könnte

sich ggf. an vorhandenen Strukturen orientiert werden. Grundsätzlich geht eine solche Lernplattform (Moodle, Mebis, Ilias ...) über eine einfache Lösung zur Datenablage hinaus und bietet den AnwenderInnen neben der Möglichkeit des Bereitstellens von Lerninhalten weitere Funktionen wie die Organisation von Lernvorgängen, Übernahme von Verwaltungsaufgaben, Kommunikationsmöglichkeiten zwischen Lernenden und Lehrenden sowie zusätzliche, das Lernen unterstützende Tools wie z. B. interaktive Whiteboards.

5 Patientenprozessorientierte Lernaufgaben im Lernortkooperationszyklus eines Conceptual und Digital Change

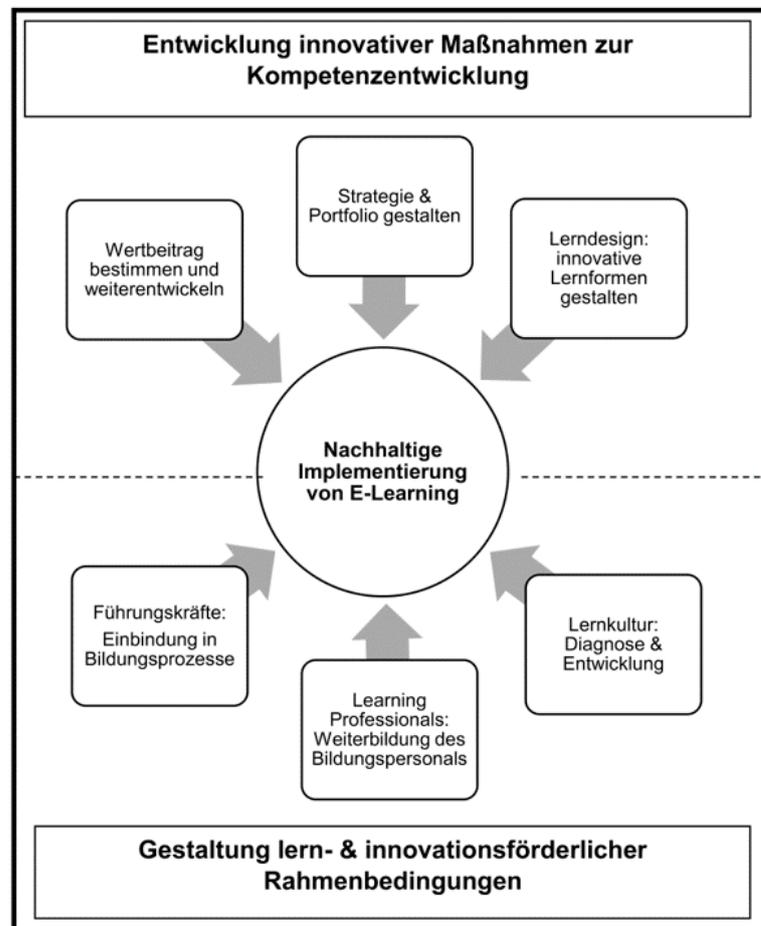
Die Entwicklung einer neuen Lernkultur steht in einem Spannungsverhältnis zwischen Unterrichts-, Personal- und Organisationsentwicklung. Diese drei von Rolff (2013, S. 20) dargestellten Ebenen sollten für eine ganzheitliche Konzeption zur Implementierung neuer Lernaufgaben betrachtet werden. Schaumburg (2015, S. 49) betont, dass die erfolgreiche Integration neuer Lernprozesse, insbesondere mit digitalen Medien als Schulentwicklungsaufgabe zu sehen ist. Ein solches Verständnis macht die Umsetzung einer kompetenzorientierten Lehr-Lernkultur nicht zu einer Frage der individuellen Kompetenz der LehrerInnen und PraxisanleiterInnen, sondern zu einer Frage der organisationalen und systemischen Kompetenz im Zusammenspiel der Akteure im Feld. Hier braucht es eine klare strategische Perspektive, die nur langfristig verfolgt und realisiert werden kann.

Wurde als Schulentwicklungsaufgabe die Einführung neuer Lernprozesse wie die mediengestützten patientInnenprozessori-

entierten Lernaufgaben beschlossen, bedarf es einer näheren Betrachtung des oben beschriebenen Spannungsverhältnisses zwischen Unterrichts-, Personal- und Organisationsentwicklung. Bezogen auf die Organisationsentwicklung ist es entscheidend, einen „Conceptual Change“ zu initiieren, der mit einer sensiblen, jedoch klaren Strategie und Konzeption Grundsteine legt, um nachhaltige neue Lernprozesse aufzubauen, die zum „digital Change“ führen. Für die Schaffung entsprechender Rahmenbedingungen wird empfohlen, sich bei der Einführungsphase am Rahmenmodell (vgl. Abbildung 2 & 4) zu orientieren.

Um Lernaufgaben mit doppelter Transferrichtung (vgl. Abb. 5) zu entwickeln und auch umzusetzen, ist es von entscheidender Bedeutung, dass sowohl VertreterInnen der fachtheoretischen als auch der fachpraktischen Ausbildung qualifiziert werden, damit diese mitwirken und mitgestalten können.

Abbildung 4: Rahmenmodell zur Gestaltung innovativer Kompetenzentwicklung (Seufert & Meier, 2013, S. 498).



PPOLA in der Lernortkooperation				
Beispiel Lernsituation CE 6 – 1 Schuljahr: Erkennen von Notfallsituationen in Pflege- und Gesundheitseinrichtungen, die sofortiges Handeln erfordern (Titel vgl. Bamberger Pflegecurriculum, 2019)				
Digitale Lernumgebung zur Reflexion, Dokumentation, Erfolgskontrollen und Teilung der Erarbeitungen (Zugang zu Lernaufgaben, Ergebnissen und Lernbilanzen)				
PPOLA Lernort Schule fachtheoretischer Unterricht	PPOLA Lernort Schule fachpraktischer Unterricht	PPOLA Lernort „Skills Lab“	PPOLA Lernort Praxis	PPOLA Lernort Selbststudium
Lerngegenstand:	Lerngegenstand:	Lerngegenstand:	Lerngegenstand:	Lerngegenstand:
<p>Fallsituation zur Thematik ←</p> <p>Exemplarisches Darstellen einer Notfallsituation</p> <p>Beurteilung von Notfallsituationen</p> <p>Einschätzung der Vitalfunktionen (Atmung, Herz-Kreislauf-Funktion) ...</p>	<p>Kommando-Kommunikation innerhalb von Notfallsituationen</p> <p>Erste Hilfe Maßnahmen/ Sofortmaßnahmen</p> <p>Einschätzung der Vitalfunktionen (Atmung, Herz-Kreislauf-Funktion) ...</p>	<p>Simulation einer Notfallsituation</p> <p>Ruhe und Sicherheit durch routiniertes Handeln und handlungsbegleitende Information erleben</p> <p>Notfalltraining an Notfallsimulatoren</p> <p>Informationsweitergabe</p>	<p>Beobachtungen von Veränderungen des Gesundheitszustands anhand verschiedener Vitalzeichen systematisch erheben und digital oder analog dokumentieren.</p> <p>Die ermittelten Werte mit Normwerten begründet abgleichen und zuständige Pflegefachpersonen über Abweichungen korrekt und zuverlässig informieren</p> <p>Abläufe in Notfallsituationen bewusst wahrnehmen, entsprechend den eigenen Kompetenzen mitwirken.</p>	<p>→ Vertiefungsauftrag/ Vorbereitungsauftrag: Statistiken zu Häufigkeiten und Arten von Notfällen in unterschiedlichen Settings Verschiedene Settings – Verschiedene Notfälle und Schwierigkeiten des Retters in Notfällen („Schockstarre“, Undefiniertheit usw.)</p> <p>Reflexionsauftrag: Erlebte Notfallsituationen unter Berücksichtigung fachlicher Standards sowie der Perspektiven von Betroffenen und Mitwirkenden reflektieren.</p>

Abbildung 5: PPOLA in der Lernortkooperation (Ammende, et al., 2020, S.107ff; eigene Darstellung)

Mitwirken und Mitgestalten heißt konkret, bei der Vorbereitung und Konzeption des didaktischen Settings als auch bei der Durchführung und Steuerung der Konzeption involviert zu sein, um die neuen Lernarrangements gemeinsam zu konstruieren. Es gilt hier eine neue Lehr-/Lernkultur mit Lernformen zu verfolgen, „die den Lernenden anders betrachten und auch vielfältiger und kompetenzorientiert fordern und fördern“ (Niedermeier & Müller-Kreiner, 2017, S. 2).

Die mediengestützten patientInnenprozessorientierten Lernaufgaben würden diesen Aspekt berücksichtigen. Anhand des vorgestellten konzeptionellen Ansatzes kann entscheidend Einfluss auf die Wahl, Orchestrirung und Nutzung der digitalen Medien in den Lernprozessen genommen werden. Auch ist die Chance gegeben, die verschiedenen Lernorte der fachtheoretischen als auch der fachpraktischen Ausbildung besser miteinander zu verknüpfen. Hier ist es wichtig die Lernoutcomes von möglichst allen Lernenden zu erreichen und weitergehende individuell erarbeitete Ansätze und Lösungswege zu verfolgen. Im Idealfall entstehen nach Rein-Sparenberg & Bechtel (2016, S. 69) am Ende sinnvolle Lernaufgaben, die unterschiedliche Schwierigkeitsgrade berücksichtigen und bei denen die Lernenden ihre Fähigkeiten einbringen können. Demnach würden sinnvolle Lernaufgaben nach dem beschriebenen Planungstool erst dann entstehen, wenn in den ExpertInnenarbeitsgruppen diese verschiedenen Schwierigkeitsgrade auch mit berücksichtigt würden.

Es gilt die o. g. vielversprechenden Aussichten zu verfolgen, um den von Müller (2017, S. 3) beschriebenen Gefahren der heutigen

Ausbildungspraxis, die sich durch „Lernen im Prozess der Arbeit“ kennzeichnet, entgegenzuwirken. Zu diesen Gefahren zählen laut dem Autor ein unzureichender Lernfortschritt und eine Überforderung der Auszubildenden. Häufig werde

„unterschätzt, dass für ein Zustandekommen von Selbststeuerung beim Lernen nicht nur genügend Freiraum, sondern auch ein auf die Lernenden abgestimmtes Maß an Fremdsteuerung erforderlich ist“ (Müller 2017, S. 3).

Somit stellt diese anspruchsvolle didaktische Aufgabe die Lehrenden vor neue Chancen und Barrieren gleichermaßen. Auch der Einsatz von digitalen Medien in entsprechenden Lernarrangements birgt verschiedene Barrieren. Laut Köller et al. (2019, S. 868) kann z. B. nicht davon ausgegangen werden, dass digitale Lehrangebote für alle Lernenden – unabhängig von ihren Voraussetzungen – gleichermaßen effektiv sind. Gleichzeitig kann auch nicht davon ausgegangen werden, dass alle Praxispartner gleichermaßen involviert werden können bzw. sich involvieren lassen. Die Voraussetzungen auf unterschiedlichen Ebenen, die Lernende, Lehrkräfte und Praxispartner mitbringen müssen, um eine effektive Umsetzung der vorgestellten Potenziale zu gewährleisten, ist hierbei entscheidend. Anhand des vorgestellten konzeptionellen Ansatzes kann jedoch entscheidend Einfluss auf die Wahl, Orchestrirung und Nutzung der digitalen Medien in den Lernprozessen genommen werden. Auch ist die Chance gegeben, die verschiedenen Lernorte der fachtheoretischen als auch der fachpraktischen Ausbildung besser miteinander zu verknüpfen. So könnte die in Abbildung

4 dargestellte Lernortkooperation von allen Beteiligten genutzt werden, um die berufliche Bildung gemeinsam aktiv zu gestalten und neu auszurichten.

Bezüglich der Nutzung von digitalen Medien in den einzelnen Lernorten führen Gensicke et al. (2016, S. 73) Hürden an. Diese erstrecken sich von kleinen Hürden wie fehlender oder unzureichender Unterstützung und Technikakzeptanz in den Lernorten, fehlender Informationspolitik bis hin zu großen Hürden wie Netzprobleme, fehlende Geräteverfügbarkeit oder fehlender Austausch zwischen den Akteuren. Werden die beschriebenen Hürden nicht aktiv bearbeitet und die vorhandenen Defizite nicht ernst genommen, wird eine erfolgreiche Einführung mediengestützter Lernaufgaben unnötig erschwert und damit eine konstruktive Lernortkooperation verhindert.

6 Schluss

Angesichts des digitalen Wandels hat Bildung mehr denn je die Aufgabe, Menschen auf das Leben in der digitalen (Arbeits-) Welt vorzubereiten (vgl. BIBB, 2017, S. 6). Diese Veränderungen wirken sich auch auf die Lehr-Lernkultur der beruflichen Bildung aus. In der beruflichen Bildung mit ihren festgelegten Kompetenzanforderungen und späteren Handlungssituationen sind Lernarrangements gefragt, die ein kompetenzwirksames Lernen ermöglichen. Um dieser Kompetenzorientierung gerecht zu werden, können die mediengestützten patientInnenprozessorientierten Lernaufgaben genutzt werden. Denn es sind nicht die isolierten Lernsequenzen, die vereinzelt auf innovative Lernmethoden hindeuten, vielmehr ist es ein ganzheitlicher konzeptioneller Ansatz einer Lernkultur, welcher

sich nach einer kompetenzorientierten Ausbildung ausrichtet, digitale Medien fest implementiert und eine PatientInnenprozessorientierung nutzt, um kompetenzwirksames Lernen zu ermöglichen. Der beschriebene Ansatz der medien-gestützten, patientenprozessorientierten Lernaufgaben kann eine lernortübergreifende Lernprozessgestaltung entwickeln und begleiten, ist aber von den einzelnen Akteuren abhängig. Hierfür müssen die Akteure gewonnen, begeistert und auch dahingehend geschult werden, die Verantwortung für die Gestaltung der Lernortkooperation selbst zu übernehmen. Dieses Verständnis könnte frühzeitig in begleitenden Weiterbildungsmaßnahmen, wie der der Praxisanleitung, angebahnt werden.

Ein kontinuierlicher Austausch der lernortübergreifenden Zusammenarbeit wäre hier wichtig, um Prozesse zu optimieren und zu steuern. Auch die trägerübergreifende, durch Ausbildungsverbunde etablierte Zusammenarbeit, könnte organisatorische, inhaltliche und pädagogische Ressourcen nutzen, die bislang noch in zu geringer Weise berücksichtigt wurden. Niedermeier & Müller-Kreiner (2017, S. 3) verstehen das konzeptionelle Nutzen und Einbinden von digitalen Medien als einen fortlaufenden Prozess, der nicht übergangslos eingefordert werden kann. Sowohl Lernende als auch Lehrende sind in diesen Prozess einzuführen.

7 Literaturverzeichnis

Albrecht, S., & Revermann, C. (2016). *Digitale Medien in der Bildung* Endbericht zum TA-Projekt. Berlin: Büro für Technikfolgen-Abschätzung beim Deutschen Bundestag (TAB).

Ammende, R., Arens, F., Darmann-Fink, I., Ertl-Schmuck, R., Germeten-Ortmann, B., Hundenborn, G., . . . Senftenberg, A. (2020). *Fachkommission nach § 53 Pflegeberufegesetz: Rahmenpläne der Fachkommission nach § PflBG. o. O.* 2020. Bonn: Bundesinstitut für Berufsbildung.

Arnold, P., Kilian, L., Thillosen, A., & Zimmer, G. (2018). *Handbuch E-Learning Lehren und Lernen mit digitalen Medien*. Bielefeld: Bertelsmann Verlag.

Arnold, R. (2018). *Ich lerne, also bin ich - Eine systemisch-konstruktivistische Didaktik*. Heidelberg: Carl-Auer Verlag.

Arnold, R., Gomez Tutor, C., & Kammerer, J. (2003). *Die Entwicklung von Selbstlernkompetenz als didaktische Herausforderung. Selbst gesteuertes Lernen : theoretische und praktische Zugänge*, S. 129-144.

Baumgartner, P., & Herber, E. (2013). *Höhere Lernqualität durch interaktive Medien? Eine kritische Reflexion. Erziehung und Unterricht*, 1-10.

BIBB, B. f. (2017). *Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis*. Stuttgart: Franz Steiner Verlag.

Dehnbostel, P. (2007). *Lernen im Prozess der Arbeit - Studienreihe Bildungs- und Wissenschaftsmanagement*. Münster: Waxmann.

Dehnbostel, P., & Lindemann, H.-J. (2007). *Lernen im Prozess der Arbeit in Schule und Betrieb*. Münster: Waxmann Verlag.

Eisholz, U., & Knutzen, S. (2009). *Lernortkooperation im Kopf durch E-Portfolios in der Ausbildung*. In C. Fenzl, G. Spöttel, F. Howe, & M. Becker, *Berufsbildung von morgen in gewerblich-technischen Domänen. Forschungsansätze und Ausbildungskonzepte für die berufliche Bildung* (S. 94-99). Bielefeld.

Fugmann, M. (2017). *Die Bedeutung von Lernmanagementsystemen für die Unterrichtsentwicklung*. In *Digitale Medien in Schule und Unterricht*-Heraus-

forderungen für die Schulentwicklung (S. 19-27). Innsbruck: Studienverlag Innsbruck-Wien-Bozen.

Gensicke, M., Bechmann, S., Härtel, M., Schubert, T., Garcia-Wülfing, I., & Güntürk-Kuhl, B. (2016). *Digitale Medien in Betrieben - heute und morgen Eine repräsentative Bestandsanalyse 177*. Bundesinstitut für Berufsbildung. Bonn: Bertelsmann Verlag.

Hellrung, M. (2011). *Lehrerhandeln im individualisierten Unterricht - Entwicklungsaufgaben und ihre Bewältigung*. Barbara Budrich.

Holländer, J., & Prescher, T. (2021). *Checklisten in der NotSan-Ausbildung: Teil 1 - Patientensicherheit, 2.Jg, H.1. Emergency*, S. 66-71.

Kerres, M. (2001). *Neue Medien in der Lehre: Von der Projektförderung zur systematischen Integration. Das Hochschulwesen. Forum für Hochschulforschung, -praxis und -politik*, S. 38-44.

Kerres, M. (2012). *Mediendidaktik - Konzeption und Entwicklung medien-gestützter Lernangebote*. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH.

Köller, O., Hasselhorn, M., Hesse, F., Maaz, K., Schrader, J., Solga, H., . . . Zimmer, K. (2019). *Das Bildungswesen in Deutschland - Bestand und Potenziale*. Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt.

Kremer, M. (2008). *Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis - Lernen im Arbeitsprozess. Zeitschrift des Bundesinstituts für Berufsbildung*, 5-8.

Looi, C.-K., Seow, P., Zhang, B., So, H.-J., Chen, W., & Wong, L.-H. (2010). *Leveraging mobile technology for sustainable. British Journal of Educational Technology*. 41. H.2, 154-169.

Müller, H.-J. (2011). *Umsetzung prozessorientierter Berufsausbildung in der Textilwirtschaft - Die Konzeption des konstruktivistischen Lernparadigmas und der handlungsorientierten Prüfungen im Kontext der industriellen Textilberufe*. Von <https://www.bibb.de/veroeffentlichungen/de/publication/show/6768> abgerufen

Müller, H.-J. (2017). *Planungsschritte zur Formulierung von Lernaufgaben in der betrieblichen Berufsbildung*. In *Ausbilder-Handbuch* (S. 1-24). Neuwied: Wolters Kluwer .

Müller, H.-J., König, H., & Prescher, T.

(2020). Arbeitsprozessorientierung in der Berufsausbildung von Notfallsanitäter/innen. Notfall und Rettungsmedizin Konzepte - Stellungnahmen - Perspektiven.

Niedermeier, S., & Müller-Kreiner, C. (2017). Organisationsentwicklung, Digitalisierung und Lehr-Lernkultur. Ermöglichung von Bildungsprozessen durch spielbasiertes Lernen. Von https://www.pedocs.de/volltexte/2017/14982/pdf/Niedermeier_MuellerKreiner_2017_Organisationsentwicklung.pdf abgerufen

Nonaka, I., & Takeuchi, H. (2012). Die Organisation des Wissens - Wie japanische Unternehmen eine brachliegende Ressource nutzbar machen. Frankfurt am Main: Campus Verlag.

PfIAPrV. (2018). Pflegeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung vom 2. Oktober 2018 (BGBl. I S. 1572), die durch Artikel 10 des Gesetzes vom 19. Mai 2020 (BGBl. I S. 1018) geändert worden ist. Von https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl118s1572.pdf#_bgbl_%2F%2F%5B%40at-tr_id%3D%27bgbl118s1572.pdf%27%5D__1615716169775 abgerufen

Pflegeberufereformgesetz-PfIBRefG. (2017). Bonn: Bundesanzeiger Verlag. Von Bundesgesetzblatt. abgerufen

Prescher, T. (2018). Wider den „Methodenwahn“: Lernkulturentwicklung als Voraussetzung einer konsistenten Curriculumsentwicklung. Pädagogik der Gesundheitsberufe. H.3, S. 205-213.

Prescher, T., & Arnold, R. (2011). Bildung ist Kompetenzentwicklung. Weiterbildung, 32-35.

Prescher, T., & Hellriegel, J. (2020). Das Handwerk lernt mobil: Ermöglichung beruflicher Handlungskompetenz mithilfe digitaler Medien im Projekt KOLA (BMBF).ZWH (Hrsg. Zentralstelle für Weiterbildung im Handwerk), Düsseldorf. Von https://zwh.de/wp-content/uploads/KOLA_Broschuere_2019.pdf abgerufen

Prescher, T., Steinmetz, R., Rensing, C., Pfaff, K., Kuhnke, R., & Heubeck, C. (2018). „Leopard“ Lernortübergreifende, patientenprozessorientierte Pflege- und Notfallsanitäteraus- und -fort-

bildung: Digitale Medien zur Förderung eines kompetenzorientierten Lernens mit Lernaufgaben. Neuendettelsau.

Rein-Sparenberg, I., & Bechtel, M. (2016). Individualisierendes und differenzierendes Arbeiten in digitalen Medienformaten. In L. Küster, Individualisierung im Französischunterricht - Mit digitalen Medien differenzierend unterrichten (S. 67-98). Seelze: Kallmeyer und Klett Friedrich Verlag GmbH.

Rolff, H.-G. (2013). Schulentwicklung kompakt Modelle, Instrumente, Perspektiven. Basel: Beltz Verlag.

Schaumburg, H. (2015). Chancen und Risiken digitaler Medien in der Schule - Medienpädagogische und -didaktische Perspektiven. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.

Schmid, U., Goertz, L., & Behrens, J. (2016). Monitor Digitale Bildung Berufliche Ausbildung im digitalen Zeitalter. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.

Seufert, S., & Meier, C. (2013). E-Learning in Organisationen. Nachhaltige Einführung von Bildungsinnovation. In M. Ebner, & S. Schön, Lehrbuch für Lernen und Lehren mit Technologien. Berlin: epubli GmbH.

Stmgp, B. S. (2020). Ausbildungsleitfaden zur generalistischen Pflegeausbildung ab 2020 - Herausforderungen und Chancen - dem Fachkräftemangel mit einem neuen, zeitgemäßen Berufsbild begegnen. München: Appel & Klingner Druck und Medien GmbH.

Eingereicht: 10.06.2021
Genehmigt: 15.06.2021

doi: 10.52205/llig/11

Aline Petzold B.Sc.
Dozentin Generalistische
Pflegerausbildung

aline.petzold@student.uni-halle.de



Lars Hollmann B.A.
Pflegerpädagoge

hollmann@ev-pflegeakademie-xanten.de



Tilman Huckle B.Sc.
Forschungsassistent
Universität zu Lübeck

tilman.huckle@uksh.de



Erwartungen der Praxisanleiter:innen an die Praxisbegleitung durch die Pflegeschulen: Eine Mixed-Methods Studie

Abstract Deutsch

Hintergrund:

In der Pflege bilden Praxisbegleitungen durch Lehrpersonen der Pflegeschulen eine zentrale Stütze in der Pflegeausbildung (Arens 2015). Dieses Bindeglied zwischen Theorie und Praxis, Einrichtung und Pflegeschule ist in Deutschland noch eher unerforscht und im Gesetz finden sich nur oberflächliche Vorgaben. Vor allem durch die Neugestaltung der Pflegeausbildung im Pflegeberufegesetz stellt sich die Frage, welchen Stellenwert die Praxisbegleitung in der Ausbildung hat und haben kann.

Fragestellung:

Die zu untersuchende Frage ist, welche Erwartungen und Wünsche Praxisanleiter:innen aus der stationären, ambulanten und akut-stationären Pflege an die Praxisbegleitung durch die Pflegeschulen haben.

Methodik:

Das Projekt wurde als Mixed Methods Studie konzipiert und bezieht sequenziell sowohl qualitative als auch quantitative empirische Daten ein. Zunächst wurden leitfadengestützte Experteninterviews mit Praxisanleiter:innen geführt. Die Interviews wurden in Anlehnung an die qualitative Inhaltsanalyse von Mayring (2015) zusammengefasst, die inhaltlich zentralen Themen gruppiert und auf der Basis der aufgestellten Fragestellung interpretiert. Diese Themen bildeten die Grundlage für eine online Umfrage, die mittels der Software „umfrageonline“

(enuvo GmbH) per E-Mail-Verteiler über Schlüsselpersonen an Praxisanleiter:innen gesendet wurde. Die Antworten der Fragebögen wurden deskriptiv ausgewertet.

Ergebnisse:

Es wurden drei Interviews mit Praxisanleiter:innen aus jeweils der akutstationären Versorgung, der stationären Langzeitpflege und der ambulanten pflegerischen Versorgung durchgeführt und ausgewertet. Zentrale Aspekte in Bezug auf die Praxisbegleitung waren der Mangel an Kommunikation mit der Pflegeschule, sowie fehlende Ressourcen in den Einrichtungen und Pflegeschulen, um adäquate und individuelle Anleitungen und Begleitungen leisten zu können. An der darauffolgenden online Befragung nahmen 57 Praxisanleiter:innen teil. Die Teilnehmenden arbeiten vorwiegend im Setting der akutstationären Pflege (n=52; 75%) und zu geringen Anteilen im ambulanten Bereich (n=6, 11%) oder der stationären Langzeitpflege (n=10, 14%). Mehrheitlich wünschten sich die Praxisanleiter:innen mehr in die Planung der Praxisbegleitungssequenzen eingebunden zu werden (n=34, 83%) und einen engeren Austausch mit den Pflegeschulen (n=31, 59%). Die Frage, ob es aktuell umsetzbar ist Praxisbegleitungen einmal in jedem Pflicht-, Orientierungs- und Vertiefungseinsatz der Auszubildenden durchzuführen, beurteilten dies 19 (43%) Praxisanleiter:innen mit nicht umsetzbar, während 17 (38%) diese neue Vorgabe für umsetzbar hielten. Dennoch hielten n=24

(55 %) die Anzahl der Praxisbegleitungen nach dem Pflegeberufegesetz als genau richtig.

Schlussfolgerung:

Die Durchführung der Praxisbegleitung ist in der Ausbildung unter dem Pflegeberufegesetz eine zentrale Aufgabe, die es für Pflegeschulen als auch die Träger der praktischen Ausbildung zu bewältigen gilt. Aus den Ergebnissen dieser Befragung gehen Anhaltspunkte hervor, dass die Rahmenbedingungen dafür aus Sicht der Praxisanleiter:innen zum Zeitpunkt der Befragung nicht die gewünschte Qualität einer Praxisbegleitung zulassen. Dies bietet Anlass dafür, den weiteren Verlauf der Umsetzung der Vorgaben zur Praxisbegleitung des Pflegeberufegesetzes wissenschaftlich zu erforschen und zu begleiten.

Abstract English

Background:

In nursing, clinical education by teachers from nursing schools forms a central pillar in nursing training (Arens 2015). This link between theory and practice, facility and nursing school is still rather unexplored in Germany and only superficial requirements can be found in the law. Above all, the redesign of nursing training in the Nursing Professions Act (Pflegeberufegesetz) raises the question of what role clinical education has and can have in nursing training.

Aim:

The question to be examined is what expectations and wishes clinical instructors from inpatient elderly care, outpatient care and acute inpatient care have the clinical education provided by the nursing schools.

Methods:

The project was designed as a mixed methods study and sequentially includes both qualitative and quantitative empirical data. First, guideline-based interviews were conducted with clinical instructors. The interviews were summarized based on the qualitative content analysis by Mayring (2015) and the central topics were grouped and interpreted on the basis of the research question. These topics formed the basis for an online survey, which was sent to clinical instructors through gatekeepers via an email distribution list using the software „umfrageonline“ (enuvo GmbH). The resulting data from the survey was evaluated descriptively.

Results:

Three interviews with practitioners from the acute inpatient care, the inpatient long-term care and the outpatient nursing care were carried out and evaluated. Central aspects in relation to the clinical education by the nursing schools were the lack of communication with the nursing school and a lack of resources in the facilities and nursing schools to be able to provide adequate and individual instructions and education sequences. 57 practical instructors took part in the subsequent online survey. The participants mainly work in the setting of acute inpatient care (n = 52; 75%) and to a lesser extent in the outpatient area (n = 6, 11%) or in inpatient long-term care (n = 10, 14%). The majority of the clinical instructors wanted to be more involved in the planning of the clinical education (n = 34, 83%) and have a closer exchange with the nursing schools (n = 31, 59%). The question of whether it is currently feasible to carry out clinical education by the nursing schools once in every

compulsory, orientation and specialization assignment of the nursing trainees was assessed by 19 (43%) practical instructors as not feasible, while 17 (38%) considered this new requirement feasible. Nonetheless, n = 24 (55%) considered the number of practical accompaniments according to the Nursing Act to be good.

Conclusion

The implementation of clinical education by the nursing schools is a central task in training under the Nursing Professions Act, which must be mastered by nursing schools as well as the providers of clinical training. The results of this survey provide evidence that, from the perspective of the practical instructor, the framework conditions do not provide the desired quality of practical support at the time of the survey. Consequently this is an opportunity for research and assessment of the further implementation of the requirements for clinical education by the nursing schools of the Nursing Professions Act.

Lassen sich die Wünsche und Bedürfnisse von Praxisanleiter:innen mit den gesetzlichen Rahmenbedingungen der Pflegeberufereform vereinbaren?

Pflegesschulen sind gesetzlich verpflichtet die praktische Ausbildung durch Praxisbegleitungen zu unterstützen. Neben positiven Lerneffekten für die Auszubildenden können auch die Praxisanleiter:innen von der Begleitung profitieren. In diesem Artikel wird den Erwartungen, welche sie an die Begleitung haben und was sie sich für eine optimale Unterstützung wünschen, nachgegangen.

Hintergrund

Praxisbegleitungen durch Lehrpersonen der Pflegeschulen bilden eine zentrale Stütze in der Pflegeausbildung (Arens, 2015, S. 26-49). Dieses Bindeglied zwischen Theorie und Praxis, Einrichtung und Pflegeschule, ist in Deutschland wissenschaftlich wenig fundiert (Baumann & Lehmann, 2014). Mit der Novellierung der Gesetze 2020 geht eine Kompetenzerweiterung einher, wodurch zum ersten Mal in der Geschichte der Pflege in Deutschland Vorbehaltstätigkeiten für diese Berufsgruppe geschaffen worden sind (Burtke, 2020). Zur Erreichung des angestrebten Ausbildungszieles wurde eine kompetenzorientierte Ausbildungs- und Prüfungsverordnung erlassen, die den hohen Anforderungen an das spätere Berufsfeld gerecht werden soll (Bundesministerium für Gesundheit, 2018).

Die in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung beschriebenen Kompetenzen sollen partnerschaftlich sowie paritätisch an den verschiedenen Lernorten (Pflegesschulen nach § 9 Pflegeberufegesetz (PflBG) und Praxisein-

richtungen nach § 7 Abs. 1 PflBG) vermittelt werden. Damit die Kompetenzvermittlung und -förderung den individuellen und spezifischen Anforderungen den einzelnen Auszubildenden angepasst werden kann, sieht der Gesetzgeber darüber hinaus verpflichtende und regelmäßige Praxisbegleitungen durch die Pflegeschulen vor. So ist es die Aufgabe der schulischen Einrichtung, „die praktische Ausbildung durch die von ihr in angemessenem Umfang zu gewährleistende Praxisbegleitung“ (§ 6 Abs. 3 PflBG) zu unterstützen und sicherzustellen. Diese Praxisbegleitungen dienen beispielsweise der Überprüfung beruflicher Handlungskompetenzen, dem Informationsaustausch, der Koordination der Lernaufgaben sowie der fachlich, pädagogischen Beratung der Praxisanleiter:innen (Arens, 2015, S. 26-49).

Projektziel

Dieses Forschungsprojekt konzentriert sich auf das Teilglied der Praxisbegleitung in der dreijährigen Ausbildung zum Pflegefachmann beziehungsweise zur Pflegefachfrau.

Durch die Novellierung der Pflegeberufegesetze erfahren die Praxisanleiter:innen die größte Aufwertung innerhalb der Ausbildung. Daher steht im Fokus der Erhebung die Sicht, Einstellung und Wahrnehmung der Praxisanleiter:innen auf die Begleitung durch die Pflegeschulen.

Da die Anforderungen und Bestimmungen zu den gesetzlich geforderten Praxisbegleitungen bisher nicht näher beschrieben und definiert sind (Faßhauer, Fürstenauf & Wuttke, 2013, S. 127-137), stand folgende Fragestellung im Zentrum: „Welche Erwartungen haben Praxisanleiter:innen an die

Praxisbegleitung durch die Pflegeschulen?“. Das Ziel war es, die Wünsche und Erwartungen der anleitenden Pflegenden in der Praxis zu erheben und mit den gesetzlichen Rahmenbedingungen abzugleichen. Die Ergebnisse sollen einen Anhaltspunkt bieten, um Praxisbegleitungen zielgerichtet und bedürfnisorientiert gestalten zu können.

Methodik

Das Projekt wurde als Mixed Methods Studie konzipiert und bezieht sowohl qualitative als auch quantitative Grundlagen ein. Die Erhebung fand demnach in einem 2-phasigen Design statt. Da die Studienpopulation nicht vulnerabel war und die Daten ausschließlich in anonymisierter Form erhoben wurden, wurde von einer Beratung durch eine Ethikkommission abgesehen.

Zur Ergründung und Annäherung an das Forschungsfeld wurden zunächst drei leitfadengestützte Interviews durchgeführt. Der Interviewleitfaden wurde mit zwei unabhängigen Expert:innen der praktischen Pflegeausbildung einem Prätest unterzogen. Die anschließende Rekrutierung der Interviewteilnehmer:innen erfolgte im beruflichen beziehungsweise sozialen Umfeld der Forschenden. Für eine Kontrastierung wurden Expert:innen aus den Settings der ambulanten Pflege sowie der stationären Akut- und Langzeitpflege rekrutiert. Mögliche Teilnehmende wurden über das Projektvorhaben und den Umgang mit den persönlichen Daten aufgeklärt. Voraussetzung für die Mitwirkung war die schriftliche, informierte Einwilligung. Die Teilnahme war freiwillig und konnte bis zum Abschluss der Transkription widerrufen werden. Die Durchführung der Interviews erfolgte per Telefon

oder persönlich und wurde auf Speichermedien aufgezeichnet. Es wurden neben diesen Interviews keine weiteren Daten oder Dokumente eingesehen oder verwendet. Zur Transkription des Gespräches wurde MAXQDA© sowie festgelegte Transkriptionsregeln genutzt. Die anonymisierten Transkripte wurden jeweils von einem Forschenden erstellt und von einem Zweiten Korrektur gelesen, um Fehler im Transkriptionsprozess zu vermeiden. Anschließend wurden die Audioaufnahmen gelöscht. Nach der Transkription wurden die Interviews in Anlehnung an Mayrings qualitative Inhaltsanalyse (Mayring, 2015) exploriert. Entsprechend wurden die vorliegenden Textstellen nach inhaltlich zentralen Themen gruppiert und zusammengefasst. Aus diesen Zusammenfassungen und den dazugehörigen Aussagen wurden abstrahierte Interpretationen abgeleitet, die die Grundlage für die Fragen der Umfrage bildeten. Weiteres Kontextmaterial wurde nicht verwendet. Über unverständliche Textpassagen wurde im Team diskutiert.

Auf Basis der generierten Daten wurden Fragenkonstrukte entwickelt, um eine Gewichtung der Erwartungen und Wünsche zu erzielen. Die Fragestellungen waren dabei als Single und Multiple Choice Fragen oder als Likert-Skalen konzipiert. Letztere waren als vier- bis fünfstufige Skalen mit den Antwortmöglichkeiten von 1 „trifft gar nicht zu“ bis zu den jeweils maximalen Werten (4 oder 5) „trifft voll zu“ gestaltet. Darüber hinaus gab es in jeder Skala die Möglichkeit einer neutralen Antwortoption „keine Angabe“.

Die online Befragung wurde mit der Fragebogen Software „umfrageonline“ (enuvo GmbH) durchge-

führt. Der entwickelte Fragebogen wurde in der online erstellten, finalen Version an zwei Praxisanleiter:innen im Prätest erprobt und erfuhr daraufhin nochmals eine Anpassung. Nach der Veröffentlichung erfolgte die Rekrutierung über Verteilersysteme von Pflegeschulen, Alumninetzwerke sowie Social Media. Über einen bereitgestellten Link konnten die Proband:innen auf die Umfrage zugreifen. Eine Überprüfung, ob die Proband:innen den Einschlusskriterien entsprachen, führten sie anhand der Kriterien im Merkblatt selbst durch. Die wichtigsten Aspekte (z. B. Teilnahme an Praxisbegleitungen innerhalb des letzten Jahres) mussten zudem im Fragebogen bestätigt werden und führten gegebenenfalls zum Ausschluss. Die informierte Einwilligung erfolgte über ein online verfügbares Aufklärungsmerkblatt. Vor Beginn der Umfrage musste dieses von den anleitenden Pflegenden als gelesen markiert und die Zustimmung zur Teilnahme erteilt werden. Im Anschluss wurden die Proband:innen zum Fragebogen weitergeleitet, welcher aus 29 Fragen in acht Kategorien bestand. Die Befragung fand über einen dreimonatigen Zeitraum (Juli-September 2020) statt. Die Umfrage konnte durch die Teilnehmer:innen jederzeit unterbrochen bzw. abgebrochen werden. Das Fortsetzen der Befragung war zu einem späteren Zeitpunkt innerhalb des Erhebungszeitraumes möglich. Nicht abgeschlossene Fragebögen gingen in die Auswertung ein.

Ergebnisse

Ergebnisse der Experteninterviews

Für die Interviews konnten drei Praxisanleiter:innen aus jeweils dem Setting ambulante Versor-

gung, stationäre Langzeitpflege sowie akutstationäre Versorgung mit einer Berufserfahrung zwischen fünf und 15 Jahren in der Praxisanleitung rekrutiert werden. Die Interviews dauerten jeweils eine Stunde.

Die drei Interviews zeichneten sich durch die forcierte Kontrastierung im Setting, wie erwartet und erwünscht, in unterschiedlichen Grundhaltungen aus. Dennoch gab es auch Aspekte, die in allen Interviews identifiziert werden konnten. Besonders wurde die hohe Variabilität der Lernstärken der Auszubildenden angesprochen, die den Bedarf individueller Lehrtätigkeiten erfordert.

„Auch individuell vor allem weil ja jeder Schüler anders ist und jeder lernt anders und wir haben auch lernstarke Schüler und lernschwache Schüler und da wünschte ich mir schon, dass würde ein bisschen individueller geschehen.“ (02.Interview, Pos. 75)

Für lernstarke Auszubildende sind die aktuellen Anleitungen ausreichend, nicht aber für die, die etwas mehr Unterstützung benötigen.

„Für Schüler denen es aber schwerer fällt und die mehr Zeit brauchen ist es (...) nicht so optimal, ne? Und da wünschte ich mir dann eben doch mehr Praxis dann für die, mehr Anleitung. (02.Interview, Pos. 77)

Ebenso deutlich wurde der Wunsch nach einer verbesserten Kommunikation mit den Pflegelehrer:innen geäußert. Der Austausch der Praxisanleiter:innen mit der Schule erfolgt, wenn überhaupt, fast ausschließlich über Zwischenstationen.

„Und der große Kontakt sozusam-

gen was so Praxisanleitung angeht läuft halt auch über die HPA [Hauptberufliche Praxisanleitende], also die haben, treffen sich so alle zwei Monate, glaube ich, in der Schule mit den Lehrern. Aber wie der Informationsfluss dann sozusagen ist, was in diesen HPA Treffen mit den Lehrern stattfindet das ist auch sehr schlecht. Also da erfährt man eigentlich keinen Inhalt oder da werden jetzt auch keine Protokolle oder so was weitergeleitet. Was man ja machen könnte zum Beispiel.“ (03.Interview Pos. 35)

Durch diese Kommunikationslücke kann es zu Problemen bei dem Austausch über Auszubildende, prüfungsrelevante Inhalte und Termine kommen. Die Befragten wünschen sich dementsprechend mehr Kommunikation mit den Pflegelehrer:innen, um die individuellen Lernfortschritte oder Defizite der Auszubildenden besprechen zu können. Bei den Begleitungssituationen selbst werden Eckdaten und Inhalte im Voraus nicht ausreichend besprochen, sodass es den Anleitenden oder den Pflegelehrer:innen am Tag der Begleitung nicht immer klar ist, welche Schwerpunkte diese haben sollen.

„Und ja eine klare Kommunikation im Vorfeld. Das es klar ist a) an welchem Tag und im Idealfall auch schon welcher Inhalt stattfindet. Weil bei Praxisbegleitung ist das bei uns oft so, dass die dann hinkommen und fragen was der Auszubildende jetzt machen will (lacht).“ (03.Interview, Pos. 43)

Des Weiteren sind die Praxisanleiter:innen zum Teil nicht bei der Praxisbegleitung dabei, wofür die Gründe mannigfaltig sind. So sind sie teilweise fest in den Stationsalltag eingeplant oder die Praxisbegleitung findet außerhalb der

regulären Dienstzeit statt.

„Und eigentlich passiert an dem Tag ganz oft, dass der Auszubildende halt ausschließlich dann mit dem Lehrer arbeitet. Also es ist gar kein Praxisanleiter in der Regel dabei in der Praxisbegleitung bei uns.“ (03.Interview Pos. 41)

Im ambulanten Setting hat die interviewte Person sehr viel mehr Zeit und Flexibilität als im stationären Setting. Dadurch, dass die Auszubildenden kontinuierlich mit einer Fachkraft die Touren absolvieren, gehören Anleitungssituationen zum Alltag.

„Genau, wir gehen alles durch, und wir haben ja immer eins zu eins Betreuung in der ambulanten Pflege, das ist ja so toll und jeder Kollege ist sage ich immer ein Praxisanleiter weil jeder Kollege weiß ja was er tut und ja, das ist schon.“ (01.Interview, Pos. 50)

Die Expert:innen wünschen sich grundsätzlich mehr Zeit für die Planung und Durchführung von Praxisanleitungen.

„I: Was gefällt Ihnen gar nicht [Anmerkung: in Bezug auf Praxisanleitung]? B: Dass man wenig also längst nicht so viel Zeit hat wie man bräuchte.“ (03.Interview, Pos. 12-13)

Neben dem Wunsch mehr Zeit für Lehrnsituationen nutzen zu können, wurde in den Interviews geäußert, dass gesonderte Bürotage für die Vorbereitung und die Nachbereitung der Praxisbegleitungen sowie für die Dokumentation wünschenswert sei.

„Also ich da gibts noch ganz viel zu tun in der Richtung, dass also uns auch mal als Praxisanleiter mal zum Beispiel ein Bürotag ein-

geräumt wird oder ein Praxisanleitertag. Wir müssen das eben alles im Alltag mit einbinden.“ (02.Interview, Pos. 15)

Die Anzahl der stattfindenden Praxisbegleitungen wurde ebenso als nicht ausreichend angesehen. Teilweise haben Auszubildende nur eine Praxisbegleitung vor dem Examen.

„Also erst mal, also wie gesagt, findet Praxisbegleitung eigentlich nicht statt, außer es ist die Prüfungsvorbereitung. Also es gibt immer so eine Art Probeexamen. Und die allermeisten Auszubildenden haben halt, wenn Sie Glück haben muss man sagen, einmal so im ersten oder zweiten Einsatz eine Praxisbegleitung. Aber dann eigentlich die darauf folgenden Monate und Jahre nichts halt bis so zum Probeexamen.“ (03.Interview, Pos. 35)

Die Vorgabe des PflBG, dass eine Praxisbegleitung pro Praxiseinsatz erfolgen soll, wird aus personaltechnischen Gründen der Pflegeschulen nicht als umsetzbar gesehen. In Bezug auf die gestartete Pflegeberufereform ist in den Interviews die Sorge geäußert worden, dass dadurch relevante Inhalte der einzelnen Settings wegfallen könnten.

„(lacht) Also da die Praxisanleitung ja eigentlich eh auch jetzt schon quasi NICHT stattfindet und jetzt ja auch nicht auf einmal mehr Personal dadurch vorhanden ist bezweifle ich, dass da jetzt mehr stattfindet. Es wäre natürlich wünschenswert aber ich kann mir nicht vorstellen das es so sein wird.“ (03.Interview, Pos. 55)

Grundsätzlich konnte durch die Interviews der Wunsch nach vermehrter Kommunikation und Zu-

sammenarbeit mit dem Lehrpersonal der Pflegeschulen in Bezug auf die Planung und Durchführung der Praxisbegleitungen sowie den individuellen Lernfortschritten der Auszubildenden identifiziert werden. Wichtig für die Berücksichtigung in der anschließenden quantitativen Befragung waren insbesondere die Aussagen, dass Praxisbegleitungen zum Teil ohne den Einbezug der Praxisanleiter:innen beziehungsweise aus personellen Gründen nicht regelmäßig stattfinden.

Die unterschiedlichen Aussagen der drei Expert:innen geben Anhaltspunkte dafür, dass der zeitliche Rahmen, der den Praxisanleiter:innen für ihre Tätigkeit zur Verfügung steht, vom Setting abhängig ist. Dieses unterschiedliche Ausmaß der Beurteilung hinsichtlich des Zeitkontingents konnte auch auf andere Bereiche übertragen werden. So zeigten sich in den Interviews bereits sehr unterschiedliche Wünsche an die Praxisbegleitung. In der darauffolgenden schriftlichen Befragung wurde versucht diese Bedürfnisse zu quantifizieren.

Ergebnisse der Fragebogenerhebung

Durch die Bereitstellung des Umfragelinks über E-Mail-Verteiler sowie Social Media ist nicht bekannt, wie viele potenzielle Teilnehmende auf die Umfrage Zugriff hatten. An der Befragung nahmen 57 Praxisanleiter:innen teil, wobei 20 Personen (35,1%) die Umfrage nicht beendet haben. Regionale Daten wurden nicht erhoben. Im Durchschnitt benötigten die Befragten 10 Minuten (Standardabweichung=10,3) für den Fragebogen. Die Teilnehmenden arbeiten vorwiegend im Setting der akutstationären Pflege (n=52; 75%) und nur zu geringen Anteilen

im ambulanten Bereich (n=6, 11 %) oder der stationären Langzeitpflege (n=10, 14%). Eine vertragliche Regelung zur entfallenden Arbeitszeit auf die Praxisanleitung ist bei 23 Teilnehmenden (41 %) nicht gegeben, während bei den Übrigen die Arbeitszeit vertraglich festgesetzt ist (weniger als 25% Anleitungszeit: n=10 (18%); 25-50% Anleitungszeit: n=11 (20%); 51-75% Anleitungszeit: n=5 (9%); mehr als 75% Anleitungszeit: n=3 (5%); 100% Anleitungszeit: n=4 (7%)). Das Durchschnittsalter der Befragten lag bei 31,4 Jahren (Spannweite: 24-58) wobei 26 (70%) der Teilnehmenden weiblich, 10 (27%) männlich und einer (3%) divers waren.

Die Befragung konzentrierte sich auf acht Ergebniskategorien, welche nachfolgend dargestellt sind.

Allgemeine Rahmenbedingungen

Praxisbegleitungen sollen zukünftig einmal in jedem Pflicht-, Orientierungs- und Vertiefungseinsatz stattfinden. Die anleitenden Pflegenden sollten zu diesen Intervallen ihre Einschätzung zur Umsetzbarkeit abgeben. 19 (43%) Praxisanleiter:innen beurteilten eine Praxisbegleitung pro Einsatz als nicht umsetzbar, während 17 (38%) diese neue Vorgabe für umsetzbar hielten. 8 (18%) konnten diese Frage nicht beantworten. Neben der Umsetzbarkeit wurde auch nach einer Beurteilung zur Häufigkeit gefragt. Hauptsächlich wurde die Anzahl als genau richtig (n=24, 55%) oder zu wenig (n=17, 39%) bewertet. An dieser Stelle lässt sich eine Tendenz zum Wunsch nach häufigeren Praxisbegleitungen erkennen.

Über die Möglichkeit gemeinsam mit der Pflegeschule Anleitungssequenzen auf die Stärken be-

ziehungsweise Schwächen Ihrer Auszubildenden anzupassen, verfügt etwa ein Drittel (n=16, 30%) der Befragten.

Ein deutlicher Wunsch lässt sich bei der Vor- und Nachbereitungszeit zu Praxisbegleitungen erkennen. Hier gaben 41 (93%) an, dass sie eine solche Zeitspanne für administrative Tätigkeiten, Planung, Übungsphasen etc. benötigen. Der Median für die alleinige Vor-/Nachbereitungszeit und die Vor-/Nachbereitungszeit gemeinsam mit dem Auszubildenden lag bei einer Stunde (Spannweite: 1-8 h).

Institutionelle Rahmenbedingungen

Um auf die individuellen Lernbedürfnisse optimal eingehen zu können, ist ein Bedarf der Praxisanleiter:innen an pädagogischen Fortbildungen (n=26, 49%), mehr Zeit (n=36, 68%), einem engeren Austausch mit den Pflegeschulen (n=31, 59%) sowie eine bessere Ausstattung (n=32, 60%) vorhanden. Auf die Frage, welche Ausstattung konkret benötigt werden würde, antworteten 14 (44%) mit "Demonstrationspuppen", 29 (91%) mit "Anschauungsmaterial/Modelle", 24 (75%) mit "Separate Räumlichkeiten" sowie 19 (59%) mit "Zugang zu Fachliteratur".

Organisation

Mehrheitlich wünschen sich die Praxisanleiter:innen in die terminliche Planung der Begleitungssequenzen eingebunden zu werden (n=34, 83%). Im Vorfeld sollten dabei die Begleitungssituationen (Beratung, Assessment, Maßnahmen etc.) (n=30, 73%), inhaltliche Schwerpunkte (n=35, 85%), Anleitungsaufgaben (n=27, 66%), die Dauer (n=26, 63%), der Termin (n=26, 63%), der aktueller (Lern-) Entwicklungsstand (n=32, 78%) sowie der Name der Lehr-

person (n=24, 59%) transparent sein.

Inhalt

Weiterhin wurden die anleitenden Pflegenden nach ihren Wünschen zur inhaltlichen Gestaltung der Praxisbegleitung gefragt (Abbildung 2). Am häufigsten wurden hier direkte Anleitungssequenzen mit den Pflegebedürftigen (n=37, 82 %) sowie Feedbackgespräche zum Ausbildungsstand (n=34, 76 %) angegeben. Besonders aus dem Interesse an Feedbackgesprächen lässt sich ein Streben nach Transparenz zwischen Theorie und Praxis, nach guten Kommunikationswegen und damit einer Synchronisation des Ausbildungsprozesses schlussfolgern. Diese Annahme wird auch durch die Zustimmung zu Aussagen, die sich auf eine Zusammenarbeit zwischen Pflegelehrer:innen und Praxisanleiter:innen beziehen, deutlich (Abbildung 1).

Kommunikation

Diese Zusammenarbeit lässt sich auch auf der kommunikativen Ebene wiederfinden. Regelmäßiger Kontakt sollte dabei nach Vorstellung der anleitenden Pflegenden am häufigsten auf persönlicher Basis (n=29, 60%) und weniger über die Auszubildenden (n=14, 29%) beziehungsweise die Ausbildungsleiter:innen (n=18, 38%) stattfinden. Als Kommunikationsmittel wird dabei die E-Mail (n=35, 73%) favorisiert, gefolgt von Telefonaten (n=19, 40%) und internen Vernetzungen über EDV-Systemen (n=26, 54%). Brief und Fax sind im Vergleich dazu weniger erwünscht.

Rollenverständnis. In der Befragung zeigte sich ein gemischtes Bild zum Rollenverständnis und der damit verbundenen Wertschätzung. Eine Gleichstellung



Abbildung 1: Wünsche zu Inhalten der Praxisbegleitung n=54 (Mehrfachantworten möglich)

zwischen Pflegelehrer:innen und Praxisanleiter:innen wird dabei bereits häufig empfunden (Abbildung 2). Dies wird auch durch einen Einbezug der Praxisanleiter:innen in den Begleitungen deutlich. Hier gaben nur wenige an, dass sie bereits von Praxisbegleitungen ausgeschlossen wurden. Etwas verhaltener sehen die Antworten bei der Zusammenarbeit mit den Pflegelehrer:innen aus. Hier lag die mehrheitliche Zustimmung im Bereich "teils-teils". Für ihre pflegfachlichen Einschätzungen wünschen sich die anleitenden Pflegenden mehr Gewicht und gaben an, dass diese im Vorder-

grund der Beurteilung des Auszubildenden stehen sollte.

Dokumentation

Bezüglich der Dokumentation zeigt sich ein Bedarf an mehr Transparenz und einem besseren Informationsfluss zwischen Pflegeschule und Einrichtung (Abbildung 3). Die Praxisanleiter:innen gaben besonders häufig an, sich eine Übersicht über den gesamten Ausbildungsverlauf, eine Jahresübersicht der zu betreuenden Auszubildenden sowie eine Einsicht in die bisherige Praxisdokumentation zu wünschen (Einsicht in Gesprächs- und Praxisbeglei-

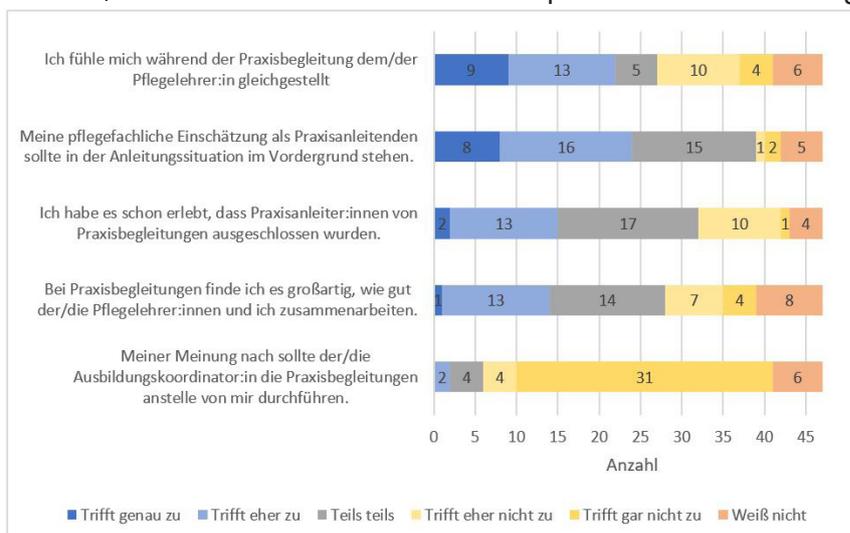


Abbildung 2: Aussagen zum Rollenverständnis der Praxisanleiter:innen n=47 (Mehrfachantworten möglich)

tungsprotokolle). Ebenso wurde auch das Bedürfnis nach einer stärkeren Digitalisierung der Ausbildungsdokumentation deutlich.

Digitalisierung

Neben dem Wunsch zur Digitalisierung der Ausbildungsdokumentation wünschten sich 21 (55%) ergänzende digitale Lernformate für die Ausbildung. Gerade der Einbezug von Online-Lernplattformen (n=39, 87%) scheint hier zukünftig gefordert zu werden.

Diskussion

In der vorliegenden Studie haben 57 Praxisanleiter:innen ihre Erwartungen und Wünsche zur Praxisbegleitung durch die Pflegeschulen sowie ihre Sicht auf die diesbezüglichen Neuerungen durch das Pflegeberufegesetz geäußert. Ergänzt durch die vorangegangenen Experteninterviews konnten zwei größere Schwerpunkte dargestellt werden.

Kommunikation und Kontakt mit der Pflegeschule

Sowohl in den Interviews als auch den Ergebnissen der Online-Befragung zeigt sich ein klarer Bedarf nach mehr Kommunikation mit den Pflegelehrer:innen. Inwieweit sich dieser Wunsch durch die Erhöhung der Anzahl der Praxisbegleitungen im Pflegeberufegesetz erfüllen lässt bleibt abzusehen. Positiv hervorzuheben ist, dass die Mehrheit der Praxisanleiter:innen die Zusammenarbeit mit den Pflegeschulen als kollegial erlebt, dennoch sollte auch hier weitere Forschung stattfinden, um Faktoren zu identifizieren, die die Kooperation unterstützen. Einen Anhaltspunkt hierfür bietet der Wunsch der Praxisanleiter:innen, dass ihre Einschätzung bei der Bewertung der Auszubildenden eine mindestens gleichwertige Gewichtung erhält. In diesem Kontext

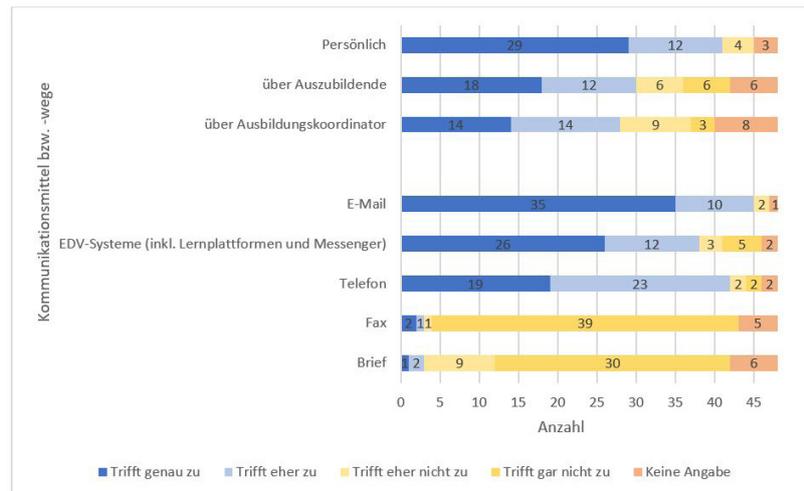


Abbildung 3: Wünsche zur Kommunikation mit der Pflegeschule bezüglich Praxisbegleitungen n=48 (Mehrfachantworten möglich)

sollten auch die unterschiedlichen Qualifikationsniveaus der Akteure und welchen Einfluss sie auf das Rollenverständnis des Einzelnen ausüben, betrachtet werden.

Zeit und Ressourcen für die Anleitertätigkeit

Ein deutlicher Anteil der Befragten hat angegeben mehr Zeit zu benötigen, um auf die individuellen Stärken der Auszubildenden eingehen zu können. Den hohen Abbrecherquoten in der Pflegeausbildung von ungefähr 30% (Hillienhof, 2019), sollen laut Ausbildungsoffensive der Aktion Pflege unter anderem durch die Berücksichtigung besonderer Bedürfnisse der Auszubildenden durch die Praxisanleiter:innen entgegen gewirkt werden (Bundesministerium für Gesundheit, 2019, S. 28 ff.). Die in dieser Befragung ausgewerteten Ergebnisse lassen darauf schließen, dass zum Zeitpunkt der Erhebung ebendieser Punkt noch nicht möglich ist. Es fehlt den Anleiter:innen nicht nur Zeit und Ausstattung, die ihnen die Träger der praktischen Ausbildung zur Verfügung stellen sollten, sondern auch der regelmäßige und vertiefte Austausch mit den Lehrer:innen der Pflegeschulen über die Auszubildenden.

Limitationen der Befragung und Ausblick

Eine entscheidende Limitation der Ergebnisse ist die geringe Größe der Stichprobe. Zudem ist die Zusammensetzung hinsichtlich des Settings nicht repräsentativ für die Berufsgruppen des Gesundheitswesens (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2021). Darüber hinaus stellen die erfragten Parameter (Wünsche, Bedürfnisse und Erwartungen) ein subjektives Stimmungsbild dar. Die Wünsche, Bedürfnisse und Erwartungen sind jedoch stets kontextabhängig und werden durch unterschiedliche Ausgangssituation der Praxisanleiter:innen (Vorbildung, Ausstattung, Qualifikation etc.) und die individuellen Voraussetzungen der Auszubildenden (Lernstärke, Lernbereitschaft etc.) geprägt. Zudem spielt auch die schulische Einrichtung eine Rolle und wirkt sich hinsichtlich verschiedener Faktoren (Organisation, Schulstruktur etc.) auf die Begleitungssituation aus. So wurden durch die Studie keine Kriterien identifiziert, die sich allgemein auf jede Praxisbegleitung übertragen lassen. Besonders durch die Limitation der geringen Stichprobengröße und dem subjektiv erlebtem Themenfeld lassen sich die Ergebnisse nicht genera-

lisieren. Hier wäre Forschung mit einer repräsentativen Stichprobe nötig, um ein ausreichendes Stimmungsbild der anleitenden Pflegenden abzubilden. Aus der hohen Antwortvarianz in den einzelnen Themenbereichen lässt sich ableiten, dass feste Strukturen zur Praxisbegleitung noch nicht trägerübergreifend implementiert sind. Hier könnte durch feste Vorgaben zur Praxisbegleitung größere Sicherheit für alle Beteiligten geschaffen werden. Ziel weiterer Forschungsprojekte sollte es sein, eine optimale Lehr- und Lernatmosphäre für die Auszubildenden zu schaffen. Kritisch zu betrachten ist darüber hinaus der im Verhältnis geringe Wunsch nach Fachliteratur. Jedoch ist nicht eindeutig, ob dies auf die bestehenden Verfügbarkeiten in den Einrichtungen oder eine geringe Evidenzbasierung in den Praxisanleitungen zurückzuführen ist. Bei weiterer Forschung in diesem Themenbereich wäre eine Differenzierung zwischen berufspädagogischer und pflegewissenschaftlicher Fachliteratur anzustreben. Abschließend muss kritisch hinterfragt werden, ob die in der Studie genannten Wünsche und Erwartungen mit den Rahmenbedingungen aller an der Ausbildung beteiligten Akteure vereinbar sind. Limitationen könnten bei einer angestrebten Implementierung der Ergebnisse vor allem die Materialbeschaffung, Zeitkontingente und die Refinanzierung sein. Da die Befragung im Jahr 2020, also während beziehungsweise vor der Umstellung der Ausbildung von Krankenpflege- und Altenpflegegesetz auf das Pflegeberufegesetz, stattgefunden hat, wäre eine Wiederholung der Befragung perspektivisch von Interesse.

Fazit

Die gesetzlichen Rahmenbedingungen zur Praxisbegleitung, welche im Pflegeberufereformgesetz und der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung definiert werden, sind unspezifisch formuliert. So ist es wenig überraschend, dass die Erwartungen der Praxisanleiter:innen durchaus mit der bestehenden Gesetzgebung vereinbar sind. Dieser grob vorgegebene Rahmen bedarf jedoch einer Auslegung und Ausgestaltung. Diese sollte dabei an den Bedürfnissen der Auszubildenden und Praxisanleiter:innen orientiert werden, um Lernerfolge zu sichern und Praxis und Theorie zu synchronisieren. Da für die Praxisbegleitung Handlungsrichtlinien oder Vorgaben fehlen, können die Ergebnisse dieser Studie als Ansatz zur Ausgestaltung der Praxisbegleitungen dienen. In der praktischen Umsetzung sollten hierfür Kooperationen hergestellt und respektive gepflegt werden. Nur ein kontinuierlicher Austausch unter den Trägern der praktischen Ausbildung und den Pflegeschulen wird dazu führen, dass die Praxisbegleitung ein Benefit für alle Akteure – aber natürlich vor allem für die Auszubildenden - darstellt. Durch das Pflegeberufegesetz hat die Praxisbegleitung einen neuen Stellenwert in der praktischen und theoretischen Ausbildung erhalten. Wie dies von den Pflegeschulen und den Trägern der praktischen Ausbildung umgesetzt und aufgenommen wird, ist für pflegewissenschaftliche Forschung ein relevantes Thema. Zugang zu den Praxisanleitenden für weitere Forschung kann über die Pflegeschulen und über praxisanleitungsrelevante Veranstaltungen, wie es zum Beispiel der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe anbietet, erfolgen.

Literaturverzeichnis

Arens, F. (2015). *Praxisbegleitung in der beruflichen und akademischen Pflegeausbildung. Eine Standortbestimmung* (S. 26-47). Berlin: wvb Wissenschaftlicher Verlag.

Baumann, T. & Lehmann, Y. (2014). *Zentrale Praxisanleiter(innen). Ergebnisse einer schriftlichen Befragung zu den Aufgaben und den Rahmenbedingungen der Tätigkeit zentraler Praxisanleiter(innen) in den Krankenhäusern Sachsen-Anhalts*. PA-DUA, 9(4), S. 237–243.

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2019): *Konzertierte Aktion Pflege. Vereinbarungen der Arbeitsgruppen 1 bis 5* (S. 28 ff.). 3. Auflage. Berlin.

Bundesministerium für Gesundheit. (2018). *Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (PflAPrV)*. Zugriff am 23.02.2021 <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ausbildungs-und-pruefungsverordnung-pflegeberufe.html>

Burtke, U. (2020). *Vorbehaltsaufgaben: Chance für die Pflege. Anstoss zur Diskussion*. Heilberufe, 72(9), 52.

enuvo GmbH. (2021). *UmfrageOnline*. Zugriff am 27.03.2021. <https://www.umfrageonline.com>

Faßhauer, U., Fürstenau, B. & Wuttke, E. (2013). *Jahrbuch der berufs- und wirtschaftspädagogischen Forschung 2013* (S. 127-137). Leverkusen: Verlag Barbara Budrich.

Gesundheitsberichterstattung des Bundes. (2021). *Gesundheitspersonal in 1.000. Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Geschlecht, Einrichtung, Beruf*. Zugriff am 22.01.2021 https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg_olap_tables.prc_set_hierlevel?p_uid=gast&p_aid=127944&p_sprache=D&p_help=2&p_indnr=89&p_ansnr=49353977&p_version=3&p_dim=D.489&p_dw=44461&p_direction=drill

Hillienhof, A. (2019). *Evangelische Krankenhäuser wollen Abbrecherquote in der Pflegeausbildung verringern*. Zugriff am 15.01.2021 <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/100804/Evangelische-Krankenhaeuser-wollen-Abbrecherquote-in-der-Pflegeausbildung-verringern>

Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. 12., überarb. Aufl. Weinheim: Beltz (Beltz Pädagogik). Online verfügbar unter http://content-select.com/index.php?id=bib_view&ean=9783407293930.

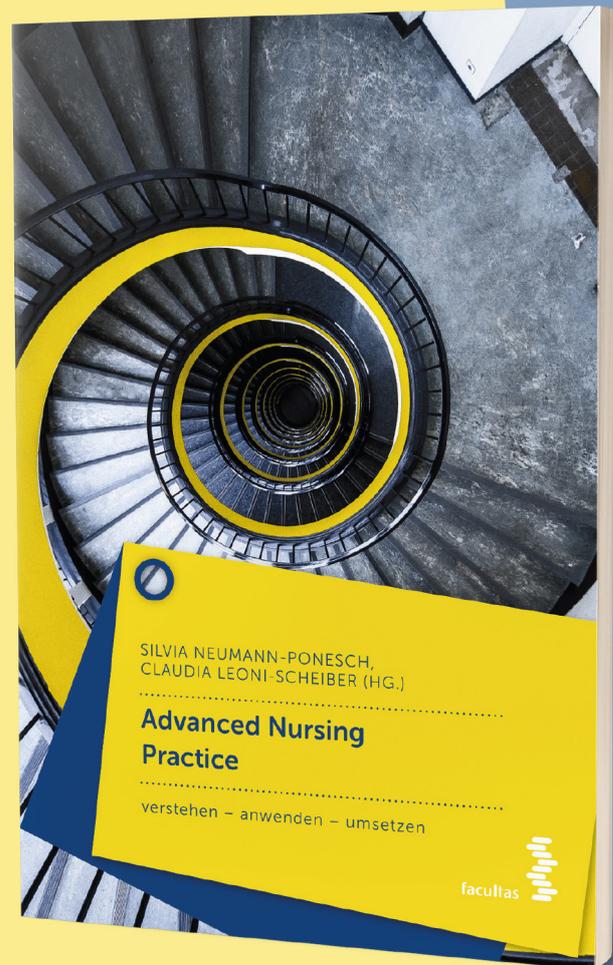
Silvia Neumann-Ponesch,
Claudia Leoni-Scheiber (Hg.)

Advanced Nursing Practice

verstehen – anwenden – umsetzen

- sind berufserfahrene Pflegepraktiker*innen des gehobenen Dienstes.
- sind überwiegend in der direkten klinischen Praxis (an/mit der Patientin/am/mit dem Patienten) tätig.
- sind Spezialist*innen mit vertieften und erweiterten Kompetenzen mit unterschiedlichsten Populationsschwerpunkten, z. B. für psychische Gesundheit, Frauengesundheit, Gerontologie, Onkologie, Menschen mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen.
- beraten, pflegen und therapieren in hochkomplexen Pflegesituationen über alle Settings hinweg (z. B. in der häuslichen Pflege, in der Akutpflege, in der (teil)stationären Langzeitpflege, in den Gemeinden, ...).
- sind oft die ersten Ansprechpartner*innen in Gesundheits- und Pflegefragen.
- haben hohen Nutzen für die einzelne Bürgerin/den einzelnen Bürger, für die einzelne Patientin/den einzelnen Patienten, für die Gesundheits- und Sozialorganisation sowie die Gesellschaft an sich.

(Master-)Studiengänge mit den Schwerpunkten Pflegemanagement, Pflegepädagogik, Pflegewissenschaft oder (ausschließlich) Beratung befähigen demnach NICHT für das Berufsbild einer Advanced Practice Nurse.



facultas 2020

164 Seiten, broschiert

EUR 24,90 (A) / EUR 24,20 (D) / sFr 31,- UVP

ISBN 978-3-7089-1942-3

Erhältlich im Buchhandel und auf
facultas.at

facultas 

Eingereicht: 01.05.2021
Genehmigt: 01.07.2021

doi: 10.52205/llig/12

Markus Herwig B.A.

Notfallsanitäter/Praxisanleiter und Medizinpädagoge (B.A.), Leiter Bildungszentrum DRK Kreisverband Eichsfeld e.V.



Isabell Brunne M.Ed.

Notfallsanitäterin/Praxisanleiterin und Medizinpädagogin (M.Ed.), Sachbearbeiterin Fortbildung und Praxisanleitung, Landkreis Vorpommern-Greifswald, Eigenbetrieb Rettungsdienst



Prof. Sebastian Koch

Professor im Studiengang Medizin- und Gesundheitspädagogik an der SRH Hochschule für Gesundheit am Campus Gera



Abstract Deutsch

Die Arbeitszufriedenheit hat einen hauptsächlichsten Einfluss auf die Motivation, Fehlzeiten, Fluktuation, Krankheitsquote und das Auftreten bestimmter Erkrankungen aber auch auf Unfallhäufigkeiten sowie die allgemeine Lebenszufriedenheit.

Ziel dieser Arbeit war es, die Zufriedenheit der Auszubildenden zum Notfallsanitäter mit der fachpraktischen Ausbildung an Lehrrettungswachen zu ermitteln, sowie die Gründe welche zum Verlassen des Ausbildungsbetriebes führen, zu erfragen.

Die Beantwortung der Forschungsfrage erfolgte über eine bundesweite quantitative Querschnittstudie mittels online Frage-

Zur Zufriedenheit von Auszubildenden zum Notfallsanitäter mit der fachpraktischen Ausbildung an Lehrrettungswachen - eine bundesweit durchgeführte, retrospektive, Querschnittsuntersuchung

bogen. An der Befragung nahmen 748 Auszubildende aus 16 Bundesländern teil.

Die Auswertung der Analyse zeigte, dass $n = 468$ (62,5%) der Auszubildenden mit ihrer Ausbildung insgesamt zufrieden sind. Gut angeleitet fühlen sich $n = 544$ (72,7%) der Auszubildenden. Verbesserungsbedarf besteht im Bereich der Praxisbegleitung, hierzu gaben $n = 302$ (40,4%) der Auszubildenden an, noch nie eine Praxisbegleitung durch Lehrer Ihrer Schule erlebt zu haben.

Hauptgründe zum Verlassen des Ausbildungsbetriebes nach Abschluss der Ausbildung sind gemäß dieser Untersuchung, dass Anstreben eines Studiums und die Betriebs- oder Verbandsführung.

Schlüsselwörter: Berufsorientierung, Praxisanleitung, Theorie-Praxis-Transfer, Notfallsanitäter, Auszubildende

Abstract English

Work satisfaction has a major influence on motivation, absenteeism, fluctuation, disease rate and the occurrence of certain diseases, but also accident rates and general life satisfaction.

The aim of this work was to determine the IST level of satisfaction of the trainees with the practical training at teaching rescue stations and to ask about the reasons that lead to leaving the training

company.

The answer to the research question was carried out via a nationwide quantitative cross-sectional study by means of an online questionnaire. 748 trainees from 16 federal states took part in the survey.

The analysis of the analysis showed that $n = 468$ (62.5%) trainees are generally satisfied with their training. Feeling well guided $n = 544$ (72.7%) of the trainees. There is a need for improvement in the area of practical support, for this there were $n = 302$ (40.4%) trainees, that they have never experienced a practical instruction.

The main reasons for leaving the training company after completion of the training are, according to this study, the aim of studying and the management of the company or association.

Keywords: vocational orientation, practical instruction, theory-practice transfer, paramedics, trainees

„Zufriedenheit ist der Stein der Weisen, der alles in Gold verwandelt, das er berührt.“
Benjamin Franklin

Eine der hauptsächlichen Einflüsse auf die Motivation von Mitarbeitern ist die Arbeitszufriedenheit (Maier, 2021). Ein hohes Maß an Arbeitszufriedenheit sollte also das Ziel für jeden sein, der mit der Personalführung oder Ausbildung befasst ist sowie an einer professionellen und effizienten Leistung seiner Mitarbeiter interessiert ist. Im vorliegenden Artikel soll die aktuelle Zufriedenheit der Auszubildenden zum Notfallsanitäter mit der Praxisanleitung und Praxisbegleitung an Lehrrettungswachen vorgestellt werden.

Rechtliche Rahmenbedingungen

Die Ausbildung zum Notfallsanitäter entspricht in Vollzeit drei Jahre oder in Teilzeit höchstens fünf Jahre. Sie gliedert sich in theoretischen und praktischen Unterricht an einer staatlich anerkannten Schule und einer praktischen Ausbildung an genehmigten Lehrrettungswachen und geeigneten Krankenhäusern. Die Ausbildung schließt mit einer staatlichen Prüfung ab (NotSanG, 2013).

Die Organisation und Koordination des theoretischen und praktischen Unterrichts sowie der praktischen Ausbildung liegt in der Verantwortung der Schule. Lehrkräfte der Schule unterstützen durch Praxisbegleitung die praktische Ausbildung. Die Praxisanleitung ist durch die genehmigten Lehrrettungswache und durch geeignete Krankenhäuser sicherzustellen (NotSanG, 2013).

Nach § 1 Abs. 1 NotSan-APrV Ab-

satz 1 soll der theoretische und praktische Unterricht mindestens 1.920 Stunden umfassen. An genehmigten Lehrrettungswachen sind wenigstens 1.960 Stunden abzuleisten, an geeigneten Krankenhäusern sind weiter 720 Stunden praktische Ausbildung zu absolvieren (NotSan-APrV, 2013).

Praxisanleitung

Entsprechend § 3 NotSan-APrV muss der Träger der fachpraktischen Ausbildung die Praxisanleitung sicherstellen (NotSan-APrV, 2013). Träger der fachpraktischen Ausbildung ist der jeweilige Ausbildungsbetrieb.

Die Praxisanleitung führt die Auszubildenden im praktischen Lernort an Ihre beruflichen Aufgaben heran. Diese sollte schrittweise und planmäßig erfolgen. Zu diesem Zweck führt der Praxisanleiter individuelle Erst-, Zwischen- und Abschlussgespräche mit dem Auszubildenden durch. Er überprüft die Fähigkeiten und Kenntnisse des Auszubildenden und unterstützt bei der Planung, Umsetzung und Evaluation schulischer Praxisaufträge (Arens, 2015).

Aufgabe der praxisanleitenden Personen ist es, die Auszubildenden schrittweise an die eigenständige Wahrnehmung der beruflichen Aufgaben heranzuführen und die Verbindung zwischen dem theoretischen und praktischen Unterricht an der Schule mit der praktischen Ausbildung zu gewährleisten (NotSan-APrV, 2013). Die Genehmigung als Lehrrettungswachen unterliegen landesspezifischen Regelungen.

Zu den Aufgaben der Praxisanleiter gehört weiterhin die Planung, Organisation und Umsetzung von praktischen Anleitungen auf der

Lehrrettungswache, aber auch die Führung und Anleitung im realen Rettungseinsatz. Darüber hinaus ist der Praxisanleiter für die Einhaltung der rechtlichen Vorgaben wie Lehrplan oder NotSan-APrV verantwortlich.

Der Praxisanleiter hält engen Kontakt zur Berufsschule und unterstützt mit seiner Planung, Organisation und Durchführung der Praxisanleitung die in der Berufsschule vermittelten Kompetenzen. Des Weiteren führt er Feedbackgespräche mit den Auszubildenden durch und ermöglicht durch Selbst- und Fremdrelexion in den Anleitungssituationen, um regelmäßig den individuellen Lernprozess gemeinsam mit den Auszubildenden anpassen zu können. In seiner Tätigkeit wird der Praxisanleiter durch die Praxisbegleitenden der Berufsschule unterstützt (Grönheim & Kempredick, 2018).

Praxisbegleitung

Unter Praxisbegleitung versteht man die Unterstützung der praktischen Ausbildung an Lehrrettungswachen durch Lehrer der kooperierenden Schule. Diese Unterstützung erfolgt in der Regel durch begleitende Besuche an den Lehrrettungswache durch Lehrer der kooperierenden Schule. Ziele sind zum einen die Betreuung und Beurteilung der Auszubildenden zu gewährleisten sowie zum anderen die Beratung der Praxisanleitenden durch die Lehrer der Schulen zu ermöglichen (Arens, 2015).

Entsprechend NotSan-APrV haben die Schulen die Praxisbegleitung der Auszubildenden in den Einrichtungen der praktischen Ausbildung durch Lehrer der Schulen sicherzustellen. Hierzu ist eine regelmäßige persönliche Anwesenheit der praxisbegleitenden

Personen in den Einrichtungen zu gewährleisten. Aufgabe der Praxisbegleitung ist es, u.a. die Auszubildenden in den Einrichtungen der praktischen Ausbildung zu betreuen und die praxisanleitenden Personen zu beraten sowie diese bei der Erfüllung ihrer Aufgaben zu unterstützen (NotSan-APrV, 2013).

Zufriedenheit

Zufriedenheit wird in der Psychologie im Allgemeinen als Übereinstimmung von definierter Erwartung eines Menschen vor einer Handlung mit deren tatsächlichem Erleben danach bezeichnet (Berndt, 2016). Dabei steht der Grad der Zufriedenheit in Abhängigkeit vom Ausmaß der Abweichung zwischen dieser Erwartung und dem Ergebnis der Handlung. Es lässt sich demnach erahnen, dass die Begriffsdeutung unter wissenschaftlichen Gesichtspunkten die Grenzen dieser Arbeit überschreiten würde.

Arbeitszufriedenheit wird als Resultat einer subjektiven Bewertung von allgemeinen und spezifischen Arbeitssituationen verstanden (Maier, 2021). Sie hat einen hauptsächlichlichen Einfluss auf die Motivation, Fehlzeiten, Fluktuation, Krankheitsquote und das Auftreten bestimmter Erkrankungen aber auch auf Unfallhäufigkeiten sowie die allgemeine Lebenszufriedenheit (Maier, 2021).

Eine bedeutsame Inhaltstheorie zur Motivation stammt von Fredrik Herzberg. Der Arbeitswissenschaftler und klinische Psychologe entwickelte im Jahre 1959 die Zwei-Faktoren-Theorie. In der sogenannten Pittsburgh-Studie, einer empirischen Untersuchung an 203 US-amerikanischen Angestellten, wurden die Probanden gebeten, Situationen

während ihrer täglichen Arbeit zu beschreiben, die ihnen besonders unangenehm, beziehungsweise besonders angenehm waren (Herzberg & Snyderman, 1993).

Die Studienergebnisse forderten die Erkenntnis, dass für Unzufriedenheit beziehungsweise für Zufriedenheit fast kein Grund gleichermaßen verantwortlich ist. Daraus leiteten Herzberg und Kollegen ab, dass es zwei Arten von Faktoren gibt. Ein Faktor ist hierbei der Hygienefaktor. Wird dieser Faktoren erfüllt, erzeugt dieser allerdings keine Zufriedenheit, sondern vermindern lediglich die Unzufriedenheit. Zu den Hygienefaktoren zählen zum Beispiel Verdienst, soziale Beziehungen, Arbeitsplatzsicherheit, physische Arbeitsbedingungen sowie Betriebspolitik. Der zweite Faktor wird als Motivationsfaktor bezeichnet. Dieser bezieht sich direkt auf die Arbeit und kann zur Zufriedenheit führen (Herzberg & Snyderman, 1993). Zu den Motivationsfaktoren zählen zum Beispiel Anerkennung, Verantwortung, Vorwärtkommen und Leistung (Herzberg & Snyderman, 1993).

Der Mensch erlangt Zufriedenheit bei der Erreichung seiner Ziele und wenn er die Gegebenheiten und Umstände vollständig akzeptiert oder im gewünschten Ausmaß, die für ihn wichtigen Werte vorhanden sind bzw. gelebt werden (Sauer, 2019).

Aktueller Forschungsstand

Im Jahr 2015 untersuchte ver.di, die Fachgewerkschaft für das Gesundheits- und Sozialwesen, in der Studie „Ausbildungsreport Pflege 2015“ die Qualität der Pflegeausbildung in Deutschland (Bühler, 2015). Hierbei gaben n = 1.995 (58,5%) der Auszubildenden an, zufrieden bis sehr zufrieden mit

ihrer Ausbildung zu sein. Des Weiteren kam die Studie von Bühler (2015) zu dem Ergebnis, dass sich nur n = 1.897 (55,1%) der Auszubildenden in der Pflege gut angeleitet fühlten (Bühler, 2015).

Die Studie „Berufstreue von angehenden Notfallsanitätern“ der Gesellschaft zu Förderung der Wissenschaft im Rettungsdienst kam zu dem Ergebnis, dass n = 1.304 (83,2%) der Auszubildenden mit ihrer Ausbildung insgesamt eher zufrieden sind (Hofmann & Macke, 2020). Gleichzeitig gaben n = 1.405 (89,7%) der Teilnehmer an, mit der praktischen Ausbildung an der Lehrrettungswache eher sehr zufrieden zu sein (Hofmann & Macke, 2020).

Problem- und Zielstellung

Praxisanleitung und Praxisbegleitung sind ein wesentlicher Teil der fachpraktischen Ausbildung von Notfallsanitätern an genehmigten Lehrrettungswachen. Durch die Einführung des NotSanG wurden die gesetzlichen Vorgaben konkretisiert, um die Verzahnung zwischen Theorie und Praxis stärker in den Fokus der Ausbildung zum Notfallsanitäter zu setzen (Abbildung 1). Gleichzeitig sollte den Auszubildenden damit der Transfer der Lernziele zwischen Theorie und Praxis erleichtert werden. Es soll die Möglichkeit bieten, die im theoretischen und praktischen Unterricht an der Schule erworbenen Kompetenzen, in der praktischen Ausbildung an der genehmigten Lehrrettungswache unter Anleitung und Begleitung fachpraktischen anzuwenden und weiter zu entwickeln.

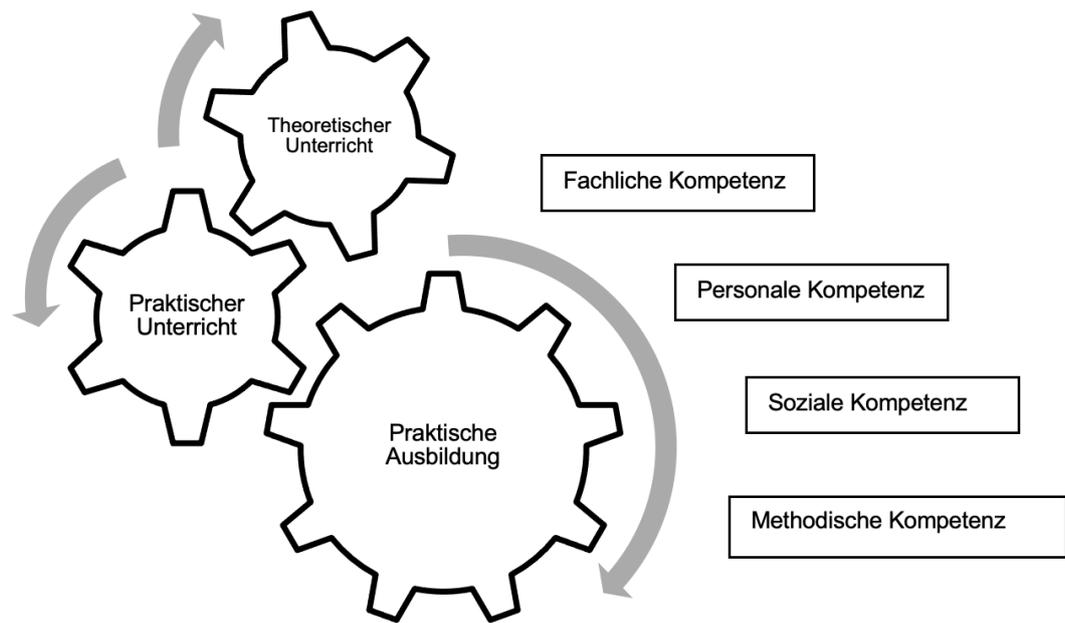


Abbildung 1: Kompetenzerwerb durch Verzahnung von Theorie und Praxis (nach (Jürgensen & Dauer, 2021))

Zur Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben sowie die damit verbundene Zufriedenheit der Auszubildenden zum Notfallsanitäter mit der fachpraktischen Ausbildung am Lernort Lehrrettungswache liegen aktuell wenige Erkenntnisse vor.

Ziel dieser Arbeit ist es, die Zufriedenheit der Auszubildenden zum Notfallsanitäter mit der fachpraktischen Ausbildung durch Praxisanleitung und Praxisbegleitung an genehmigten Lehrrettungswachen zu untersuchen.

Methodisches Vorgehen

Bei der Untersuchung handelt es sich um eine bundesweit durchgeführte, retrospektive, Querschnittsuntersuchung von Auszubildenden zum Notfallsanitäter mittels standardisiertem online Fragebogen.

Der Online-Fragebogen basiert auf der Studie „Ausbildungsreport Pflegeberufe 2015“ (Bühler, 2015). Die Fragen wurde dem Ausbildungsbereich für Notfallsanitäter angepasst und ergänzt.

Der Online-Fragebogen wurde technisch so angelegt, dass ausschließlich vollständig ausgefüllte Fragebögen in die Auswertung aufgenommen werden konnten. Die Durchführung der Online-Befragung erfolgte bundesweit über Google Umfrage-App (englisch Google Opinion Rewards).

Für die Studie wurden bundesweit die verantwortlichen Ministerien für die Ausgestaltung des Rettungsdiensts sowie die verantwortlichen Regierungspräsidien bzw. Verwaltungsämter für die Durchführung der Ausbildung zum Notfallsanitäter kontaktiert. Auf Basis dieser Kontaktaufnahme konnten die Kontaktdaten für die jeweiligen Schulleiter bzw. Verantwortlichen für die jeweiligen Bildungseinrichtungen für die Aus- und Weiterbildung zum Notfallsanitäter ermittelt werden.

Nachdem die teilnehmenden Einrichtungen benannt und ihre Bereitschaft zur Durchführung der Studie erklärt hatten, wurde der Hyperlink zum Online-Fragebogen an die berufsbildende Schulen für

die Ausbildung zum Notfallsanitäter versendet, mit der Bitte diesen an Ihre Auszubildenden weiterzuleiten bzw. die Teilnahme von Auszubildenden zum Notfallsanitäter an der Studie über ihre Netzwerke zu ermöglichen.

Die Befragung erfolgte im Zeitraum Dezember und Januar 2020/21. Die Datenauswertung wurde mit dem Statistikprogramm IBM SPSS Statistics Version 27 durchgeführt.

Ergebnisse

An der Befragung nahmen N = 748 (100%) Auszubildende aller drei Lehrjahre aus 16 Bundesländern teil. Von den Auszubildenden waren n = 436 (58,3%) männlich, n = 305 (40,8%) weiblich und n = 7 (0,9%) divers. Das Alter der Auszubildenden lag im Mittel (MW) bei 23,02 Jahren (SD: 4,21; Minimum 16 Jahren; Maximum 48 Jahren) (Tabelle 1).

Tabelle 1: Verteilung der Lernenden je Lehrjahr

	Häufigkeit	Prozent	Kumulative Prozent
erstes Lehrjahr	224	29,9	29,9
zweites Lehrjahr	286	38,3	68,2
drittes Lehrjahr	238	31,8	100
Gesamt N	748		100

Tabelle 2: Zufriedenheit mit der Praxisanleitung

Item	MW	Modus	SD
ich finde unserer PAL gut qualifiziert	1,87	1	1,12
PAL nehmen sich Zeit für Anleitungen	2,03	2	0,96
ich fühle mich gut angeleitet	2,04	3	0,94
für Praxisanleitungen sind konkrete Lernziele vereinbart	2,63	3	1,17
PAL bekommen genügend Zeit, mich anzuleiten	2,85	3	1,2

Tabelle 3: Ich habe strukturierte Praxisanleitungen (inkl. rechtzeitiger Planung, Vor- und Nachbereitung)

	Häufigkeit	Prozent	Kumulative Prozent
immer	68	9,1	9,1
häufig	184	24,6	33,7
manchmal	209	27,9	61,6
selten	171	22,8	84,5
nie	116	15,5	100
Gesamt N	748	100	100

Tabelle 4: technische Ausstattung der Lehrrettungswache

Item	MW	Modus	SD
ich kann digitale Medien zum Lernen nutzen	1,64	1	0,68
Ausstattung der RW für gute und moderne Praxisanleitung	2,34	1	1,27

Skalierung der Likert- Skala bestmögliche Bewertung = 1 bis schlechtmöglichste Bewertung = 4

Ergebnisse zur Zufriedenheit mit der Praxisanleitung

Gut und überwiegend gut qualifiziert empfanden n = 609 (81,5%) der Auszubildenden ihre Praxisanleiter. N = 539 (72,06%) der Auszubildenden gaben an, dass sich Ihre Praxisanleiter ausreichend Zeit für Praxisanleitung nehmen. Gut und überwiegend gut angeleitet fühlten sich n = 544 (72,7%) der Auszubildenden (Tabelle 2).

Zur Frage nach strukturierter Praxisanleitung gaben n = 68 (9,1%) der Auszubildenden an, dass sie immer eine strukturierte Praxisanleitungen erleben. Zum Zeitpunkt der Befragung hatten n = 116 (15,5%) der Auszubildenden noch nie eine strukturierte Praxisanleitung (Tabelle 3).

Ergebnisse zur technischen Ausstattung der Lehrrettungswachen

N = 354 (47,3%) der Auszubildenden gaben an, dass Sie uneingeschränkten Zugang zur Nutzung digitaler Medien und Internet zu Lernzwecke auf ihrer Lehrrettungswache haben. Eingeschränkten Zugang haben n = 306 (40,9%) der Auszubildenden. Die Möglichkeit sich in einem separaten Zimmer zum Lernen zurück zu ziehen haben n = 293 (39,2%) der Auszubildenden. In einem Gemeinschaftsraum lernen n = 399 (53,3%) der Auszubildenden. N = 56 (7,5%) haben keine Möglichkeit auf der Lehrrettungswache zu lernen.

N = 465 (63,5%) der Auszubildenden gaben an, dass ihre Lehrrettungswache über die technische Ausstattung für eine gute und moderne Praxisanleitung verfüge. Nicht gut bewerteten n = 221 (29,5%) der Auszubildenden die Ausstattung ihrer Lehrrettungswache (Tabelle 4).

Ergebnisse zum Thema Praxisbegleitung

Wichtig oder sehr wichtig empfinden n = 661 (88,6%) der Auszubildenden eine Praxisbegleitung. Die Abstimmung von Lernzielen zwischen Praxisanleitern der Lehrrettungswache und Lehrern der Schulen war eine weitere Frage in diesem Themenkomplex. Hier kommt die Studie zu dem Ergebnis, dass bei n = 250 (33,4%) der Auszubildenden überwiegend eine Abstimmung zwischen den Lernorten Schule und Lehrrettungswache stattfindet. N = 357 (47,7%) der Auszubildenden gaben an, dass überwiegend keine Abstimmung zwischen den Lernorten Schule und Lehrrettungswache stattfindet (Tabelle 5).

Tabelle 5: Praxisbegleitung

Item	MW	Modus	SD
Wichtigkeit von Praxisbegleitung für Auszubildende	1,54	1	0,74
Die Praxisanleiter und Lehrer meiner Schule stimmen sich in Bezug auf die jeweils zu erreichenden Lernzielen ab	3,22	4	1,26

Tabelle 6: Zufriedenheit mit der Ausbildung

Item	MW	Modus	SD
Ich strebe eine Festanstellung im Ausbildungsbetrieb an	1,63	1	0,85
Fachliche Qualität der Ausbildung an der LRW	2,24	2	1,17
Zufriedenheit mit der Ausbildung insgesamt	2,34	2	0,99

Nach der Häufigkeit von Praxisbegleitungen im Rahmen des praktischen Einsatzes auf den Lehrrettungswachen befragten, gaben n = 63 (8,4%) der Auszubildenden an, mindestens einmal pro Praxiseinsatz eine Praxisbegleitung durch Lehrkräfte der Schule zu erfahren. Noch keine Praxisbegleitung durch Lehrer ihrer Schule erlebten hingegen n = 302 (40,4%) der befragten Personen.

Ergebnisse zur Zufriedenheit mit der Ausbildung

Befragt nach ihrem Wunsch zur Festanstellung in ihrem Ausbildungsbetrieb nach Beendigung der Ausbildung gaben n = 459 (61,4%) der Auszubildenden an, im Ausbildungsbetrieb verbleiben zu wollen. Nicht im Betrieb verbleiben wollen n = 106 (14,2%) der Auszubildenden. Als gut oder sehr gut bewerten n = 507 (67,78%) der Auszubildenden die fachliche Qualität der Ausbildung an den Lehrrettungswachen. Mit der Ausbildung insgesamt sind n = 468 (62,5%) der Auszubildenden zu-

Skalierung der Likert- Skala bestmögliche Bewertung = 1 bis schlechtmöglichste Bewertung = 4

frieden. Unzufrieden sind n = 99 (13,2%) der Auszubildenden mit ihrer Ausbildung (Tabelle 6).

Gründe zum Verlassen des Ausbildungsbetriebs nach Abschluss

Hauptgründe für das Verlassen des Ausbildungsbetriebes nach Abschluss der Ausbildung sind, nach Häufigkeiten der Nennungen der Auszubildenden schlechte

Betriebs- bzw. Verbandsführung oder Struktur (18,61%), gefolgt von einer geplanten beruflichen Umorientierung mit dem Schwerpunkt zum Studium (18,18%). Auch mangelhafte Aus- und Fortbildung veranlasst Auszubildende zum Wechsel des Arbeitgebers (12,99%) gefolgt vom schlechten Betriebsklima (12,55%) (Tabelle 7).



Tabelle 7: Gründe zum Verlassen des Ausbildungsbetriebs

Kategorie	Häufigkeit	Prozent
Schlechte Betriebs,- Verbandsführung/Struktur	43	18,61
geplante berufliche Umorientierung/ Studium	42	18,18
mangelhafte Ausbildung/ Fortbildung	30	12,99
schlechtes Betriebsklima	29	12,55
fehlende Perspektive	19	8,23
Wohnortwechsel	18	7,79
Ausbildung für einen anderen Dienstherren (Bundeswehr/Feuerwehr)	17	7,36
schlechte Bezahlung	7	3,03
familiäre Gründe	7	3,03
fehlende Einsatzstandards	5	2,16
fehlende Dienstposten	5	2,16
zu hohe Arbeitsbelastung	4	1,73
unklare Berufspolitik	2	0,87
Ausnutzung der Auszubildenden	2	0,87
Mobbing	1	0,43
Gesamt N	231	100

Diskussion

Gut angeleitet fühlten sich $n = 544$ (72,7%) der Auszubildenden am Lernort Lehrrettungswache. Die Studie zur Qualität der Pflegeausbildung in Deutschland kam zu dem Ergebnis, dass sich nur $n = 1.897$ (55,1%) der Befragten gut angeleitet fühlten (Bühler, 2015). In der Studie von Bühler (2015) wurden besonders belastende Faktoren in der praktischen Ausbildung, wie z.B. Arbeiten unter Zeitdruck (63,7%), Probleme im Team (37,7%) sowie fehlende Pausen (37,7%) durch die Auszubilden-

den angegeben. Diese scheinen in der praktischen Ausbildung zum Notfallsanitäter weniger vorhanden zu sein. Gleichzeitig sind diese Faktoren auch im Hinblick auf den Fachkräftemangel und einer steigenden Arbeitsleistung im Rettungsdienst zu beachten. Grundlegend ist anzumerken, dass Zufriedenheit von subjektiver Emotion beeinflusst ist, welche eine psychologische Tendenz gegenüber Objekten oder Subjekten beeinflusst, die sich zeitlich verändern kann. Die Beständigkeit von Ergebnissen zur Zufriedenheit

sind daher immer kritisch zu hinterfragen.

Der Praxisanleitung kommt in der Ausbildung zum Notfallsanitäter eine wesentliche Bedeutung zu. Die Ergebnisse der Studie deuten darauf hin, dass Auszubildende zum Notfallsanitäter ihrer Bewertung nach eine gute Praxisanleitung erhalten. Gut und überwiegend gut qualifiziert empfanden $n = 609$ (81,5%) der Auszubildenden die Praxisanleiter. Auch die Studie von Bühler (2015) bestätigt die Zufriedenheit mit der Qualifikation der Praxisanleitern. In der pflegerischen Ausbildung bestätigen $n = 2.656$ (77,9%) der Teilnehmer, dass die Praxisanleiter nach ihrem Eindruck gut qualifiziert sind. Wichtig für eine gute praktische Ausbildung ist eine gute Praxisanleitung. Entsprechend § 3 Abs. 4 NotSan-APrV müssen die Träger der praktischen Ausbildung die Praxisanleitung durch geeignete Fachkräfte sicherstellen.

Aufgabe der Praxisanleitung ist es, die Auszubildenden schrittweise an die eigenständige Wahrnehmung der beruflichen Aufgaben heranzuführen und die Verbindung mit der Schule zu gewährleisten. Dafür muss das Verhältnis von Praxisanleitern zu Auszubildenden in dem jeweiligen Einsatzgebiet »angemessen« sein. Was »angemessen« ist, wird jedoch nicht näher ausgeführt. Die tatsächliche Quantität und Qualität der Praxisanleitung in der Ausbildung zum Notfallsanitäter ist hierbei kritisch zu hinterfragen. So bestätigen $n = 209$ (27,9%) der Auszubildenden zum Notfallsanitäter, dass sich ihre Praxisanleiter in der Regel nicht ausreichend Zeit für ihre Anleitung nehmen.

Um für alle Auszubildende zum Notfallsanitäter eine gleichwertige

Quantität und Qualität der praktischen Ausbildung zu gewährleisten, ist dringend verbindlich zu regeln, in welchen beruflichen Handlungssituationen und in welchem zeitlichen Umfang die fachpraktischen Anleitungen durchgeführt werden sollen. Auch ist die Anzahl der erfolgten Anleitungen pro Auszubildenden zu dokumentieren (Bühler, 2015). Die Praxisanleitungen sollten verbindlich im Ausbildungsplan festgehalten werden. Das dies bisher nicht verbindlich im Rahmen von strukturierten Ausbildungsplänen umgesetzt wird, kann durch die vorliegende Studie bestätigt werden. So gaben $n = 278$ (38,3%) der Auszubildenden an, selten bis nie eine strukturierte Praxisanleitungen (inkl. rechtzeitiger Planung, Vor- und Nachbereitung) erlebt zu haben. Auch in der Studie von Bühler (2015) gaben $n = 1.159$ (34,9%) der Auszubildenden in der Pflege an, selten bis nie eine strukturierte Praxisanleitungen erlebt zu haben. Hieraus ergibt sich die Forderung nach einer qualifizierten Aus- und Weiterbildung für Praxisanleiter sowie einer professionellen Praxisbegleitung durch Lehrkräfte der berufsbildenden Schulen. Vor diesem Hintergrund ist anzumerken, dass eine fehlende Konkretisierung von Ausbildungsinhalten und den zu erlangenden Kompetenzen in der Fort- und Weiterbildung zum Praxisanleiter zu einer bundesweit unterschiedlichen Qualität und Quantität in der methodischen und didaktischen Planung, Durchführung und Evaluation von praktischen Anleitungssituationen führt.

Den Auszubildenden sind die für die Erreichung des Ausbildungsziels notwendigen Ausbildungsmittel vom Ausbildungsträger kostenlos zur Verfügung zu stellen (NotSanG, 2013). $N = 465$ (63,5%) der Auszubildenden ga-

ben an, dass ihre Lehrrettungswache über die technische Ausstattung für eine gute und moderne Praxisanleitung verfüge. Die technische Ausstattung für eine gute und moderne Praxisanleitung ist unerlässlich für eine erfolgreiche Ausbildung. Besonders in der Ausbildung zum Notfallsanitäter, bei denen es zwingend notwendig ist, Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten im fachpraktischen Einsatzgeschehen sowie in angeleiteten Praxissituationen auf der Lehrrettungswache zu erlernen.

Die praktische Ausbildung zum Notfallsanitäter sollte auf der Grundlage eines vom Träger der praktischen Ausbildung zu erstellendem Ausbildungsplan durchgeführt werden. Ein Ausbildungsplan ist für eine zeitlich und sachlich gegliederte Ausbildung unerlässlich. Er regelt für den betrieblichen Teil der Ausbildung über drei Jahre hinweg, in welchen Einsatzbereichen die Auszubildenden eingesetzt werden (Bühler, 2015). Der Ausbildungsplan für die praktische Ausbildung am Lernort Lehrrettungswache und das schulinterne Curriculum für die theoretische und praktische Ausbildung am Lernort Schule muss aufeinander abgestimmt sein. Hierzu ist eine regelmäßige persönliche Anwesenheit der praxisbegleitenden Personen in den Einrichtungen zu gewährleisten (NotSan-APrV, 2013).

In der Studie gaben $n = 302$ (40,4%) der Auszubildenden an, keine Praxisbegleitung durch Lehrer ihrer Schule erfahren zu haben. Vor diesem Hintergrund muss, die in der Studie untersuchte Verzahnung der fachpraktischen Ausbildung am Lernort Lehrrettungswache mit der theoretischen und praktischen Ausbildung am Lernort Schule sehr kritisch diskutiert

werden.

Insgesamt kommt Die Studie zu dem Ergebnis, dass $n = 469$ (62,7%) der Auszubildenden mit Ihrer Ausbildung zum Notfallsanitäter zufrieden sind. Die Studie „Ausbildungsreport Pflege 2015“ kam zu dem Ergebnis, dass $n = 1.995$ (58,5%) der Auszubildenden zufrieden mit ihrer Ausbildung waren (Bühler, 2015). Es muss festgestellt werden, dass im Vergleich zum Durchschnitt der dualen Ausbildungen nach dem Berufsbildungsgesetz (BBiG), die Ausbildung in der Pflege sowie zum Notfallsanitäter durch die Auszubildenden deutlich schlechter beurteilt werden. In den dualen Ausbildungen nach BBiG liegt die Zufriedenheit insgesamt bei 71,5% (Bühler, 2015).

Das Ziel der Ausbildungsbetriebe sollte es sein, gut ausgebildete junge Menschen nach Abschluss der Ausbildung als Fachkräfte gewinnen zu können. Die Studie kommt zu dem Ergebnis, dass eine Festanstellung im Ausbildungsbetrieb nach erfolgreicher Beendigung der Ausbildung, von $n = 459$ (61,4%) der Auszubildenden angestrebt wird. Den Ausbildungsbetrieb verlassen wollen $n = 106$ (14,2%) der Auszubildenden. Noch unentschlossen waren zum Zeitpunkt der Befragung $n = 183$ (24,4%) der Auszubildenden.

Des Weiteren gaben die Auszubildenden 231 Begründungen an, welche sie zum Verlassen des Ausbildungsbetriebes bewegen. Mit $n = 43$ (18,6%) der Nennungen wurde die Art der Betriebs- oder Verbandsführung als wesentlichste Begründung genannt, den Ausbildungsbetrieb zu verlassen. Mit $n = 42$ (18,2%) der Nennungen wurden die berufliche Umorientierung oder ein angestrebtes Studi-

um sowie mit $n = 30$ (13,2%) der Nennungen die Art der Ausbildung oder Fortbildung im Ausbildungsbetrieb als wesentliche Gründe in der Studie genannt, welche zum Verlassen des Ausbildungsbetriebes führen könnten.

Setzt man die die Begründungen in Bezug zur Zwei-Faktoren-Theorie nach Herzberg, so stellt man fest, dass insbesondere die von Herzberg ermittelten Hyginefaktoren zur Arbeitsunzufriedenheit und damit zum Verlassen des Ausbildungsbetriebes führen. Herzberg nennt hierbei interne Organisation und Unternehmenspolitik, das Verhältnis zum direkten Vorgesetzten und dessen Führungsstil sowie Arbeitsumfeld (Herzberg & Snyderman, 1993). Die notwendigen Rahmenbedingungen für eine gute Ausbildung kann der Arbeitgeber schaffen. Der Schlüssel für gute Arbeits- und Ausbildungsbedingungen liegt in einer angemessenen Personalausstattung sowie einem mitarbeiterorientierten Führungsstil (Nerdinger, 2014).

Kritik an der Arbeit

Die Studie untersucht erstmals im deutschen Sprachraum die Zufriedenheit von Auszubildenden zum Notfallsanitäter mit der fachpraktischen Ausbildung an Lehrrettungswachen. Sie ist konzipiert als Zustandsbeschreibung und liefert keine direkten Hinweise auf Beeinflussungsmöglichkeiten. So handelt es sich bei der Studie um eine retrospektive Querschnittsuntersuchung. Daher muss bei der Interpretation der deskriptiven Daten beachtet werden, dass statistische Tendenzen keine eindeutigen Aussagen über Ursache-Wirkungs-Beziehungen erlauben und sich auch keine Aussagen über Entwicklungsverläufe innerhalb der Stichprobe treffen lassen.

Fazit für die Praxis

Die Ergebnisse der Studie geben wichtige Hinweise, welche qualitativen und quantitativen Anforderungen an eine zufriedenstellende praktische Ausbildung zum Notfallsanitäter zu beachten sind. Der Praxisanleiter kommt dabei eine wesentliche Bedeutung zu. Praxisanleiter müssen sowohl qualitativ als auch quantitativ mehr Zeit bekommen, um Auszubildenden 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 auch in alltäglichen Lernsituationen durch ständige Anwesenheit qualifizierten Fachpersonals sicherzustellen ist. Auch für die Praxisbegleitung ist der erforderliche quantitative und qualitative Umfang in den gesetzlichen Vorgaben festzulegen (Bühler, 2015).

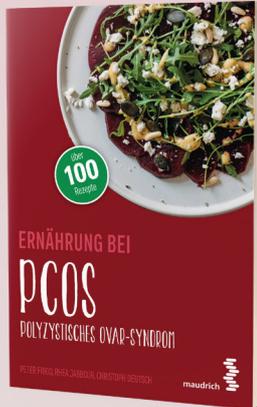
Um die dringend erforderliche Qualitätssicherung der berufspraktischen Ausbildung gewährleisten zu können, setzt dies eine professionelle und kooperative Zusammenarbeit aller Beteiligten an der beruflichen Ausbildung zum Notfallsanitäter voraus. Gemeinsames Ziel muss es sein, Auszubildende zum Notfallsanitäter 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 Berufsaus- und einer Weiterbildung zum Notfallsanitäter.

Literaturverzeichnis

- Arens, F. (2015). Praxisbegleitung in der beruflichen und akademischen Pflegeausbildung (Bd. 1). Berlin.
- Berndt, C. (2016). Zufriedenheit: Wie man sie erreicht und warum sie lohnender ist als das flüchtige Glück. München: dtv.
- Bühler, S. (2015). Ausbildungsreport Pflegeberufe 2015. www.gesundheit-soziales.verdi.de/ueber-uns/jugend: verdi – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft, Fachbereich Gesundheit, Soziale Dienste, Wohlfahrt und Kirchen.
- Grönheim, M., & Kempferdick, C. (2018). Ausbildung und praktische Anleitung am Lernort Rettungswache (Bd. 1). Edewecht: S+K Verlag.
- Herzberg, F. M., & Snyderman, B. B. (1993). The motivation to work. New Brunswick, N.J.: Transaction Publishers.
- Hofmann, T., & Macke, M. (12. Mai 2020). Berufstreue von angehenden Notfallsanitäter*innen: Eine Befragung von Auszubildenden über ihren Berufsverbleib. Open Data: Gesellschaft zur Förderung der Wissenschaft im Rettungsdienst (GzFWR). Abgerufen am 03. 01 2021 von <https://www.gzfwr.org/>
- Jürgensen, A., & Dauer, B. (2021). Handreichung für die Pflegeausbildung am Lernort Praxis. Version 1.0. Bonn: Bundesinstitut für Berufsbildung (BiBB).
- Maier, G. (12. Mai 2021). Gabler Wirtschaftslexikon. Von <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/arbeitszufriedenheit-28618> abgerufen
- Nerdinger, F. W. (2014). Führung von Mitarbeitern. In F. W. Nerdinger, G. Blickle, & N. Schaper. Heidelberg, Berlin: Springer-Verlag.
- NotSan-APrV. (16. Dezember 2013). Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter (BGBl. I S. 4280). Bonn, Bundesministerium für Gesundheit, Deutschland.
- NotSanG. (22. Mai 2013). Gesetz über den Beruf der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters (BGBl. I S. 1348). Bonn, Bundesministerium für Gesundheit, Deutschland.
- Sauer, F. (08. 11 2019). wertesyteme.de. Abgerufen am 09. 01 2021 von <https://www.wertesysteme.de/zufriedenheit/>

Lesetipps für starke Frauen (und Männer)

Neuerscheinungen zur Frauengesundheit



Peter Frigo, Rhea Jabbour, Christoph Deutsch

Ernährung bei PCOS

Polyzystisches Ovar-Syndrom

maudrich.gesund essen 2021

124 Seiten, durchgehend 4-farbig, Klappenbroschur

EUR (A) 16,90 / EUR (D) 16,40 / sFr 21,70 UVP

ISBN 978-3-99002-124-8

Auch als E-Book: ISBN 978-3-99111-344-7

Rita Hofmeister

Endometriose

Ein Selbsthilfebuch

maudrich ganzheitlich 2020

184 Seiten, durchgehend 4-farbig, Klappenbroschur

EUR (A) 19,90 / EUR (D) 19,40 / sFr 24,90 UVP

ISBN 978-3-99002-117-0

Auch als E-Book: ISBN 978-3-99111-010-1



Agnes Budnowski, Michael Feichtinger, Flora Koller,
Martina Kreuter-Müller

Ernährung bei Kinderwunsch

Fruchtbarkeitssteigernde Lebensmittel und therapieunterstützende Ernährung für sie & ihn

maudrich.gesund essen 2020

176 Seiten, 4-farbig, Klappenbroschur

EUR (A) 16,90 / EUR (D) 16,40 / sFr 21,70 UVP

ISBN 978-3-99002-120-0

Auch als E-Book: ISBN 978-3-99111-013-2



Erhältlich im Buchhandel und auf
factulas.at

maudrich

Eingereicht: 16.04.2021

Genehmigt: 15.06.2021

doi: 10.52205/llig/13

Prof. Dr. phil. Matthias Drossel

Akademieleiter der Bamberger Akademien für Gesundheits- und Pflegeberufe, Professur Medizinpädagogik, Leiter des Projektes Didaktik und Forschungstransfer an Schulen des Gesundheitswesens.

Kontakt: matthias.drossel@srh.de



Schul(weiter)entwicklung in Schulen für Pflegeberufe – das RefId-Modell

Abstract Deutsch

Schulentwicklung gewinnt zunehmend an Bedeutung. Pflegeschulen sind Schulen der besonderen Art, z. B. bei der Betrachtung der Lehrer*innenbildung. Das Drei-Wege-Modell von Rolff (2016) bietet eine gute Grundlage zur systematischen Schulentwicklung. Die zu analysierenden Systemzusammenhänge sind Organisationsentwicklung, Personalentwicklung und Unterrichtsentwicklung. Schulen im Gesundheitswesen benötigen Operationalisierungsansätze. Strukturierte, systematisierte Beobachtungen und Erhebungen, zum Beispiel in Form von Memos, Berichten und Protokolle zu Beobachtungen in der Schulentwicklung lassen Handlungsempfehlungen zu, die die Operationalisierung von Schulentwicklung unterstützen. Diese werden als Erfolgsfaktoren beschrieben. Die Entwicklung eines prozessorientierten Modells zur Schulentwicklung im Gesundheitswesen erfolgt, das RefId-Modell.

Abstract English

School development is becoming increasingly important. Nursing schools are schools of a special kind, e.g. B. when looking at teacher training. Rolff's three-way model (2016) provides a good basis for systematic school development. The system relationships to be analyzed are organizational development, personnel development and teaching development. Healthcare schools need approaches to operationalization. Structured, systematic observations and surveys, for example in the form of memos, reports and protocols on observations in school development, permit recommendations for action that support the operationalization of school development. These are described as success factors. The development of a process-oriented model for school development in the health care system takes place, the RefId model.



Bettina Maria Hojdelewicz

Der Pflegeprozess

Prozesshafte Pflegebeziehung

facultas 2021, 3., überarbeitete Auflage
176 Seiten, broschiert
EUR 24,90 (A) / EUR 24,20 (D) / sFr 31,- UVP
ISBN 978-3-7089-2109-9
e-ISBN 978-3-99111-338-6

Erhältlich im Buchhandel oder auf
facultas.at

facultas

Kurze Hinführung zum Thema Schulentwicklung

Es existieren verschiedene Modelle zur Schulentwicklung. Die Modelle und Handlungsempfehlungen bieten eine gute Grundlage für Schulleiter*innen, vor allem für allgemeinbildende Schulen. Leider ist die Umsetzung aus eigener Kraft heraus häufig ideenlos und aus Sicht der Schulleitungen, z. B. wegen mangelnder Zeitressourcen, schwierig umzusetzen. Im Wesentlichen werden entsprechend der Modelle drei Teilaspekte bearbeitet. Im Drei-Wege-Modell n. Rolff (2016) sind diese Unterrichtsentwicklung, Personalentwicklung und Organisationsentwicklung. Rolff (2016) beschreibt in seinem Buch „Schulentwicklung kompakt“ verschiedene Themen zur Schulentwicklung, teils sogar Instrumente und Umsetzungsvorschläge, aber auch empirische Grundlagen.

Das ISB Bayern beschreibt Schulentwicklung als einen systematischen und zielgerichteten Prozess. Ziel ist also eine qualitative Verbesserung, gemessen daran, dass sie bei den Schüler*innen, also im Unterricht, ankommt. Neue Bildungsanforderungen und weitere Anforderungen des Gesundheitswesens fordern eine kontinuierliche Weiterentwicklung der Schulen. Schule muss sich daher kontinuierlich wandeln. Dabei spielt die Schulentwicklung eine zentrale Rolle. Daraus ergeben sich Aufgabenfelder der Schulentwicklung. Diese sind die Verbesserung der schulorganisatorischen Abläufe, die Verbesserung des Schulklimas, und die konkrete Verbesserung des Unterrichts. Schulentwicklung existiert schon viele Jahre. Unterstützend werden zum Beispiel Schulentwicklungsberater, -koordinatoren und -mo-

deratoren, die den Schulen bei der Bewältigung unterschiedlicher Aufgaben zur Seite stehen, eingesetzt (Kultus, 2021).

Die beschriebenen Expert*innen und Berater*innen sind häufig aus dem Bereich der allgemeinbildenden oder beruflichen Schulen, nicht aber für die Bedürfnisse der Schulen im Gesundheitswesen passend.

Pflegesschulen – Schulen der besonderen Art

Schulen des Gesundheitswesens sind gegenüber allgemeinbildenden Schulen in vielen Teilbereichen besonders. Beispielsweise wird Pflegeschulen die Verantwortung für Theorie und Praxis übertragen (siehe hierzu Pflegeberufgesetz, §10 (PflBG)). Auch die Qualifikation von Lernbegleiter*innen (synonym verwendet für Pädagog*innen, Lehrer*innen, etc.; der gewählte Begriff betont aus Sicht des Autors das Selbstverständnis und die Rolle) ist anders als bei allgemeinbildenden Schulen, an denen eine eher homogene Lehrer*innenbildung innerhalb der Bundesländer die Regel ist. Die Situation in Pflegeschulen zeigt sich als sehr heterogen. Eine Homogenisierung ist in den nächsten Jahrzehnten, auf Grund der Vorgaben im Bundesgesetz, zumindest teilweise zu erwarten. Trotz allem ist das Studium der Lernbegleiter*innen in vielen Ländern nicht wie in einem professionellen Lehramtstudium reguliert. Ein Beispiel ist die begleitete Lernzeit beim Eintritt in das Berufsleben. Statt einer Referendarzeit absolvieren die Berufspädagog*innen nur ein 12-20-wöchiges Praktikum. Auch wenn Vorgaben zur Lehrer*innenbildung im Gesundheitswesen von der Kultusministerkonferenz existieren, folgen viele Hochschulen

die Pflegepädagog*innen und Medizinpädagog*innen ausbilden dieser nicht umfassend.

Die Heterogenität ist auch bei der Analyse der Schulleiter*innen erkennbar. Viele Schulleiter*innen sind nicht einschlägig fachdidaktisch qualifiziert. Teilweise sind diese durch Bestandschutz auch nicht akademisiert. Es gibt auch Sonderstellungen für viele Dozent*innen, z. B. Ärzt*innen und Psycholog*innen, die häufig noch eingesetzt werden und keine weitere pädagogische Qualifikation mitbringen.

Kurzbeschreibung der Vorgehensweise und Ziel des Projekts zur Schulentwicklung

Die Begleitung von Schulen im Gesundheitswesen zum Thema Schulentwicklung erfolgte projektbasiert und systematisch an neun Schulen in verschiedenen Bundesländern in Deutschland. Die Größe der Bildungseinrichtungen variiert zwischen 120 und 700 Schüler*innen unterschiedlichster Ausbildungsberufe im Gesundheitswesen. Protokollierungen wurden erstellt, qualitative Interviews geführt und weitere Beschreibungen von Beobachtungen wurden in einem theoretischen Memo festgehalten und weiterentwickelt. Gemäß der Logik und angelehnt an der Grounded Theory: Everything is data. Diese Beobachtungen folgen einer deskriptiven Logik zur Beschreibung der Wirkungsweisen/Ergebnisse der einzelnen Schritte der Schulentwicklung. Es erfolgten Teilanalysen der Dokumente, Protokolle, etc., einer induktiven Vorgehensweise zur Kategorienbildung folgend. Der Ansatz folgte o.g. Drei-Wege-Modell nach Rolff (2016) als Ausgangssituation. Die

Ergebnisse dienen der Entwicklung eines prozessorientierten Modells, das die Umsetzungsschritte von Schulentwicklung verdeutlichen soll.

Das Ziel ist die Entwicklung eines prozessorientierten Modells zur Schulentwicklung. Schulleiter*innen erkennen dadurch notwendige, einzuleitende Schritte.

Nachfolgend werden ausgewählte Ergebnisse als s.g. Erfolgsfaktoren dargestellt.

Erfolgsfaktoren

Bei der Begleitung der Schulen im Gesundheitswesen konnten folgende Kategorien als Erfolgsfaktoren identifiziert werden:

- Beratung und Begleitung des Prozesses durch eine externe Person
- Analyse des Schulmanagements: Einzelcoaching der Schulleitung
- Reflexionspropagation
- Conferencing und Informationskultur aufbauen
- Strukturen des Projektmanagements implementieren
- Personalentwicklung in mehreren Ebenen, aber Fokussierung auf Kontinuität
- Curriculumsentwicklung und die Einführung von professionellen Lerngemeinschaften
- Gesamtplan Medien(didaktik)
- Identifikation schaffen

Eine Analyse der Schulen muss Teil des Schulentwicklungsprozesses sein und den Planungen vorausgehen. Wichtig ist, dass die Initiierungsphase mit einer Einführungsphase einhergeht. Dazu gehört die Darstellung der Ziele und Vorgaben für die Lehrer*innenteams. Eine Projektplanung mit Arbeitspaketen, Chancen/Ri-

siken, Teilzielen, Meilensteinen, Festlegung der Ressourcen, etc., muss erfolgen. Im Fokus steht die Lernwirksamkeit.

Erfolgsfaktor 1: Beratung und Begleitung durch externe Person

Schulleitungen benötigen - zumindest bei der Analyse des eigenen Schulteams und Konferenzstrukturen - externe Hilfe. Gespräche unter der Nutzung passender Analyseinstrumente helfen, einen umfassenden Blick auf die eigene Institution zu bekommen. Das Ergebnis sind Anhaltspunkte für den Aufbau einer systematischen und umfassenden Schulentwicklung. Schulleiter*innen erhalten darüber hinaus häufig auch ein Feedback zu funktionierenden Strukturen. V. a. aber auch Verbesserungsvorschläge/-ansätze, die immer wieder auch durch die systematische Reflexion von den Leitungen selbst, entwickelt werden. Eine externe Begleitung über einen Zeitraum von mindestens einem Jahr ist sinnvoll. Diese Person sollte unbedingt ein Verständnis für die Pflegeschulen und deren Rahmenbedingungen mitbringen.

Erfolgsfaktor 2: Analyse des Schulmanagements durch Einzelcoaching der Schulleitung

Der Führungsstil der Schulleiter*innen muss kritisch betrachtet werden. Um diese systematisch zu reflektieren ist eine gemeinsame Analyse (Berater*in und Schulleitung) obligat. Besonders wichtig ist hierbei abzugleichen, welcher Führungsstil von der Schulleitung favorisiert wird und ob dieser im beruflichen Alltag auch gelebt wird. Die Authentizität ist wichtig. Neben diesem Aspekt muss auch die Wirkung von Führung gemeinsam reflektiert werden. Eine regelmä-

ßige Besprechung in Form eines Jour fixes trägt dazu bei, anhand von Beispielen über Wirkung und Nicht-Wirkung nachzudenken und die richtigen Lösungsansätze zu finden. Auch eine Hospitation leistet einen positiven Beitrag. Eine weitere wirkungsvolle Möglichkeit ist dabei das Leitungs-peer-tutoring, ein niederschwelliger Austausch zwischen Schulleitungskolleg*innen. Ein gutes Netzwerk unterstützt den niederschweligen Austausch und dient auch der Inkorporalisierung eines Feedbacks über die Phase der Schulentwicklungsbegleitung durch eine externe Person hinaus.

Ein Faktor zur Transparenz, aber auch zur verbindlichen Aufgabenaufteilung/-übernahme ist die Beschreibung der Aufgaben. Diese Aufgabenbeschreibung sollte mindestens Items Ziel, Voraussetzung für diese Aufgaben, Aufgabe/Verantwortung, Weisungsbefugnis und Unterstellungsverhältnis beinhalten. Die Aufgabenbeschreibung dient der transparenten Durchführung bestimmter Prozesse und auch der Klarheit bei Weisungen.

Erfolgsfaktor 3: Reflexionspropagation

Reflektieren, jedoch systematisches Reflektieren in den analytischen Prozessen der einzelnen Teilbereiche ist wichtig. Resümiert werden kann dies als Reflexionspropagation: Systematisches Einführen von echten Reflexionsstrukturen in allen Ebenen, sowohl Leitung, Lernbegleitung, als auch Auszubildende. Verankert als integraler Bestandteil im Alltag. Reflexion ist unter anderem auch wichtig für die Lernbegleitung. Konzepte für ein suffizientes und gutes (erweitertes) formatives Assessment (siehe auch Hattie-Studie) als wichtiger Bestandteil für

guten Unterricht. Stets mit dem Fokus auf der Überprüfung der Lernwirksamkeit.

Der Begriff der Reflexionspropagation wird vom Autor geprägt und folgendermaßen beschrieben: Die Weiterentwicklung, Fortentwicklung und Durchdringung der Menschen aller Ebenen systematisch und kontinuierlich zu reflektieren. Der Autor meint dabei, dass diese Fähigkeit von Kindheit an, schon im Kindergarten beginnend, gefördert und entwickelt sowie einer zunehmenden Systematisierung, entsprechend des Gegenstands der Reflexion, unterzogen werden muss. Reflexion als selbstverständlicher Bestandteil des Alltags der Menschen.

Erfolgsfaktor 4: Besprechungskultur/ Conferencing und Informationskultur aufbauen

Die Diskussion um Effizienz und Effektivität ist allseits bekannt. Zeit als knappe Ressource wird von Lernbegleiter*innen häufig betont und ist unbestritten. Ein wichtiger Faktor ist also die Zeiten von Treffen und Besprechungen so zu nutzen, dass eine Lösungsorientierung angestrebt wird. Der pädagogische Diskurs ist sicher immer wieder notwendig, muss aber daraufhin geprüft werden, ob der Einsatz diese Zeit für dieses Thema auch wirklich sinnvoll im Sinne einer Ergebnisorientierung oder für einen zielführenden Diskurs genutzt wird. Bei der Beobachtung und Hospitation verschiedener Veranstaltungen von Arbeitsgruppen und Schulleitungsteams konnte festgestellt werden, dass ‚Nebenschauplätze‘ und abschweifende Diskussionen entstehen. Diese stellen häufig weder einen Mehrwert noch eine Entwicklung für das Ergebnis dar.

Bei der Einführung von drei Ebenen der Konferenzstruktur wurden positive Erfahrungen beobachtet. Ebenso steigt die geäußerte Zufriedenheit in den Teams hinsichtlich Informationsweitergabe. Durch den hohen Anteil an Teilzeitmitarbeitenden und anderen Dynamikfaktoren der Mitarbeiter*innen müssen online-/ hybride Varianten/Möglichkeiten mitgedacht und auch über die Pandemiezeit hinaus weiterentwickelt werden.

Beispiel für eine Kombination, die als positiv bestätigt werden:

- 15 Minuten Boardbesprechung pro Woche (aktuelles für die Woche; Ziel: Information; online/offline/hybrid möglich, Fotoprotokollierung).
- 1-2 Stunden Status-Quo-Besprechung pro Monat (Diskussion laufender Projekte, Ziel: Information, Diskussion; online/offline/hybrid möglich, Protokollierung innerhalb der Projekte, für alle einzusehen).
- 1-2 Stunden, beginnend mit 1x/Monat: Expert*innenkonferenz/prof. Lerngemeinschaften (regelmäßig, je nach Fortschritt; Didaktische Ablaufplanungen und Unterrichtsentwicklung, Ziel: Abstimmung mit anderen Lernbegleiter*innen, gemeinsame Sachanalyse, Abgleich der Unterrichtsinhalte und -methoden, Erstellung einer didaktischen Ablaufplanung/Matrix; online/offline/hybrid möglich, Protokollierung in einer gemeinsamen Struktur/Ordner: Matrix, Sachanalyse, Unterrichtsmaterialien)
- Eine Info-E-Mail pro Woche (Dienstanweisungen; Ziel: Verbindliche Anordnungen, Information, E-Mail).

Agilität der Führung, aber auch

gelebtes Empowerment ist wichtig. Weitere Besprechungen können bei Bedarf eingeführt werden, sollten aber stets kritisch auf ihre Notwendigkeit überprüft werden.

Es muss klar sein, dass ein geteiltes Informationsdefizit einzelner Mitarbeiter*innen auch nach Einführung der Strukturen nicht ausbleibt. Hier muss die Hol-/Bringschuld eindeutig geklärt sein. Zudem ist die Transparenz der Besprechung, z. B. Tonaufnahmen, Protokoll, Fotodokumentation wichtig.

Erfolgsfaktor 5: Strukturen des Projektmanagements

Die Einführung von Projektmanagementstrukturen hat im Wesentlichen folgende Ziele:

1. Klarheit und Transparenz der Aufgabenverteilung (Projektauftrag).
2. Transparenz und Verbindlichkeit durch Reporting (Protokoll, Status-Quo-Besprechung).
3. Übersicht der laufenden Projekte/Arbeitsaufgaben.

Die Aufnahme und Würdigung der Aufgaben können zum Beispiel in Zielvereinbarungen festgehalten werden. Die Einführung von Steuerungs- und Arbeitsgruppen ist die Konsequenz. Wichtig ist, dass in einer Besprechung (siehe Erfolgsfaktor 4, Punkt 2), die Möglichkeiten zur Diskussion und Berichterstattung gegeben sind.

Die Einführung einer Vergabe von Arbeitsaufgaben und Projektaufgaben unterstützt das Empowerment der Schulteams. Die Beachtung einer maximalen Gruppengröße der Arbeitsgruppe und Zeitvorgaben ist im Projektauftrag ein wichtiger Aspekt. Allgemein wird eine Hinführung des Themas

Projektmanagement empfohlen.

Erfolgsfaktor 6: Personalentwicklung in mehreren Ebenen, aber Fokussierung auf Kontinuität

Personalentwicklung muss in mehreren Ebenen (Pädagogische Aspekte, Arbeitsweisen, Soft Skills, Kommunikation, etc.) analysiert werden. Die Angebote resultieren dann fokussiert und kontinuierlich auf die Analyse folgend.

Die Durchführung der Analyse des Personals (Schulteams) und die darauffolgende Maßnahmenplanung der Personalentwicklung erfolgen durch die Leitung. Wünsche der Mitarbeiter*innen können aufgenommen werden, z. B. im Mitarbeiter*innenjahresgespräch. Eine Kontinuität von Fortbildungen sollte für das Gesamtteam geschaffen werden (z. B. monatliche Impulse und Schwerpunkte). Erste Ziele müssen dabei sein, dass das gemeinsame pädagogische Verständnis geschaffen wird (z. B. Subjektorientierung, Konzept des/der Lernbegleiter*in statt des Belehrenden; siehe hierzu auch Rolf Arnold: Entlehrt Euch, (Arnold, 2017)).

Wichtige Entwicklungsthemen für die Lernbegleiter*innen sind u.a.:

- Unterrichtsentwicklung: Wirksamkeit von Lernen, Kompetenzorientierung und Sichtbarwerden von Lernen, Lernspaß, Methoden für den Unterricht und Leistungserfassung
- Lernbegleitung: Authentizität des/der Lernbegleiter*in, formatives Assessment, Methodentuning (vgl. auch Hatie-Studie)
- Kommunikation: Feedback, Reflexion, wertschätzende/gewaltfreie Kommunikation

- Inhalte, die die Arbeitsabläufe betreffen, z. B. Arbeitsorganisation, Zeitmanagement

Erfolgsfaktor 7: Curriculumentwicklung und die Einführung von professionellen Lerngemeinschaften (pG)

Die kontinuierliche Entwicklung des Unterrichtes und die weitere Schärfung, i. S. einer Konkretisierung von didaktischen Planungen wird in sogenannten professionellen Lerngemeinschaften (auch Expert*innengruppen) weiterentwickelt. Wie bereits in der Besprechungskultur (Erfolgsfaktor 4, Punkt 3) beschrieben, organisieren Lernbegleiter*innen einer curricularen Einheit, Lernsituation, etc.: Absprachen zu Unterrichtsabläufen/Erstellung einer Matrix als Ablaufplanung, Sachanalysen, Verwendung von Materialien und Überprüfung derer Evidenz für den Unterricht, Verwendung von Methoden/Ideen für die Durchführung, Evaluationen durchgeführter Unterrichte, uvm.. Diese Teilschritte beeinflussen sich gegenseitig und müssen wechselseitig weiterentwickelt werden. PGs sind Grundlage für Transparenz des Unterrichtes, Austausch pädagogischer und fachwissenschaftlicher Expertise und die Weiterentwicklung des Unterrichtes.

Offtopic, allgemein zur curricularen Entwicklung: Ein häufig beobachteter Faktor ist hierbei die Fokussierung auf Vollständigkeit. Tatsächlich, gerade auch im Rahmen moderner und lernwirksamer Curricula und Unterrichte, muss die Gründlichkeit der Themengestaltung im Fokus stehen. Exemplarisch dargestellt. Mit der Vermittlung von Handwerkszeug und Methoden, um das Wissen übertragbar zu machen und vernetzt zu denken (hierzu auch Rolf

Arnold: Entlehrt Euch! (Arnold, 2017)). Die Kontextualisierung der Inhalte muss am Gegenstand Pflege erfolgen und nicht anderen Bezugswissenschaften unterworfen werden.

Erfolgsfaktor 8: Gesamtplan Medien(didaktik)

Die Erstellung eines Medienplans mit didaktischen Grundideen (Kerres, 2018) ist wichtig für die gemeinsame Ausrichtung und Planung von allgemeinen Zielen. Mit Medien sind hierbei alle gemeint die sich zur Begleitung im Lernprozess (offline, online) eignen. Die besondere Berücksichtigung von Blended Learning muss erfolgen. Ob supportiv, adjuvant oder substituierend. Die Einbindung von Lernbegleiter*innen, heterogen ausgewählt, ist ein wichtiger Erfolgsfaktor für die Akzeptanz des Gesamtmedienplanes.

Wichtige Inhalte eines Medienplans:

- Medien-/Raumkonzept/Lernorte
- Digitalisierung: IT/EDV
- Konzeption von Lernarrangements: mediengestützt, kompetenzorientiert, outcomeorientiert
- Didaktische Ausrichtung, Lernwirksamkeit sichtbar machen
- Differenzierung: Autodidaktik, soziales Lernen, tutorielles Lernen,

Erfolgsfaktor 9: Identifikationsbildung

Ein wichtiger Aspekt zur Schaffung einer ‚WIR-Identität‘: die gemeinsame Weiterentwicklung der Lernwirksamkeit von Unterricht, das gemeinsame pädagogische Verständnis, aber auch das ‚(Mit-)Wirken können‘ sind identitätsbildend. Die interkollegiale Unterstützung

schaft Vertrauen. Anerkennung und Würdigung der einzelnen Mitarbeiter ist wichtig. Entsprechende Einbindung der besonderen Fähigkeiten in den einzelnen Teilprojekten muss stets beachtet werden. Eine Identifikationsbildung erfolgt auch i. S. von Verantwortung und Auftrag der Lernbegleitung, z. B. durch ein gemeinsames Leitbild. Sinnstiftende Arbeit, also das Sichtbarmachen der Wirkung im Lernprozess (Lernwirksamkeit), häufig auch als Sinnerleben beschrieben, nimmt eine wichtige Rolle ein (vgl. hierzu auch Badura, 2017, Allan, 2016, Döring-Seipel, Dauber, 2010, Landtwing, 2009).

Abgrenzung und kurze Diskussion

In der Darstellung der Ergebnisse ist festzustellen, dass eine belastbare empirische Überprüfung weiterverfolgt werden muss. Ebenso müssen weitere Erfahrungen gesammelt und die Ergebnisse weiter differenziert und geschärft werden.

Die einzelnen Erfolgsfaktoren gelten teilweise als interdependent und dürfen nicht einzeln in der Schulentwicklung verfolgt werden. Die Ganzheitlichkeit muss hier beachtet werden: Holistische Schulentwicklung. Ein limitierender Faktor ist für viele Verantwortlichen die subjektive Zeitknappheit (Rolff, 2016). Hier muss darauf sensibilisiert werden, dass Schulent-

wicklung einen wichtigen Beitrag für die Alltagsstruktur leistet, v. a. auch im Bereich von Unterrichtsvorbereitungen, etc.. Hier wird der Aufwand erheblich reduziert, z. B. durch PGs, Transparenz und gegenseitiges Unterstützen/Bereitstellen von Unterrichtsunterlagen, uvm..

Ein zentraler Faktor sind die Schulleitungen als Führungskräfte. Die Dezentralisierung von Macht und Wissen. Das Team empowern. Eine Schulleitung muss inspirierende Treiber*in für Verbesserungen sein, koordinieren und unterstützen. Nicht der Allheilsbringer*in, sondern der/die Kuchenbäcker*in. Ein (Lern-) Klimagenerator i. S. von Zusammenbringen der Einzelbemühungen (Bryk, 2010).

„Aber Schulentwicklung ist keine einfache Angelegenheit und auch keine Technik. Deshalb brauchen Schulen zusätzlich Unterstützung von Behörden, Hochschulen, Schulträgern und nicht zuletzt von der Schulentwicklungsforschung. Vor allem brauchen Schulen nicht noch mehr Anweisungen, sondern konkrete, situationsbezogene, flexible, überzeugende und wirksame Entwicklungswerkzeuge und -werkstätten.“ (Rolff, 2016, S. 149) Dennoch kann Schulentwicklung überraschend schnell auch wirken (Bormann, et al., 2007).

Fazit

Schulentwicklung benötigt eine systematisierte, prozesshafte Umsetzung. Von der Mehrebenenreflexion, Alltagsreflexion hin zu einer Identifikationsbildung. Identifikation mit der Rolle als Lernbegleiter*in, aber auch eine Überzeugung, dass Lernwirksamkeit ernsthaft in der Institution verfolgt wird. Die Verantwortung, Reflexion zu propagieren und in den Alltag in den verschiedensten Ebenen zu integrieren. Das s.g. Refld-Modell (siehe Abbildung 1) zur Schulentwicklung im Gesundheitswesen: Reflexionspropagation als Fundament, Identifikation als schützendes Dach über der Institution. Der Prozess der Schulentwicklung, von der Initiierungsphase, Leitung und Führung, Kultur und Alignment, Strukturen, Unterrichtsentwicklung, Personalentwicklung, Gesamtplan (Mediendidaktik) und dem Ziel zu verstetigen (s. auch Abb.1). Die genannten Punkte ab Kultur und Alignment bis Personalentwicklung können durchaus als dynamisch gesehen und parallel bearbeitet werden. Das Modell führt die Erfolgsfaktoren zusammen. Es schafft eine Gewichtung zweier elementarer Ebenen, die das Haus-Modell zusammenhalten. Dies funktioniert nicht durch externe Faktoren, sondern durch die von innen heraus veranlassenden. Die ehrlich lernende Organisation Schule.



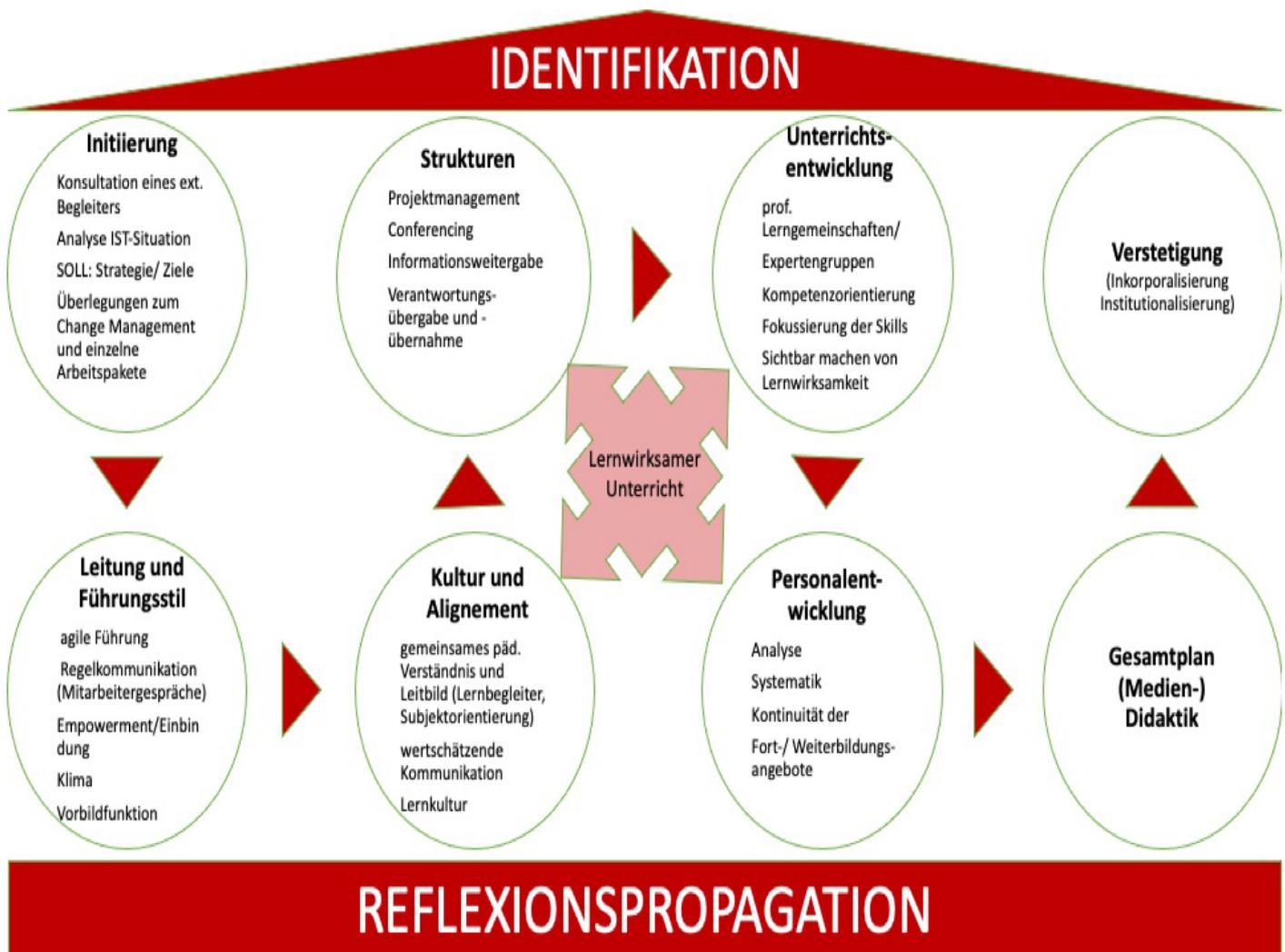


Abbildung 1: Refld-Prozessmodell zur Schulentwicklung im Gesundheitswesen von Drossel (eigene Abbildung)

Literaturverzeichnis

Allan BA, Autin KL, Duffy RD (2016) Self-Determination and Meaningful Work: Exploring Socioeconomic Constraints. *Frontiers in Psychology* 7:71. doi:10.3389/fpsyg.2016.00071

Badura B (2017) *Arbeit und Gesundheit im 21. Jahrhundert*. Springer, Berlin

Borman, G. D., Slavin, R. E., Cheung, A. C., Chamberlain, A. M., Madden, N. A., & Chambers, B. (2007). Final reading outcomes of the national randomized field trial of Success for All. *American Educational Research Journal*, 44(3), 701-731.

Bryk, A. S. (2010). Organizing Schools for Improvement. *Phi Delta Kappan*, 91(7), 23–30. <https://doi.org/10.1177/003172171009100705>

Döring-Seipel E, Dauber H (2010) Was hält Lehrer und Lehrerinnen gesund –

die Bedeutung von Ressourcen, subjektiver Bewertung und Verarbeitung von Belastung für die Gesundheit von Lehrern und Lehrerinnen. *Schulpädagogik heute* 1

Kerres, M. (2018). *Mediendidaktik - Konzeption und Entwicklung digitaler Lernangebote*. De Gruyter.

Kultus, B. S. (05. 07 2021). *Bayrisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus*. Von <https://www.km.bayern.de/lehrer/qualitaetssicherung-und-schulentwicklung/schulentwicklung.html> abgerufen

Landtwing J (2009) Steuerung des Unternehmenserfolgs durch betriebinterne und -externe Wertkongruenz. <https://doi.org/10.5167/uzh-32197>.

Rolff, H.-G. (2016). *Schulentwicklung kompakt*. Weinheim und Basel: Beltz.

Natürlich pflege ich!

Alltagsbeschwerden sanft lindern mit den Tipps & Tricks aus der maudrich Naturapotheke

- Bewährte Hausmittel neu entdecken
- Medikamente reduzieren
- Perfekt geeignet für Pflege und Betreuung zu Hause



Erhältlich im Buchhandel und auf facultas.at/naturapotheke

maudrich 

Eingereicht: 04.04.2021
Genehmigt: 01.06.2021

doi: 10.52205/llig/14

Dr.ⁱⁿ phil. Friederike Link
Wissenschaftliche Mitarbeiterin,
Zentrum für Forschung, Ent-
wicklung und Transfer, Techni-
sche Hochschule Rosenheim,
Hochschulstraße 1, 83024
Rosenheim

friederike.link@th-rosenheim.de



**Caren Horstmannshoff,
B.Sc., M.Sc EbHC**

Wissenschaftliche Mitarbeiterin,
Zentrum für Forschung, Ent-
wicklung und Transfer,

caren.horstmannshoff@th-ro-
senheim.de



Prof. Dr. rer. medic.

Martin Müller, MPH

Professor für Pflegewissen-
schaft, insbes. Pflegeforschung,
Fakultät für Angewandte
Gesundheits- und Sozialwis-
senschaften,

martin.mueller@th-rosenheim.
de



**Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ phil. Katharina
Lüftl**

Professorin für Pflegewissen-
schaft insbesondere Pflegepra-
xis und -didaktik, Fakultät für
Angewandte Gesundheits- und
Sozialwissenschaften,

katharina.lueftl@th-rosenheim.
de



Schlüsselwörter

Wissenschaftlicher Nachwuchs, Pfl-
gewissenschaft, Karrierewege, Kar-
rieretypen, Professuren, Grounded
Theory Methodologie

Wissenschaftliche Karriere bis zur Professur in pflegebezogenen Studiengängen - Ziel oder Kompromiss? Ergebnisse einer Befragung wissenschaftlicher Nachwuchskräfte an unterschiedlichen Etappen des Karriereweges

Summary Deutsch

Die Pflegewissenschaft in Deutsch-
land steht vor der Herausforderung,
wissenschaftliche Strukturen und
Karrierewege auszubilden. Erschwert
wird dies durch einen Mangel an wis-
senschaftlichem Nachwuchs, der das
Potential hat, pflegewissenschaftliche
Professuren mit wissenschaftlicher
Exzellenz und praktischer Erfahrung
zu füllen.

Ziel dieses Beitrags ist es, darzu-
stellen, was auslösende Momente
für wissenschaftliche Karrieren sind,
die in Professuren pflegebezogener
Studiengänge münden, und welche
Kontextbedingungen diese Karrieren
beeinflussen. Es soll auch aufge-
zeigt werden, wie wissenschaftliche
Nachwuchskräfte vorgehen, um ihre
Ziele zu erreichen und welche Kon-
sequenzen sich daraus für sie und für
die Pflegewissenschaft ergeben. Auf
dieser Grundlage sollen Empfehlun-
gen für die Nachwuchsförderung ent-
wickelt werden, um mehr geeignete
Personen für Professuren in pflege-
bezogenen Studiengängen zu gewin-
nen.

Vorhandene Daten teilnarrativer In-
terviews mit ProfessorInnen (n=11)
und Masterstudierenden (n=11) so-
wie Promovierenden (n=10) pflege-
bezogener Studiengänge wurden im
Rahmen einer retrospektiven Daten-
analyse mit dem dreistufigen Codier-
verfahren der Grounded Theory Me-
thodologie ausgewertet.

Die Ergebnisse zeigen, dass in der
Pflegepraxis gewonnene Erfahrungen
auslösende Momente wissenschaftli-
cher Karrieren sind. Diese lösen den
Drang aus, die dort herrschende Si-
tuation zu verändern, wobei sich vier
Karrieretypen unterscheiden lassen:
Typ A forscht, weil er erlebt hat, dass

es für pflegerische Phänomene kei-
ne geeigneten Pflegeinterventionen
gab. Typ B lehrt, um dazu beizutrag-
en, dass Pflegende zukünftig bes-
ser ausgebildet werden. Typ C ist
als Pflegeperson von ÄrztInnen nicht
ausreichend anerkannt worden und
absolviert eine wissenschaftliche
Qualifikation, um mit ihnen auf Augen-
höhe zu gelangen. Typ D wollte in der
Praxis bleiben, ist aber bei Weiterent-
wicklungsprozessen blockiert worden
und nimmt als Kompromiss eine Pro-
fessur an.

Identifizierte Kontextfaktoren sind
u.a. mangelnde Wertschätzung für
wissenschaftliches Handeln in der
Pflege und das Fehlen von Stellen für
hochschulisch qualifizierte Pflegeper-
sonen in der Praxis. Angesichts der
bestehenden Bedingungen können
hochschulisch qualifizierte Pflegende
in der Praxis nicht Fuß fassen. Als
Konsequenz für die Pflegewissen-
schaft als Disziplin zeigt sich, dass in
der Pflegepraxis Vorbilder fehlen, die
zukünftige Generationen Pflegenden
dazu anregen könnten, selbst eine
wissenschaftliche Karriere in der Pfl-
ege einzuschlagen. Dadurch besteht
die Gefahr einer Verkümmern der
Pflegewissenschaft.

Auf Grundlage der Ergebnisse wird
die durchgängige Implementierung
geeigneter Stellen für hochschul-
lich qualifizierte Pflegepersonen in
der Pflegepraxis als Ausgangsbasis
wissenschaftlicher Nachwuchsför-
derung betrachtet. Als Konzept werden
Hochschul-Praxis-Partnerschaften
skizziert, die beginnend auf Bache-
lorniveau bis zur Post-doc-Phase
Strukturen zu einem systematischen
praxisbezogenen wissenschaftlichen
Kompetenzauf- und -ausbau für aka-
demisch qualifizierte Pflegende etab-
lieren.

Abstract

Nursing science in Germany faces the challenge of developing scientific structures and career paths. This is made more difficult by a lack of young scientists who have the potential to fill nursing science professorships with scientific excellence and practical experience.

The aim of this article is to present triggering moments for academic careers leading to professorships in nursing-related programmes and what contextual conditions influence these careers. Furthermore, the aim is to show how young academics proceed in order to achieve their goals and what consequences arise. Based on these findings, recommendations for the support of young academics will be presented in order to attract more suitable persons for professorships in nursing-related study programmes. Existing data from semi-narrative interviews with professors (n=11) and master's students (n=11) as well as doctoral students (n=10) in nursing-related degree programmes were analysed in a retrospective data analysis using the three-stage coding procedure of grounded theory methodology. Triggering moments of academic careers are experiences made in nursing practice, which evoke an urge for change. Four scientific career types can be distinguished, each choosing different strategies for the changes they see as necessary. Consequences are long, non-straight paths to a professorship and a lack of university-qualified nurses in nursing practice.

The basis for the support of young academics in nursing science should be the implementation of vacancies for highly qualified nur-

ses in nursing practice and support beginning as early as the bachelor's degree.

Einleitung Hintergrund

Die vergleichsweise junge Disziplin Pflegewissenschaft in Deutschland steht vor der Herausforderung, Strukturen und Karrierewege auszubilden. Dies wird aktuell vor allem behindert durch einen Mangel an Nachwuchs, der das Potential oder die Bereitschaft für eine akademische Laufbahn hat, die in einer Professur in pflegebezogenen Studiengängen mündet. Dieser Mangel schränkt den Kreislauf der Entwicklung, Dissemination und praktischen Anwendung neuen Wissens ein. In diesem sich selbst limitierendem System besteht die Gefahr, dass sich die Grundlagen der Disziplin nicht ausreichend festigen oder weiterentwickeln können (Nowell 2015, S. 2).

Quantitative Belege für den Mangel an wissenschaftlichem Nachwuchs liegen aktuell nicht vor. Allerdings zeigen Ergebnisse einer Untersuchung aus 2017, dass in den Jahren 2013 bis 2015 an Hochschulen für Angewandte Wissenschaften (HAW) über alle Fächer hinweg nur 53% der Professuren nach der ersten Ausschreibung besetzt wurden, 14% ließen sich trotz mehrfacher Ausschreibung nicht besetzen. Ursache war erstens eine schlechte Bewerberlage, wobei für Professuren im Bereich des Gesundheitswesens nur 15 Bewerbungen pro Ausschreibung vorlagen. Zweitens mussten 23% der BewerberInnen wegen formaler Gründe ausgeschlossen werden, wobei z.B. außerhochschulische Praxiszeiten fehlten. 22% der Professuren im Bereich des Gesundheitswesens blieben un-

besetzt (In der Smitten et al. 2017, S. 29; S. 32; S. 34; S. 59). Berichte in einschlägigen Gremien, wie der Bundesdekanekonferenz Pflegewissenschaft legen nahe, dass sich die spezifische Situation in der Pflegewissenschaft nicht von der allgemeinen Situation im Gesundheitsbereich unterscheidet. Zusätzlich ist davon auszugehen, dass sie sich durch die Einführung primärqualifizierender Studiengänge mit ihrem hohen Lehraufwand (Darmann-Finck und Reuschenbach, S. 165; Reuschenbach und Darmann-Finck, S. 66) noch deutlicher zuspitzt.

Wissenschaftliche Karrieren können für potentiell Interessierte abschreckend wirken (Reuter und Vedder, S. 9). Es handelt sich um langwierige, entbehrungsreiche Qualifizierungsverläufe, die geprägt sind von Unplanbarkeit, beruflicher und privater Unsicherheit, Kompetivität und dem Risiko des Scheiterns. Deshalb herrscht ein negativ geprägtes Verständnis von wissenschaftlichen Laufbahnen als „Problem diagnose“ (Reuter et al. 2016, S. 7), „Himmelfahrtskommando“ (Matthies 2016, S. 29) oder „Hazard“ (Weber 2018, S. 43). Andererseits existieren eine Reihe an Faktoren, die motivieren, eine wissenschaftliche Karriere einzuschlagen: u.a. große Autonomie, ein als interessant eingeschätztes Aufgabenspektrum, ein hohes symbolisches Kapital des Titels und eine subjektiv wahrgenommene „Adelung der Persönlichkeit“ (Reuter et al. 2016, S. 11). Wie es jemandem gelingt, den Weg zur Professur zu bewältigen, ist unabhängig vom Fachgebiet vom jeweiligen Typus wissenschaftlicher Berufsidentität determiniert, wobei diese Identität sich z. B. aus den individuellen Motivatoren sowie Bewältigungs-

strategien konstituiert (Alberth et al. 2016, S. 42; Matthies 2016, S. 29).

Inwieweit sich diese Befunde auf die Pflegewissenschaft übertragen lassen, ist vor dem Hintergrund der wenig etablierten Disziplin unklar.

Forschungsfragen und Ziel

Es sollen folgende Forschungsfragen beantwortet werden: Was sind die auslösenden Momente und beeinflussenden Kontextbedingungen für wissenschaftliche Karrieren, die in eine Professur in pflegebezogenen Studiengängen münden? Wie gehen wissenschaftliche Nachwuchskräfte vor, um ihre Ziele zu erreichen und welche Konsequenzen ergeben sich daraus sowohl für sie als auch für die Pflegewissenschaft als Disziplin?

Die gewonnenen Ergebnisse sollen als Grundlage dafür dienen, Strategien zu entwickeln, die geeignete KandidatInnen gewinnt und auf ihrem Karriereweg unterstützt, damit die Weiterentwicklung der Pflegewissenschaft gesichert und der große gesellschaftlichen Bedarf an qualifiziertem Fachpersonal für die Pflege gedeckt werden kann.

Methode und Beschreibung der Untersuchungspersonen

Die Daten der vorliegenden Untersuchung stammen aus einer qualitativen Untersuchung im Rahmen des Bund-Länder-Programms FH Personal (Bundesministerium für Bildung und Forschung 30.05.2017). An der TH Rosenheim entstand auf Grundlage dieser Daten im Jahr 2020 ein Konzept zur Gewinnung von ProfessorInnen im Bereich Pflegewissenschaft. Für den vorliegen-

den Beitrag wurden diese einer retrospektiven Datenanalyse mittels des Auswertungsverfahrens der Grounded Theory Methodologie unterzogen. Dieser Ansatz wurde gewählt, da mit dem Fokus auf wissenschaftliche Karriereverläufe die Untersuchung eines zu verstehenden Prozesses angestrebt war. Im Mittelpunkt standen das Handeln der Akteure, beeinflussende Rahmenbedingungen und resultierende Konsequenzen (Strübing 2014).

Insgesamt lagen 32 teilnarrative Interviews (Kruse 2015, S. 151) vor, die von März bis Mai 2020 geführt wurden: In einer ersten Gruppe (n = 11) wurden Personen befragt, die innerhalb der letzten fünf Jahre als ProfessorInnen für die Lehre in pflegebezogenen Studiengängen berufen worden waren. Als pflegebezogen galten Studiengänge, die für evidenzbasiertes Pflegehandeln, Lehren in der Pflege oder Management der Pflegeversorgung qualifizieren. Dabei war nicht von Bedeutung, ob die befragten ProfessorInnen an HAWs oder an Universitäten tätig waren. In der zweiten Gruppe (n = 21) waren Personen, die sich in einem pflegebezogenen Masterstudium (n = 11) oder einer Promotion (n = 10) befinden. Die Interviews dauerten 19 bis 58 Minuten.

Der Leitfaden enthielt Erzählauforderungen zum Erleben des wissenschaftlichen Karriereweges und damit verbundene Hürden sowie rückblickend wahrgenommene auslösenden Entscheidungsmomente. Zusätzlich wurden besonders positiv oder belastend erlebte Erfahrungen und die eigenaktive Anteile bei der Gestaltung des Karrierewegs abgefragt. Die Interviews wurden wortwört-

lich mit f4transkript und MAXQDA (2020) transkribiert und in diesem Schritt pseudonymisiert. Die Datenerhebung wurde bis zur theoretischen Sättigung durchgeführt. Die Auswertung erfolgte durch zwei Forschende mit Hilfe von MAXQDA 2020 in den drei Schritten des offenen, axialen und selektiven Codierens. Dabei wurden im Rahmen des offenen Codierens zunächst vielfältige Phänomene und ihre Eigenschaften herausgebildet, die den wissenschaftlichen Karriereweg prägen. Diese wurden zu Kategorien zusammengefasst. Beim axialen Codieren wurden Beziehungen zwischen den extrahierten Kategorien geprüft und erarbeitet. Dafür wurden solche Kategorien ausgewählt, die in Verbindung mit der Forschungsfrage nach den auslösenden Momenten standen. Dabei stellte sich bei wiederholtem Prüfen im Sinne des selektiven Codierens eine Kategorie als Schlüssel- oder Kernkategorie der Untersuchung dar (Strübing 2014, S. 16–19; Equit und Hohage 2016, S. 22). Der gesamte Prozess wurde durch Recordierungen begleitet.

Ethikvotum

Es liegt ein positives Ethikvotum der Gemeinsamen Ethikkommission der Hochschulen Bayerns (GEHBa-202103-V-017) vor.

Ergebnisse: wissenschaftliche Karrieretypen

Als Kernkategorie der vorliegenden Untersuchung zeigte sich ein ausgeprägter Drang der Befragten, die Pflegepraxis zu verändern. Dieser Drang bzw. Veränderungswille resultierte aus Erfahrungen der Befragten in der Pflegepraxis, die sich als auslösende Momente wissenschaftlicher Karrieren darstellen. Abhängig von ihren je unterschiedlichen Erfahrungen er-

griffen die Befragten auch unterschiedliche Handlungsstrategien. Es ließen sich vier wissenschaftliche Karrieretypen identifizieren, die nachfolgend anhand der auslösenden Momente und Zielvorstellungen ihrer wissenschaftlichen Karriere sowie ihrer Handlungsstrategien zur Zielerreichung vorgestellt werden.

Wissenschaftlicher Karrieretyp A: Personen, die die Patientenversorgung mit wissenschaftlichen Erkenntnissen verbessern wollen

Dieser Karrieretyp repräsentiert Befragte, die sich mit Problemen von pflegebedürftigen Menschen und deren Angehörigen konfrontiert sahen, für die noch keine geeigneten pflegerischen Interventionen vorliegen. Zum Zeitpunkt dieser Erfahrung absolvierten die Befragten bereits ein Hochschulstudium oder befanden sich im Studium. Diese Erfahrung einer unzureichenden pflegerischen Versorgung im konkreten Fall rief den Drang hervor, selbst zu dem Phänomen zu forschen, um mit ihren Ergebnissen die Versorgung zu verbessern:

„Mir liegt daran, das zu verbessern, weil mir viele Betroffene und auch Angehörige eben gesagt haben, das ist so ein wichtiges Thema und da muss man eigentlich so viel mehr machen, und die haben von so vielen schlimmen Erfahrungen berichtet, dass ich immer dachte, das ist also schon ein Auftrag, den ich als Pflegewissenschaftlerin annehmen kann (P2,37)“.

Ziel dieses Typs ist es, den Praxistransfer der gewonnenen Ergebnisse in den Pflegealltag als Pflegenden selbst durchzuführen oder diesen z.B. aus der Rolle einer Qualitätsmanagementbe-

auftragten in Pflegeeinrichtungen anzustoßen:

„Ich wollte [...] Erkenntnisse generieren, die ich dann in der Praxis wieder einsetzen kann. Weil wenn ich entdecke [...], wo Menschen diese Kraft hernehmen, dann kann ich diese Momente in der [...] Pflege mehr (P4,34)“.

Wissenschaftlicher Karrieretyp B: Personen, die nach einer besseren Qualifikation für nachfolgende Pflegenden-Generationen streben

Diesem Karrieretyp zuzuordnen sind Befragte, die als beruflich ausgebildete Pflegenden in der Pflegepraxis einen generellen Veränderungsbedarf erkannten. Sie berichten, dass sie „gesehen haben, wie viel Entwicklungsarbeit in der Pflege [...] noch zu leisten ist (P10,8)“. Eine Befragte berichtet, dass es ihr als Pflegenden in der Praxis an Handlungssicherheit gefehlt und sie bei Fragen an die KollegInnen „keine adäquaten Antworten bekommen (D4,12)“ hat.

Vor diesem Hintergrund entwickelten diese Personen die Absicht, sich zu Lehrenden im Bereich Pflege zu qualifizieren, um in dieser Rolle Pflegepersonen besser auszubilden. Sie strebten an, dass zukünftige Pflegenden ein besseres Kompetenzprofil haben, als sie es bei sich selbst in der Rolle der beruflich Pflegenden wahrgenommen haben. Indem sie einen pflegebezogenen Lehramtsstudiengang wie z. B. Pflegepädagogik absolvierten, wollten sie sich die Möglichkeit verschaffen, in Pflegeschulen oder Fort- und Weiterbildungsstätten „eine neue Generation von Pflegenden mit hervorbringen zu helfen, auch mit einem selbstbewussteren und veränderten Berufsverständnis

(D9,56)“. Diese Personen strebten nicht an, klinische Pflegeforschung oder Versorgungsforschung zu betreiben: „Ich wollte jetzt nicht in die Pflegewissenschaft oder in die Forschung, [...] sondern ich möchte tatsächlich vom Herzen heraus lehren (M2,46)“.

Die Befragten berichten, immer schon gerne mit Lernenden gearbeitet bzw. diese gefördert zu haben: „mein erstes Arbeitszeugnis bescheinigt eigentlich schon, dass ich gerne [...] Schüler ausgebildet habe (M2,28)“.

Dieser Karrieretyp interpretiert den Schritt in die Pädagogik nicht als Verlassen der Pflegepraxis, sondern versteht die Lehrerrolle als prägende und treibende Kraft der Pflegepraxis.:

„Also ich bin nicht aus der Pflege herausgegangen, weil ich vom Bett weg wollte, sondern, weil ich schon immer Spaß daran hatte, die Leute mitzunehmen und von meiner Begeisterung [...] anzustecken (M14,26)“.

Wissenschaftlicher Karrieretyp C: Personen, die in der interprofessionellen Kooperation mit ÄrztInnen auf Augenhöhe gelangen wollen

Befragte, die dem Karrieretyp C zugeordnet wurden, machten als beruflich ausgebildete Pflegenden in der interprofessionellen Kooperation mit ÄrztInnen die Erfahrung eines ausgeprägten Hierarchiegefälles. Sie beklagen, dass „die Pflege tatsächlich nur Ärztebeiwerk ist (M3,14)“, dass „gerade im Gesundheitswesen [...] viel zu sehr noch das Gewicht auf der Medizin liegt (P5,53)“ und „da sind nun mal die ärztlichen Strukturen deutlich über der Pflege (M2,64)“. Die Asymmetrie zwischen Medizin und Pflege behinderte sie da-

bei, neue Konzepte wie z. B. Expertenstandards in die Praxis zu implementieren. Sie hatten sich von ÄrztInnenseite mehr Wertschätzung und Anerkennung für ihre Rolle als Pflegende erwartet. Über eine wissenschaftliche Qualifikation einschließlich Promotion wollten sie einen gleichwertigen Status erlangen bzw. Symmetrie im interprofessionellen Kooperationsverhältnis herstellen. Ein/e InterviewpartnerIn berichtet, dass der gewünschte Effekt nach Abschluss der Promotion tatsächlich eingetreten ist und ÄrztInnen anders mit ihr interagierten und kooperierten:

„Also man merkt im Gesundheitswesen sehr stark, dass einen sozusagen eine Promotion unterstützt, [...] vor allem, wenn man es mit den ärztlichen Kolleginnen und Kollegen zu tun hat, da ist die Promotion sehr wichtig. Auch in der Art und Weise, wie man gemeinsam kommuniziert und Dinge angeht (P5,19)“.

Wissenschaftlicher Karrieretyp D: Personen, die dabei ausgebremst oder blockiert werden, Weiterentwicklungsprozesse in der Pflegepraxis zu initiieren

Der Karrieretyp D wird durch Personen gebildet, die während ihrer beruflichen Tätigkeit als beruflich oder hochschulisch qualifizierte Pflegende in der Pflegepraxis lange vergeblich daran arbeiteten, wissenschaftsbasierte Pflegekonzepte zu implementieren. Sie setzten sich zwar intensiv damit auseinander, wie die Implementierung gelingen kann, stießen jedoch auf sehr großen Widerstand und Blockaden:

„Ich bin halt viel gegen Wände gerannt, habe versucht, Umstände in Stationen, wo ich gearbeitet habe,

zu verändern, [...] es wird aber festgehalten an allem, es geht viel um tradierte Werte und festgefahrene Vorstellungen, und da habe ich immer sehr daran gelitten (M4,5)“.

Eine Befragte berichtet, sich angesichts der Beharrungstendenzen der Pflegepraxis „so ohnmächtig gefühlt zu haben (D5,36)“. Von Gefühlen des Ausgeliefertseins berichtet eine Befragte, die in einer pflegewissenschaftlichen Stabsstelle unter einer unterstützenden Pflegedirektion fruchtbare Prozesse in Gang hatte setzen können, dann aber durch einen Leitungswechsel plötzlich mit der Ablehnung und Auflösung ihrer Entwicklungskonzepte konfrontiert war:

„Dann bin ich total in der Luft gehängt. Also das ist logisch, wenn man in so einer Stelle ist, wo man Innovation vorantreiben will in der Praxis, also da ist man auf Gedeih und Verderb wirklich dem Management ausgeliefert. [...] Und dann war für mich klar, okay, dann bin ich hier überflüssig (P3,22)“.

Die Befragten zogen nach einer gewissen Zeit des Haderns Konsequenzen und verließen die Pflegepraxis: „ich habe da kein Land gesehen, und bin [...] in die Flucht gegangen (M4,5)“. Sie erlebten sich in einer paradoxen Situation, ihre Stellen in der Praxis aufzugeben, obwohl sie sehr an der Praxis hingen: „Ich hätte diese Stelle nicht verlassen, [...] wenn ich da eine, also eine Zukunft gesehen hätte für mich, aber es wurde ja gestoppt mehr oder weniger alles (P3,24)“. Personen dieses wissenschaftlichen Karrieretyps verfolgen als Ersatzlösung zu ihrem eigentlichen Berufswunsch die Absicht, sich über eine Professur ein

Handlungsfeld im Bereich Pflege zu erschließen, aus dem heraus sie erfolgreich Entwicklungsprozesse für die Pflegepraxis anstoßen können.

Ergebnisse: Kontext und intervenierende Bedingungen

Es wurden drei verschiedenen Kontextfaktoren identifiziert, die wissenschaftlichen Karrieren und das Handeln wissenschaftlicher Nachwuchskräfte beeinflussen.

Mangelnde Wertschätzung für wissenschaftsbasiertes Pflegehandeln in der Pflegepraxis

Die Befragten berichten, dass in der Pflegepraxis eine ermutigende Haltung fehlt, die den wissenschaftlichen Nachwuchs in seinem Ziel einer hochschulischen Qualifikation bestärkt. Sie beschreiben ein Klima, das gegenüber wissenschaftsbasiertem Pflegehandeln und gegenüber pflegebezogenen Studiengängen von Unwissenheit, Desinteresse oder Ablehnung geprägt ist:

„Ich denke, das beginnt schon dabei, dass [...] da wenig Personen sind, die sie irgendwie bekräftigen oder bestätigen in so eine Richtung zu gehen, so eine akademische Laufbahn, sondern dass die im Feld damit konfrontiert sind, dass die Akademisierung in Frage gestellt wird (P8,40)“. Eine in der Pflegepraxis tätige Masterstudierende erzählt: „Bei uns ist niemand, der von Pflegewissenschaft Ahnung hat, unser Pflegedienstleiter [...] hat da überhaupt keine Vorstellung davon, was es ist, was das überhaupt bedeutet (M4,27)“.

Benannt wird, dass es viele Pflegende und Führungspersonen in der Pflege gibt, die „die Wissenschaftlichkeit [...] in Frage stellen (M14,52)“. Die Befragten betonen,

dass sie „Akzeptanzprobleme innerhalb der eigenen Berufsgruppe (M8,17)“ haben. Sie diskutieren, dass zahlreiche NachwuchswissenschaftlerInnen in der Pflege unter diesen Voraussetzungen die Motivation verlieren, pflegewissenschaftlich zu arbeiten:

„Dann haben die auch keine Lust, wissenschaftlich zu arbeiten (M2,64)“. Außerdem führt das beschriebene Klima in ihren Augen dazu, „dass viele gar nicht in Erwägung ziehen, eine akademische Laufbahn einzuschlagen (M8, 17)“.

Kaum Stellen für hochschulisch qualifizierte Pflegepersonen in Pflegepraxis

Die Befragten stellen fest, dass es in der Pflegepraxis nur in Einzelfällen Stellenprofile gibt, die die Kompetenzen hochschulisch ausgebildeter Pflegepersonen in Aufgabenprofil und Vergütung berücksichtigen. Eine InterviewpartnerIn berichtet von der Reaktion ihrer Einrichtungsleitung, als sie ihren Wunsch nach einem pflegewissenschaftlichen Studium vorbrachte: „Die Pflegedirektorin hat gleich den Kopf geschüttelt [...] und gesagt, das können Sie gerne machen aber von uns gibt es keine Unterstützung. Auch danach sieht sie da bei uns keine Chancen (D4,12)“. Arbeitgebern fehlt, den Befragten zufolge, die Einsicht, „dass [man] irgendwie wissenschaftliche Mitarbeiter auch an einer Klinik beschäftigen kann und auch deren Stellenprofil so nutzen kann, dass es halt auch eine wissenschaftliche Tätigkeit ist und die dann dementsprechend auch vergütet wird (D7,34)“. Eine andere Befragte vermisst von Seiten der Führung eine konzeptionelle Initiative:

„Ich glaube, die Bereitschaft, jetzt auch von Leitungsseite zu sagen, wir gestalten entsprechende Stellen, wir unterstützen Interessierte auf dem Weg, wir vergeben eigene Themen, das ist zu wenig ausgeprägt (P5,53).“

Sie beklagen, dass es für andere Themen gut ausgebaute Stellen gibt, jedoch nicht für pflegewissenschaftliche Fragestellungen: „Hier gibt es nur eine Stabsstelle Hygiene, [...] aber Pflegewissenschaft ist hier nicht gewollt. Und es gibt auch kein Einarbeitungskonzept für Bachelor-Absolvierte (M3,52).“

Die Befragten stellen fest: „mein Bachelor und mein Master zählt [...] nichts in Krankenhäusern (M11,29)“. Sie fassen zusammen, was diese Situation für Betroffene bedeutet: „viele sind ein bisschen verloren (M10,40)“ und „man studiert, gerade wenn man in der Praxis bleiben möchte, ins Blaue hinein (M16,31)“. Eine Promovierende reflektiert, ob sich angesichts dessen die in Hochschulbildung investierten Mittel überhaupt auszahlen: „dann haben die Studierenden keine Perspektive und dieses spezielle Wissen, was sie haben, ist umsonst. Also diese hochschulische Bildung ist ja dann einfach rausgeschmissenes Geld (D5,62).“

Die InterviewpartnerInnen fordern: „dass man da einfach auch Stellen ausschreibt, die, ja, einer akademischen Ausbildung gerecht werden (D9,50)“, „dass man tatsächlich, wenn man einen Bachelor hat oder einen Masterabschluss, dass man dort auch entsprechend bezahlt wird (P9,44)“.

Mangelnde Strukturen der Nachwuchsförderung an Hochschulen

Die Befragten problematisieren, dass nicht nur in der Pflegepraxis, sondern auch an Hochschulen Strukturen wissenschaftlicher Nachwuchsförderung fehlen. Hierzu zählen sie Stellen für studentische Hilfskräfte und wissenschaftliche MitarbeiterInnen. Sie merken kritisch an, „es gibt einen Mangel, weil es noch viel zu wenig Fakultäten gibt (M15,42)“, an denen Nachwuchskräfte sich bis zur Promotion und darüber hinaus entwickeln können: „Das ist letztendlich immer noch schwierig in diesem Bereich, dass man überhaupt eine Promotionsstelle findet (D8,31)“.

Die vorhandenen Stellen erweisen sich ihnen zufolge als finanziell nicht ausreichend attraktiv und durch die Anbindung an drittmittelgeförderte, zeitlich befristete Projekte als zu riskant für die Lebensplanung. Eine der Befragten beschreibt:

„Die Aussichten, [...] als wissenschaftliche Mitarbeiterin zu arbeiten. [...] das waren relativ unattraktive Stellen mit 50%, dann eben befristet und dann nebenbei noch promovieren und dann muss man wahrscheinlich zusätzlich arbeiten, weil man sich sonst keine Wohnung leisten kann (D2,49)“.

Eine andere Befragte ergänzt: „dass das Wissenschaftssystem [...] perspektivfrei erscheint, also es sind schöne Stellen, [...] aber es sind auch Stellen, die zeitlich begrenzt sind, weil sie an Projekten haften (D6,27)“. Hinzu kommt, dass den Befragten Verdienstmöglichkeiten an der Hochschule im Vergleich zu Führungspositionen in der Pflege gering erscheinen:

„Also ich glaube schon, dass es ein Problem ist, einen wissenschaftlichen Mitarbeiter zu gewinnen, der [...] zig tolle andere Möglichkeiten hat, Geld zu verdienen (P2,55)“.

Dass dadurch motivierter wissenschaftlicher Nachwuchs verloren geht, betont eine Masterstudierende:

„Also ich glaube, dass es viele gibt, die würden bleiben und die würden sich auch weiterentwickeln, aber die treffen einfach nicht auf die Bedingungen, dass das greift, sei das finanziell, seien das die Rahmenbedingungen (M10,38)“.

Ergebnisse: Konsequenzen

Wie dargestellt werden konnte, lassen sich wissenschaftliche Nachwuchskräfte in der Pflege vier Karrieretypen zuordnen, die aufgrund unterschiedlicher Auslöser spezifische typabhängige Handlungsstrategien entwickeln, um auf ihre Art - trotz und angesichts der beeinträchtigenden Rahmenbedingungen - die Pflegepraxis verändern zu können. Nachfolgend wird vorgestellt, welche Konsequenzen daraus resultieren. Diese lassen sich nicht nach Karrieretyp unterscheiden, sondern wurden typübergreifend identifiziert. Es handelt sich um Konsequenzen für die wissenschaftlichen Nachwuchskräfte selbst und für die Pflegewissenschaft als Disziplin.

Wenige hochschulisch qualifizierte Vorbilder in Pflegepraxis

Damit mehr junge Menschen dazu motiviert werden, eine wissenschaftliche Karriere in der Pflege einzuschlagen, bräuchte es den Befragten zufolge in der Pflegepraxis dringend Personen, die diesen Weg schon selbst erfolgreich absolviert haben. Eine Befragte beschreibt den Effekt, den diese

Personen auslösen könnten:

„Wenn die jungen Menschen Pflegewissenschaftlerinnen in ihrer Ausbildung erleben oder in ihrem Berufsalltag, die sie begeistern und prägen, dann strecken die sich auch nach akademischen Möglichkeiten (P12,50)“.

Dieser starke und belebende Effekt des Lernens am Modell lässt sich derzeit jedoch nicht erreichen, da angesichts der geschilderten Bedingungen zu wenige hochschulisch qualifizierte AbsolventInnen in der Praxis Fuß fassen können: „Es gibt wenige klassische Vorbilder [...] in der Außendarstellung [...], wo man sich denkt, okay, so würde ich gerne werden (P7,50)“ bzw. „niemanden, an dem man sich orientieren kann (M13,47)“. Bisher müssen wissenschaftliche Nachwuchskräfte diesen Mangel durch ein überdurchschnittlich hohes Maß an intrinsischer Motivation kompensieren, um auch ohne Vorbilder ihren Karriereweg zu bewältigen: „intrinsische Motivation, weil eben von außen die Anreize fehlen (D6,27)“. Wer diese ausgeprägte Fähigkeit nicht hat, lässt sich den Befragten zufolge „abschrecken, weil sie dann nicht so die Eigenmotivation haben (M12,41)“. Der Mangel an Vorbildern stellt ihnen zufolge eine zentrale Barriere und einen relevanten limitierenden Faktor für zukünftige Akademisierungsprozesse dar.

Weg zur Professur ist weit und nicht geradlinig

Eine weitere Konsequenz besteht darin, dass wissenschaftliche Nachwuchskräfte nur über sehr weite Wege zur Professur gelangen, was von einer Befragten als „Ochsentour (P12,36)“ wahrgenommen wird. Sie kommentiert: „Der Weg ist lang. Ich gehöre zu

der Generation, die von der Pike alles gemacht haben, also wirklich vom FSJ bis zur Professur (P12,46)“.

Die Befragten hatten zum Zeitpunkt der Berufswahl Pflege noch keine wissenschaftliche Karriere im Sinn, sondern aufgrund der beschriebenen auslösenden Momente und Rahmenbedingungen hat sich die Professur erst allmählich als berufliche Einmündungsmöglichkeit entwickelt:

„Es war bei mir nicht so, dass ich jetzt irgendwie gezielt gesagt habe, mein Fernziel irgendwann ist mal eine Professur, sondern es ist etwas, was sich im Laufe meines beruflichen Werdegangs entwickelt hat, oder beziehungsweise sich dann auch Optionen ergeben haben, sehr spät (P1,11)“.

Einige der Befragten schildern, dass sich aufgrund der weiten Wegstrecke auch die Herausforderung ergeben hat, Familiengründung und wissenschaftliche Karriere miteinander zu vereinbaren und angesichts der „extremen Doppelbelastung das dann aber doch durchzuhalten (D10,27)“. Sie haben sich häufig gefragt, ob und wie der Spagat weiter gelingen könne, haben dann aber „im Familienrat beschlossen, dass die Mama nochmal studieren geht (M2,28)“.

Trotzdem artikulieren die Befragten keinen Groll darüber, dass der Weg zur Professur lang und mit Strapazen verbunden war. Sie resümieren aber, dass wissenschaftliche Nachwuchskräfte im Bereich Pflegewissenschaft deshalb noch mehr Schlüsselqualifikationen benötigen als Nachwuchskräfte in anderen Bereichen, in denen bereits etablierte Strukturen vor-

liegen: „Mut zu neuen Wegen ist etwas, was man einfach mitbringen muss (P1,17)“ und „also ich finde, dass man offen sein muss und dass sich auch Umwege lohnen (P2,45)“. Zusätzlich muss ihnen zufolge eine ausgeprägte Reflexionsfähigkeit und Flexibilität vorhanden sein, um situativ darauf reagieren zu können, wenn sich Chancen darbieten. Eine Befragte berichtet über sich selbst:

„Ich bin frei genug, noch mal darüber nachzudenken, ob ich jetzt nicht noch mal rechts oder links an diesem Weg noch mal vielleicht eine Kurve mitnehme und dann noch mal auf einen anderen Zweig komme (P2,63)“.

ProfessorInnen pflegebezogener Studiengänge haben außerordentlich hohe Praxisexpertise

Die Befragten betonen, dass sie dankbar über ihre Berufsjahre in der Pflege sind, da sie ihnen einen sehr großen Erfahrungsschatz verschafft haben. Sie beschreiben, wie sie auf diesen nun in der Professur zurückgreifen können und wie dieser sie stärkt:

„Also mir persönlich hat jetzt wirklich sehr viel geholfen, die vielen unterschiedlichen Praxisfelderfunktionen im Gesundheitswesen kennenzulernen. Und aus dem schöpfe ich jetzt in der Lehre, [...] weil ich die unterschiedlichen Logiken und Funktionen, die halt im Gesundheitswesen zusammenkommen, anders bewerten und betrachten und [...] vermitteln kann durch dieses persönliche Erleben (P5,35)“.

Sie stellen fest: „ich kann nur von mir aus sagen, dass jede Berufserfahrung sich gut einspeisen lässt in die Seminare und ich den Leuten was mitgeben kann aus diesen

verschiedenen Feldern (P12,36)“.

Die Befragten berichten, dass die Studierenden dies ganz besonders zu schätzen wissen:

„Ich merke halt immer, wenn ich so Beispiele aus ganz unterschiedlichen Bereichen nehmen kann, dass dann die Leute [...] aufhören, und eine sagte mal [...] am Ende des Semesters, wie breit mein Wissen ist, und da dachte ich mir, das bezieht sich wahrscheinlich auf die vielen Beispiele, die ich bringe, und die so bewusst aus ganz unterschiedlichen Settings gewählt sind. Ja, dass dieser breite Horizont eben gut ankam und wertgeschätzt wird (P12,40)“.

Die Befragten gaben an, sich des Umfangs und des Wertes der Praxiserfahrung während des Beschreitens ihres Karrierewegs gar nicht bewusst gewesen zu sein:

„Also ich merke jetzt, [...] was ich schon an Erfahrung mitbringe. Das ist viel mehr wie ich eigentlich gedacht habe, weil das merkt man nicht, wenn man Jahrzehnt über Jahrzehnt direkt dort arbeitet (P4,70)“.

Bedarf nach Professuren, die Forschung und Lehre mit klinischer Tätigkeit verbinden

Unter den Befragten befanden sich zahlreiche Personen, die den Wunsch nach einer Professur haben, die Forschung und Lehre mit einer klinischen Tätigkeit verbindet. Dadurch möchten sie erstens ihren eigentlich angestrebten Beruf Pflege weiterführen und zweitens das pflegewissenschaftliche Arbeiten in der Pflegepraxis implementieren. Sie stellen sich ein Modell vor, dass sie bei ärztlichen ProfessorInnen in der Praxis erleben:

„Also bei den Medizinern ist zum Beispiel der große Vorteil, die haben [...] geteilte Positionen, zu 50 Prozent in der Praxis, zu 50 Prozent in der Hochschule. [...] dadurch gelingt halt auch ein Theorie-Praxis-Transfer, und das haben wir einfach nicht (P1,33)“.

Stattdessen sahen sie sich gezwungen, sich entweder für eine Professur oder eine klinische Tätigkeit entscheiden zu müssen: „muss ich denn nur Professur machen, oder kann ich nicht auch das machen, was ich so gerne mache, in der Praxis sein? (P2,41)“.

„Das System, das wir haben in der Pflege, also man geht aus der Praxis raus, wenn man in die Richtung [Professur] gehen möchte, und wenn man jetzt auf die Mediziner guckt, die bleiben, also die behalten ihre fachliche Expertise und verbinden Wissenschaftspraxis und Lehre. Und ich muss sagen, [...] das wäre mein Traum gewesen, aber dazu ist ja die Praxis überhaupt nicht bereit (P3,60)“.

Die Befragten überlegen, dass solche Professuren auch eine räumliche Nähe zwischen klinischem Setting und Hochschule bräuchten: „wenn man da Modelle schaffen würde, wie man räumlich sehr nah zueinander finden würde, würde das auch viel erleichtern, weil dann kann ich halt morgens in mein Büro an der Hochschule gehen und nachmittags irgendwie in die Klinik oder in die Praxis (P1,37)“.

Zusammenfassung und grafische Darstellung der Ergebnisse

Die Ergebnisse zeigen, dass die auslösenden Momente für eine wissenschaftliche Karriere im Bereich Pflege über alle Interviews

hinweg Erfahrungen sind, die die Befragten an unterschiedlichen Stellen ihrer beruflichen Biografie in der Pflegepraxis gemacht haben. Dabei kann es sich um die Erfahrung handeln, dass für ein pflegerisches Phänomen oder Problem keine geeigneten Antworten vorliegen (wissenschaftlicher Karrieretyp A), dass die Pflegepraxis allgemein entwicklungsbedürftig ist (wissenschaftlicher Karrieretyp B), dass Pflegende in der interprofessionellen Kooperation von ÄrztInnen nicht ausreichend anerkannt werden (wissenschaftlicher Karrieretyp C) oder dass Implementierungsversuche wissenschaftsbasierter Pflegekonzepte in die Praxis ausgebremst oder blockiert werden (wissenschaftlicher Karrieretyp D). Diese Erfahrungen lösten bei den Befragten einen ausgeprägten Drang aus, die in der Praxis herrschen-

de Situation zu verändern. Da die Praxiserfahrungen und der daraus resultierender Veränderungswille die entscheidende Ursache für das Handeln waren, werden sie als zentrales Phänomen bzw. Kernkategorie der Untersuchung betrachtet.

Die wissenschaftlichen Karrieretypen unterscheiden sich nach den Handlungsstrategien, die sie für die aus ihrer Sicht nötigen Veränderungsprozesse wählen. Sie forschen selbst, um die Pflege mit wissenschaftlichen Erkenntnissen anzureichern (Typ A), qualifizieren sich zu Pflegelehrenden, um Pflegende zukünftig besser auszubilden (Typ B), absolvieren eine wissenschaftliche Qualifikation, um mit ÄrztInnen auf Augenhöhe zu gelangen (Typ C) oder verlassen die Pflege und nehmen eine Professur an, um von dort

aus die Pflege zu verändern (Typ D). Beeinflussende Rahmenbedingungen dieser Ursachen und Handlungsstrategien sind eine mangelnde Wertschätzung für wissenschaftliches Handeln in der Pflege, das Fehlen von Stellen für hochschulisch qualifizierte Pflegepersonen in der Praxis und mangelnde Strukturen der wissenschaftlichen Nachwuchsförderung an Hochschulen. Konsequenz der Handlungsstrategien der wissenschaftlichen Nachwuchskräfte ist, dass es in der Pflegepraxis kaum hochschulisch qualifizierte Vorbilder gibt, dass der Weg zu Professuren weit und nicht geradlinig ist, dass ProfessorInnen über eine außerordentlich hohe Praxisexpertise verfügen und dass ein Bedarf nach Professuren gesehen wird, die Forschung und Lehre mit einer klinischen Tätigkeit verbinden.

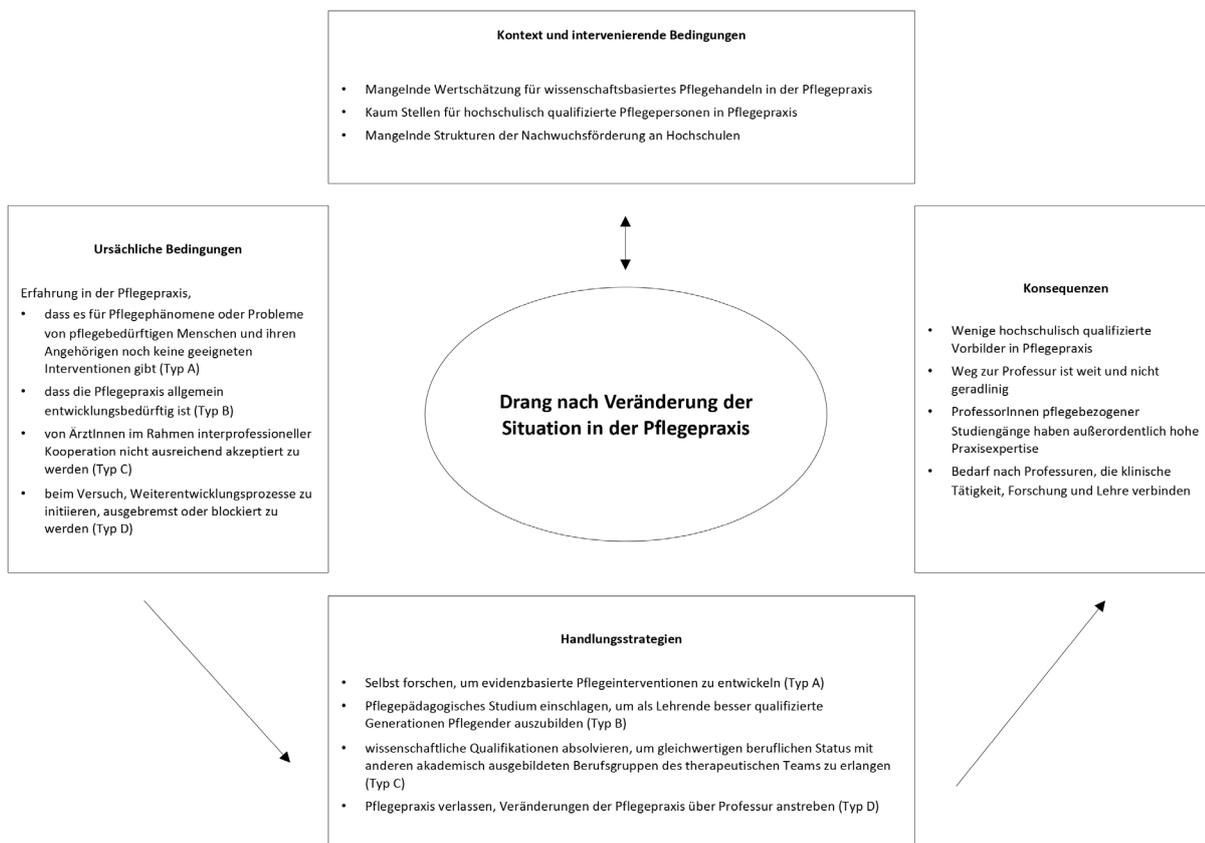


Abbildung 1: Drang nach Veränderung der Situation in der Pflegepraxis als auslösendes Moment wissenschaftlicher Karrieren bis zur Professur in pflegebezogenen Studiengängen

In der Grounded Theory Methodologie nach Strauss und Corbin dient das Kodierparadigma dazu, die aus den Daten gewonnenen Phänomene in einen Strukturzusammenhang zu bringen und hinsichtlich Ursachen, Kontext, Strategien und Konsequenzen zu ordnen (Strübing 2014, S. 24). In Abbildung 1 findet sich das Kodierparadigma, welches in der vorliegenden Untersuchung erstellt wurde.

Diskussion

Der wissenschaftliche Karriertyp A beschreibt Personen, die die Patientenversorgung mit wissenschaftlichen Erkenntnissen verbessern wollen und von einer Leidenschaft für das eigene Forschungsthema motiviert sind. Dieser Typ korrespondiert mit dem sogenannten Selbstentfaltungstypen, der bei WissenschaftlerInnen verschiedenen Disziplinen beschrieben wird und besonders erfolgreich in der Bewältigung der Hürden auf dem Karriereweg ist (Matthies 2016, S. 36–37). Über schwierige Stellen des Karriereweges wird er von einem Selbstwirksamkeitsgefühl getragen, das Oevermann (2005, S. 46) als „strukturellen Optimismus“ bezeichnet. Dass ein vergleichbarer wissenschaftlicher Karriertyp in der Pflegewissenschaft anzutreffen ist, ist positiv zu werten. Unsere Ergebnisse verweisen nämlich darauf, dass in der Pflegewissenschaft aufgrund der mangelnden Unterstützung der Pflegepraxis und der dortigen Führungspersonen die intrinsische Motivation wissenschaftlicher Nachwuchskräfte besonders hoch sein muss, um die Karriere zu bewältigen. Ansatzpunkt einer Nachwuchs-Förderstrategie sollte es daher sein, die Entwicklung des Selbstentfaltungstypen bereits im Bachelorstudium zu fördern. Hierfür ließen sich

für Studierende in Forschungsprojekten Mitwirkungsmöglichkeiten schaffen, um ihr Interesse für die Pflegeforschung und ihre Neugier am selbständigen Generieren von Forschungsergebnissen zu stärken. An den Hochschulen bedarf es dafür forschungsaktiver ProfessorInnen, die Studierende in Forschungsprojekten Erfahrungen sammeln lassen.

Matthies (2016, S. 35–39) hat als zweiten Karriertyp den Selbstentgrenzungstypen identifiziert, der in seiner wissenschaftlichen Karriere primär extrinsisch motiviert handelt. Er wählt seine Forschungsthemen auf Grundlage eines Kalküls, z. B. hinsichtlich Publikationschancen und nimmt große Nachteile, z. B. das Opfern privater Beziehungen, in Kauf, um schneller als MitbewerberInnen zu sein. In den vorliegenden Ergebnissen lassen sich keine Anhaltspunkte dafür finden, dass es den Selbstentgrenzungstypen in der Pflegewissenschaft gibt.

Alberth et al. (2016, 59 ff.) identifizieren in Interviews mit WissenschaftlerInnen den sogenannten zentrifugalen Typen. Dabei handelt es sich um AkteurInnen, die damit hadern, ob es gelingen kann, eine wissenschaftliche Karriere mit einer Familie zu verbinden. Mit dem Vergleich der Zentrifuge wird symbolisiert, dass sich diese wie „eine Kugel im Flipperautomaten“ (Alberth et al. 2016, S. 62) zwischen den Rollen gejagt fühlen. Sie fühlen sich verunsichert und verausgabt – auch dann noch, wenn sie sich in einer Professur etablieren konnten. Die vorliegenden Ergebnisse bestätigen, dass im Bereich Pflegewissenschaft, aufgrund des weiten Weges wissenschaftlicher Karrieren, für viele Nachwuchskräfte die Herausforderung eintritt, wissenschaftliche Qualifikation

und Familiengründung vereinen zu müssen. Angesichts dieser Tatsache sollte eine familienfreundliche Hochschulkultur integraler Baustein eines Förderkonzeptes sein.

Der Mangel an geeigneten Stellen für hochschulisch qualifizierte Pflegepersonen in der Praxis ist als große Barriere für die Weiterentwicklung der Pflegewissenschaft zu werten. Dies hat den Ergebnissen zufolge unterschiedliche Gründe:

Erstens fehlen in der Praxis Personen, die zur Dissemination und praktischen Anwendung neuen pflegewissenschaftlichen Wissens beitragen können (Nowell 2015, S. 2). Der von den Befragten geäußerte Wunsch nach Professuren, die neben Forschung und Lehre eine klinische Tätigkeit ermöglichen, sollte deshalb aufgegriffen werden. Ziel wäre dabei nicht nur, dass die InhaberInnen solcher Professuren selbst eine Pflege auf wissenschaftlicher Grundlage durchführen und vorantreiben, sondern dass sie sich auch in die Entwicklung und Implementierung eines beruflichen Einmündungskonzeptes für hochschulisch qualifizierte Pflegepersonen aller Qualifikationsebenen einbringen. Bisher scheint es den Ergebnissen der vorliegenden Untersuchung zufolge in der Praxis an Interesse, Wissen und Akzeptanz für eine solche Konzeptentwicklung zu mangeln.

Zweitens gibt es aufgrund des Mangels an geeigneten Stellen in der Pflegepraxis unter den wissenschaftlichen Nachwuchskräften zu wenige Personen, die neben Forschungsexpertise auch die für Professuren erforderliche, nach dem Studium erworbene, außerhochschulische Praxiserfahrung vor-

weisen können (z. B. Art. 7 Abs. 3 Nr. 3 Bayrisches Hochschulpersonalgesetz (BayHSchPG)). Die Ergebnisse von In der Smitten et al. (2017, S. 34) verweisen darauf, dass 23% der BewerberInnen für HAW-Professuren im Bereich Gesundheit deshalb ausgeschlossen werden. Die Befragten der vorliegenden Untersuchung haben ihre reichhaltige Praxiserfahrung zu großen Teilen als beruflich qualifizierte Pflegende erworben, was in Berufungsverfahren jedoch nicht anerkannt wird. Hier ist eine Verengung des Flaschenhalses für wissenschaftliche Karrieren im Bereich Pflegewissenschaft zu erkennen. Das oben geforderte berufliche Einmündungskonzept könnte hier Abhilfe schaffen.

Neuartig in der vorliegenden Untersuchung ist der wissenschaftliche Karrieretyp D, der beim Versuch der Umsetzung pflegewissenschaftlicher Konzepte in der Pflegepraxis regelrecht von dort vertrieben wird. Für Personen dieses Typs ist die Professur nicht die berufliche Wunschlösung, sondern ein Kompromiss. Anhand dieses Typus zeigt sich, dass Stellenprofile für hochschulisch qualifizierte Pflegepersonen in der Pflegepraxis alleine nicht ausreichen werden, um diesen ein sinnstiftendes Arbeitsleben in der Pflegepraxis zu ermöglichen. Denn für Befragte des wissenschaftlichen Karrieretyps D gab es in der Pflegepraxis zwar ein Stellenprofil, ein anti-akademisches Klima sowie damit verbundene Widerstände nahmen ihnen jedoch die erforderlichen Handlungsmöglichkeiten. Dass hervorragend qualifizierte Kräfte die Pflegepraxis aus Verzweiflung verlassen, weil ihre Kompetenz dort als Störung statt als Bereicherung wahrgenommen wird, stellt ein fatales und für die Akademisierung der Pflege sowie die Entwick-

lung der Pflegewissenschaft als Disziplin destruktives Signal dar, das geeignete Nachwuchskräfte nachhaltig davon abschrecken kann, selbst eine akademische Laufbahn zu beschreiten. Die Untersuchungsergebnisse zeigen, dass es in der Pflegepraxis an dringend benötigten hochschulisch qualifizierten Vorbildern für junge Menschen fehlt. Die Erkenntnisse über den wissenschaftlichen Karrieretyp D lassen befürchten, dass die Anzahl der potenziellen Vorbilder weiter sinkt. Ergebnisse einer deutschlandweiten Verbleibstudie von AbsolventInnen grundständiger Studiengänge durch Baumann und Kugler (2018, S. 8) geben keinen Anlass zu Hoffnung auf Besserung dieses Zustandes, da der Großteil der Befragten angab, das Praxisfeld bald verlassen zu wollen. Neben einem beruflichen Einmündungskonzept bedarf es deshalb einer systematischen Praxisentwicklung in den Einrichtungen, die auch das Potenzial hat, ein veränderungsfreundlicheres Arbeitsklima zu schaffen. Das strategische Rahmenkonzept der Praxisentwicklung, welches Eberhardt (2017, 2018) auf Grundlage von McCormack et al. für das Klinikum Neumarkt erarbeitet hat, kann hierfür eine hilfreiche Grundlage bieten.

Limitationen

Die Interviews wurden pandemiebedingt via Telefon geführt und aufgezeichnet. Ein persönliches Gespräch hätte möglicherweise zu noch aussagekräftigeren Ergebnissen geführt.

Es wurden nur Personen aus dem direkten und indirekten Netzwerk der AutorInnen befragt, sodass die dargestellten Ergebnisse nicht für alle ProfessorInnen, Promovierenden und Masterstudierenden im Pflegebereich in Deutschland

zutreffen müssen. Eine quantitative deutschlandweite Befragung mittels eines Fragebogens, dessen Items aus den Interviewergebnissen geniert werden, könnte die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung unterstreichen.

In die Stichprobe waren ProfessorInnen von HAWs und von Universitäten eingeschlossen. Bei einer nächsten Befragung sollten beide Gruppen getrennt voneinander untersucht werden, um Unterschiede prüfen zu können.

Ausblick

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung zeigen Handlungsbedarf in der Entwicklung eines beruflichen Einmündungskonzeptes für wissenschaftliche Nachwuchskräfte in der Pflegepraxis sowie in der Entwicklung von Strukturen der Nachwuchsförderung an Hochschulen. Beiden Bedarfen lässt sich aus Sicht der AutorInnen mit dem Aufbau sogenannter Hochschul-Praxis-Partnerschaften begegnen. Das „Living Lab in Ageing and Long-Term Care“ der Universität Maastricht (Niederlande) in Kooperation mit Langzeitpflegeeinrichtungen der Region Limburg (Verbeek et al. 2020) und die „Akademie-Praxis-Partnerschaften“ des Instituts für Pflegewissenschaft der Universität Basel (Schweiz) mit Akutkrankenhäusern, Langzeitpflegeeinrichtungen und einer Psychiatrischen Klinik (Universität Basel) können hierfür als Vorbild dienen.

Hochschul-Praxis-Partnerschaften etablieren Strukturen zu einem systematischen praxisbezogenen wissenschaftlichen Kompetenzauf- und -ausbau für akademisch qualifizierte Pflegende auf Master-, Promotions- oder Post-Doc-Niveau in Pflegeeinrichtungen. Basierend auf den Erfahrungen

der beiden Beispiele sollte an möglichst vielen Hochschulstandorten mit pflegebezogenen Studiengängen in Kooperation von Hochschulen und Pflegeeinrichtungen ein geeignetes Konzept entwickelt, umgesetzt und evaluiert werden. Schwerpunkt soll hier auf die Bearbeitung von Forschungs- und Entwicklungsthemen spezifischer Pflegeprobleme oder Versorgungssituationen in der Praxis gelegt werden, die über alle Qualifikationsniveaus hinweg verfolgt werden können.

In der Praxis sollen potentielle Themen identifiziert werden, die sich als kleinere, handhabbare Projektthemen für Studienarbeiten im Bachelorstudium eignen. Aufbauend auf den Vorarbeiten, können Themen während der Qualifikation auf Masterniveau in der Praxis weiter bearbeitet werden. Hierfür wird die Finanzierung eines Stellenanteils von 25% in der Pflegepraxis als sinnvoll und notwendig erachtet. In der Promotionsphase soll das begonnene Forschungs- und Entwicklungsthema ausgebaut werden. Eine Möglichkeit der engen Anbindung an die Pflegepraxis ist die externe Promotion, in der Mitarbeitende neben einer Stelle in der Praxis an einer Hochschule zu einem praxisbezogenen Thema arbeiten. Problematisch dabei sind die Doppelbelastung und eine fehlende Anbindung an eine Arbeitsgruppe, um sich in methodischen und strategischen Fragen auszutauschen. Hier wäre ein Ansatzpunkt, von Seiten der Pflegeeinrichtung eine Teilstelle im Umfang von 25% zur Verfügung zu stellen.

Nach erfolgreicher Promotion kann eine Stabsstelle, entweder im Bereich „Erweiterte Pflegepraxis“ (ANP) oder „Pflegeentwicklung und -wissenschaft“ den nöti-

gen Freiraum bieten, um das bis dahin entwickelte Profil zu erweitern und zu ergänzen. Die Stelle ist zum Aufbau und der Führung einer Forschungsgruppe sowie zur Steigerung der Drittmittelaktivitäten im genannten Forschungsbereich zu sehen. Eine solche Stabsstelle sollte je zur Hälfte in der Pflegepraxis und an der Hochschule angesiedelt sein, um Lehrerfahrungen zu intensivieren. Dies käme auch dem Wunsch der Befragten in der vorliegenden Untersuchung nach, Forschung und Lehre mit einer klinischen Tätigkeit zu verbinden.

Zusätzlich zur skizzierten Personalentwicklung bietet das Konzept der Hochschul-Praxis-Partnerschaft die Chance der Weiterentwicklung einer evidenzbasierten Pflegepraxis, was dann auch die dringend erforderliche Akzeptanz für wissenschaftsbasiertes Pflegehandeln und hochschulisch qualifizierte Pflegepersonen in der Praxis stärken könnte.

Interessenkonflikterklärung: Alle beteiligten AutorInnen erklären hiermit, dass keine Interessenkonflikte bestehen.

Finanzierung des Projekts: Das Projekt wurde vom BMBF (03FHP087) gefördert.

Literatur

Alberth, Lars; Hahn, Matthias; Wagner, Gabriele (2016): Wissenschaftler-Karrieren scheitern nicht. Zur Herstellung von „Karriere“ in Karriereerzählungen von WissenschaftlerInnen. In: Julia Reuter, Oliver Berli und Manuela Tischler (Hg.): Wissenschaftliche Karriere als Hasard. Eine Sondierung. Frankfurt: Campus Verlag, S. 49–76.

Baumann, Anna-Lena; Kugler, Christiane (2018): Berufsperspektiven von Absolventinnen und Absolventen grundständig qualifizierender Pflegestudiengänge – Ergebnisse einer bundesweiten Verbleibstudie. In: Pflege 32 (1), S. 7–16. DOI: 10.1024/1012-5302/a000651.

Bayrisches Hochschulpersonalgesetz (BayHSchPG): Art. 7, Abs. 3, Nr. 3: Bayerisches Hochschulpersonalgesetz (BayHSchPG), 23.05.2006.

Bundesministerium für Bildung und Forschung (30.05.2017): Bewerbermangel für Professuren an Fachhochschulen. Online verfügbar unter <https://www.bmbf.de/de/bewerbermangel-fuer-professuren-an-fachhochschulen-4256.html>, zuletzt geprüft am 27.05.2021.

Darmann-Finck, Ingrid; Reuschenbach, Bernd (2018): Qualität und Qualifikation: Schwerpunkt Akademisierung der Pflege. In: Klaus Jacobs (Hg.): Pflege-Report 2018. Qualität in der Pflege, Berlin: Springer, S. 163 - 170.

Eberhardt, Doris (2018): Part of something bigger. Integration akademischer Berufsrollen am Klinikum Neumarkt. Forum berufliche Einmündung. Technische Hochschule Rosenheim, 27.09.2018.

Eberhardt, Doris (2017): Praxisentwicklung als strategischer Rahmen für die Implementierung akademischer Pflegerollen. In: Klinische Pflegeforschung, 3, 15-27

Equit, Claudia; Hohage, Christoph (Hg.) (2016): Handbuch Grounded Theory. Von der Methodologie zur Forschungspraxis. Weinheim: Beltz Juventa.

In der Smitten, Susanne in der; Sembritzki, Thorben; Thiele, Lisa; Kuhns, Johannes; Sanou, Amadou; Valero-Sanchez, Marco (2017): Bewerberlage bei Fachhochschulprofessu-

ren (BeFHPro): Deutsches Zentrum für Hochschul- und Wissenschaftsforschung (DZHW).

Kruse, Jan (2015): Qualitative Interviewforschung. Ein integrativer Ansatz. Weinheim: Beltz Verlagsgruppe.

Matthies, Hildegard (2016): Akademischer Hazard und berufliche Identitäten. In: Julia Reuter, Oliver Berli und Manuela Tischler (Hg.): Wissenschaftliche Karriere als Hasard. Eine Sondierung. Frankfurt: Campus Verlag, S. 29–48.

Nowell, Lorelli (2015): Mentorship in nursing academia: a systematic review protocol. In: Syst Rev. 4:16.

Oevermann, Ulrich (2005): Wissenschaft als Beruf. Die Professionalisierung wissenschaftlichen Handelns und die gegenwärtige Universitätsentwicklung. In: Die Hochschule. Journal für Wissenschaft und Bildung 14 (1), S. 15–51.

Reuschenbach, Bernd; Darmann-Finck, Ingrid: Pflege studieren – Intentionen, Strukturen und Erfahrungen. In: Sah-

mel, Karl-Heinz (Hrsg): Hochschuldidaktik der Pflege und Gesundheitsfachberufe, S. 63–75.

Reuter, Julia; Berli, Oliver; Tischler, Manuela (2016): Wissenschaftliche Karriere als Hasard. Eine Sondierung. In: Julia Reuter, Oliver Berli und Manuela Tischler (Hg.): Wissenschaftliche Karriere als Hasard. Eine Sondierung. Frankfurt: Campus Verlag, S. 7–26.

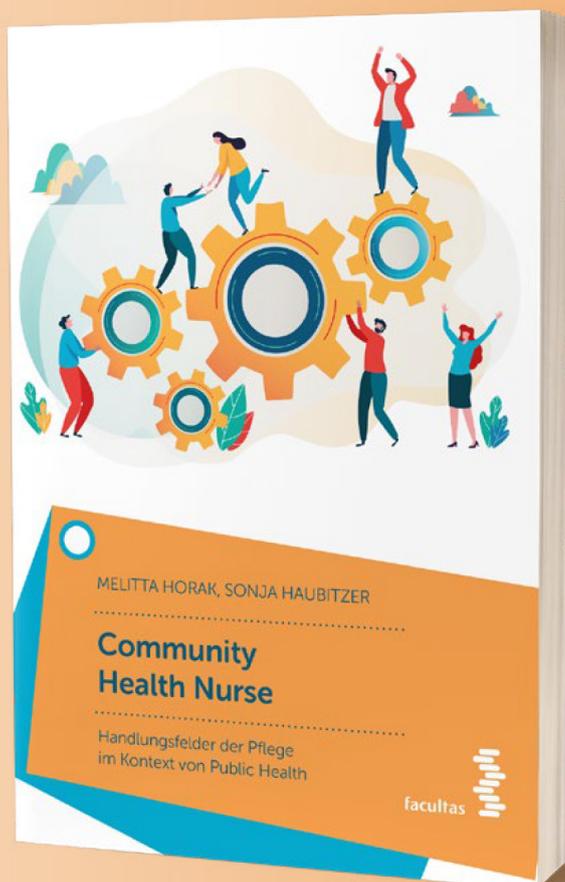
Reuter, Julia; Vedder, Günther (2016): Nachwuchssorgen? Wissenschaftliche Karriere mit Kind oder was die Wissenschaft von anderen Beschäftigungssystemen lernen kann. In: Julia Reuter, Oliver Berli und Manuela Tischler (Hg.): Wissenschaftliche Karriere als Hasard. Eine Sondierung. Frankfurt: Campus Verlag, S. 235–264.

Strübing, Jörg (2014): Grounded Theory: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Universität Basel (Hg.): Partnerschaften. Pflegewissenschaft - Nursing Science (INS). Online verfügbar unter <https://nursing.unibas.ch/de/ins/partnerschaften/#c1797>, zuletzt geprüft am 08.07.2020.

Verbeek, Hilde; Zwakhalen, Sandra M. G.; Schols, Jos M. G. A.; Kempen, Gertrudis I. J. M.; Hamers, Jan 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. In: The journal of nutrition, health & aging 24 (1), S. 43–47. DOI: 10.1007/s12603-019-1288-5.

Weber, Max (2018): Wissenschaft als Beruf. [Nachdr.]. Stuttgart: Reclam (Universal-Bibliothek, 9388).



Melitta Horak, Sonja Haubitzer

Community Health Nurse

Handlungsfelder der Pflege im Kontext von Public Health

facultas 2021

156 Seiten, broschiert

EUR 24,90 (A) / 24,20 (D) / sFr 31,- UVP

ISBN 978-3-7089-2107-5

e-ISBN-978-3-99111-336-2

Erhältlich im Buchhandel oder auf
[facultas.at](https://www.facultas.at)

facultas



Ausbildungsbücher

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



DGKP



PFA



PA



weitere Berufe ...

Praxisbücher

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



Erwachsenenschutz



Patientenverfügung



Recht in Palliative
Care



Ass. Suizid /
Sterbehilfe



Juristische Seminare / Fortbildungen (auch online)

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

forum@gesundheitsrecht.at
www.gesundheitsrecht.at



Eingereicht: 04.07.2021
Genehmigt: 15.08.2021

doi: 10.52205/llig/15

Dr. phil. Joachim von der Heide, M.A.

Dipl.-Pflegepädagoge (FH)
Examiniertes Krankenschwester,
Studium der Pflegepädagogik
und Personal- und Organisationsentwicklung. Abschluss
Dr. phil. am Department für
Pflegewissenschaft mit dem
Schwerpunkt Pflegepädagogik
an der UMIT Tirol. Derzeit
Studiengangsleiter des Bachelorstudiums
Pflegewissenschaft 2in1-Modell sowie des
Masterstudiengangs ANP an der
Paracelsus Medizinische Privatuniversität
(PMU) in Salzburg.

Kontakt: Joachim.Heide@pmu.ac.at



Prof. Dr. paed. habil. Karl-Heinz-Sahmel

1997 – 2018 Professor für
Pflegepädagogik an der Hochschule
Ludwigshafen;
seit 2009 apl. Professor am
Institut für Pflegewissenschaft
der UMIT Tirol, Hall in Tirol.; seit
2019 Professor für Medizinpädagogik
an der SRH Hochschule für
Gesundheit, Campus Stuttgart.

Kontakt: Karl-Heinz.Sahmel@t-online.de



„Es eckt halt einfach noch...“

Das Habituskonzept und die Akademisierung im Feld der Pflege

Abstract Deutsch

Hintergrund: Auf nationaler wie internationaler Ebene werden Bestrebungen zur Aufwertung des Pflegeberufes deutlich. Studien konnten aufzeigen, dass eine wissenschaftlich orientierte Pflege auf akademischem Niveau nachweislich die Mortalitätsrate in Krankenhäusern senken kann, die Evidence von Pflegeinterventionen jedoch noch nicht umfangreich berücksichtigt wird. Österreich reagierte im Jahr 2016 mit einer Novelle des GuKG, welche als Kernstück die Ansiedlung der Ausbildung auf tertiärem Niveau beinhaltet.

Ziele: Die Auswirkung der Akademisierung des Pflegeberufes soll in dieser Arbeit aufgezeigt werden. Da neue Berufszweige innerhalb der Pflege in das Feld der Pflege einmünden, soll empirisch dargelegt werden, wie akademisch ausgebildete Pflegenden in das soziale Feld der Pflege einmünden, welchen Einfluss dies auf den Habitus der Pflege hat und ob durch die Akademisierung Grenzen innerhalb des Feldes verschoben werden können.

Methoden: Den theoretischen Rahmen bilden die praxeologischen Annahmen Bourdieus zu Habitus, Kapital und Feld. In einem qualitativen Design wurden 14 Experteninterviews mit akademisch ausgebildeten Pflegenden sowie zwei Gruppendiskussionen mit insgesamt zwölf diplomierten Pflegenden in Leitungsfunktion durchgeführt. Anhand einer methodischen Triangulation wurden die Ergebnisse zusammengeführt und diskutiert.

Ergebnisse: Die Ergebnisse zeigen auf, dass durch die Akademisierung verschiedene Einflüsse auf das soziale Feld der Pflege einwirken. Die Einflüsse sind auf verschiedene Faktoren zurückzuführen, welche

sich in der Berufsgruppe der Pflegenden selbst, aber auch durch Einflüsse angrenzender sozialer Felder begründen. Hemmende und fördernde Faktoren zur Grenzverschiebung konnten aufgezeigt werden. Fehlende Auseinandersetzung mit dem Berufsbild und nicht klar formulierte Aufgabenbeschreibungen erschweren eine homogene Zusammenführung der einzelnen Gruppen.

Schlussfolgerung: Das Interesse an professioneller Pflege sowie am Erhalt des Feldes ist klar erkennbar, jedoch stehen eine traditionelle Arbeitsweise dem Wunsch nach einer wissenschaftlich orientierten Pflege gegenüber. Der Einfluss der theoretischen Lernorte verändert den Blick auf die Pflege und die Bildung eines neuen Habitus der akademisch ausgebildeten Pflegenden kann vermutet werden. Zur vollständigen Einbindung wissenschaftlicher Erkenntnisse in die pflegerische Praxis müssen jedoch weitere Anpassungen der Rahmenbedingungen vorgenommen werden.

Schlüsselwörter: Bourdieu, Habitus, soziales Feld, Gesundheits- und Krankenpflege, Akademisierung

Abstract Englisch

Background: At both the national and international level, efforts to enhance the status of the nursing profession are prevalent. Studies have shown that academically educated science-oriented nursing can demonstrably reduce mortality rates in hospitals, but that the evidence of nursing interventions is not yet fully taken into account. In 2016, Austria reacted with an amendment to the GuKG, representing the core of nursing training at the tertiary level.

Objectives: The aim is to show the effect of academization on the nur-

sing profession. Since new branches of the nursing profession are entering the field of nursing, an empirical analysis will show how academically trained nurses enter the social field of nursing, what influence this has on the habitus of care and whether academization can shift borders within the profession.

Methods: The theoretical framework is based on Bourdieu's praxeological assumptions about habitus, capital and field. In a qualitative design, 14 expert interviews with academically trained nurses as well as two group discussions with all in all 12 certified nurses in leadership positions were conducted. Using a methodical triangulation, the results were merged and discussed.

Results: The results show that academization has various influences on the social field of nursing. The influences are based on various factors, which stem from the nursing professionals themselves, but also come from adjacent social fields. Inhibiting and promoting factors responsible for the shifting boundaries could also be shown. A lack of understanding of the professional profile and unclearly formulated job descriptions complicate to homogeneously unite the individual groups.

Conclusion: The interest in professional nursing and its preservation is apparent, but a traditional way of conduct is faced by the desire for scientifically oriented nursing. The places of theoretical learning change the view on nursing and the formation of a new habitus of academically trained nurses can be assumed. However, in order to fully integrate scientific findings into nursing practice, further adjustments to the framework must be made.

Keywords: Bourdieu, Habitus, social field, nursing, academization

Ausgangslage

Das soziale Feld der Pflege ist historisch gewachsen. Es hat sich durch Einflüsse kirchlicher Einrichtungen, aber auch angrenzender Felder wie die Medizin, Ökonomie oder Politik über viele Jahre hinweg zu seiner heutigen Stellung im Gesundheitswesen entwickelt. Nach wie vor gelten Pflegenden aufgrund ihrer dauernden Nähe zu den Patientinnen und Patienten als Schnitt- und Schaltstelle in der Patientinnen- und Patientenversorgung.

Medial erlangt der Pflegeberuf unregelmäßig öffentliche Aufmerksamkeit, zum Beispiel bei Gehaltsverhandlungen durch die gewerkschaftlichen Vertretungen oder auch bei drohenden gesellschaftsweiten Gesundheitsproblemen, wenn die Gefahr besteht, dass ein akutes Anwachsen der zu behandelnden Menschen zu erwarten ist. In der „Corona-Krise“ etwa wurden Pflegekräfte für „systemrelevant“ erklärt und erhielten öffentlichen Applaus. Die Darstellung des Pflegeberufs in den Medien orientiert sich jedoch weniger am Berufsbild, sondern eher an den gesellschaftlichen Bedürfnissen. Ebenfalls ist zu erkennen, dass die erhöhte Aufmerksamkeit auch schnell wieder schwindet, sobald ein akutes, auf die Gesundheit bedrohlich wirkendes Ereignis abflacht oder als Normalität in das tägliche Leben einzieht.

Habituskonzept

Pierre Bourdieu hat in seinem sehr vielschichtigen soziologischen Werk ein Konzept entwickelt, das als „Habitus“ breit rezipiert worden ist (vgl. Bourdieu 1997; 2014a; 2020). Er versucht eine Verbindung herzustellen zwischen der Entwicklung des Individuums innerhalb des gesellschaftlichen Kontextes. Einerseits entwickelt

jeder Mensch seine spezifische Persönlichkeit, andererseits übernimmt er innerhalb von Bildungs- und Sozialisationsprozessen stets auch überlieferte gesellschaftliche Strukturen. Anhand von Bourdieus Theorie lässt sich die Funktion des Habitus` innerhalb eines sozialen Feldes bestimmen. Für die aktuelle Situation der Pflegenden bedeutet dies, dass es auf der einen Seite eine individuelle Dynamik gibt, die auf der anderen Seite durch überkommene Strukturen stark eingeschränkt wird. Nicht die Individuen verändern die sozialen Verhältnisse, sondern bestimmte Kräfte wirken stets durch das soziale Handeln hindurch. Bourdieu legt bei seiner Analyse der sozialen Felder, die aufeinander wirken, Wert darauf heraus zu arbeiten, wie sich die gesellschaftlichen Strukturen im individuellen Handeln stets wiederfinden.

Das soziale Feld der Pflege

Unter diesem Blickwinkel kann das soziale Feld der Pflege in seiner neuartigen Dynamik untersucht werden: auf der einen Seite haben Pflegekräfte seit zwei Jahrhunderten keinen voll anerkannten Status im Gesundheitswesen und werden in der Gesellschaft immer wieder nur zum Hilfsberuf der ärztlichen Profession degradiert, auf der anderen Seite ändert sich diese Situation gerade grundlegend durch die neue Akademisierung der Pflege (Schroeter in Schroeter & Rosenthal, 2005). Ob sich dadurch allerdings tatsächlich die herrschenden Strukturen und Handlungsmuster ändern, also der Habitus der Pflegekräfte sich wandelt, bleibt eine spannende Frage. Was überwiegt: die historische Überlieferung oder die Innovation durch Akademisierung? Oder knapper: ändert sich der sehr lange gewordene Habitus von Pflege innerhalb des Gesund-

heitssysteme? Diese Frage wird hier nicht abschließend beantwortet, sondern nur angerissen.

Zur Beschreibung der Praxis eines Feldes hat Bourdieu die Formel „[(Habitus) (Kapital)] + Feld = Praxis“ (Bourdieu, 2014a: 175) definiert. Sie besagt, dass der Habitus einer Akteurin oder eines Akteurs in Verbindung mit ihrem oder seinem eingebrachten Kapital und den akzeptierten Gewohnheiten des Feldes die Praxis bestimmen. Das soll näher beleuchtet werden.

Professionalisierung und Berufsbild

Verschiedene nationale und internationale pflegerische Institutionen fordern seit vielen Jahren eine Adaptierung der Ausbildung in der Pflege sowie der Rahmenbedingungen an die aktuell sich ändernden Verhältnisse. Die WHO (2015) konstatiert, dass aufgrund der Komplexität des Berufsfeldes der Pflege sich die Kenntnisse, die Qualifikationen und die veränderten Modelle zur Leistungserbringung ändern müssen. Vor allem plädiert sie für eine einheitliche Ausbildungsstruktur, welche sich aktuell global noch sehr unterschiedlich darstellt. Sehen einige Länder die Ausbildung als ausreichend an, fordern andere Länder einen universitären Abschluss als Mindeststandard für den Einstieg in das Berufsleben (WHO, 2009).

Durch die Novelle des Krankenpflegegesetzes (GuKG) im Jahr 2016 reagierte Österreich auf diese Forderungen, allerdings wurde die Pflege vor neue Herausforderungen gestellt. Neben der An siedelung der Pflegeausbildung auf tertiärem Niveau an Fachhochschulen wurden das Berufsbild sowie die Kompetenzbereiche neu definiert.

In der aktuell gültigen Fassung des GuKG wird in den allgemeinen Berufspflichten eine professionelle Herangehensweise an Pflegetätigkeiten anhand aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse gefordert (§4, Abs. 1 GuKG). Darüber hinaus haben sich Pflegende über die neuesten Entwicklungen und Erkenntnisse in der Gesundheits- und Krankenpflege sowie in anderen berufsrelevanten Wissenschaften regelmäßig fortzubilden (§4, Abs. 2 GuKG). Die im GuKG formulierten pflegerischen Kernkompetenzen beschreiben den eigenständigen, autonomen Aufgabenbereich der Pflegenden des gehobenen Dienstes der Gesundheits- und Krankenpflege, welcher u.a. die Gesamtverantwortung für den Pflegeprozess sowie die eigenständige Planung, Durchführung und Evaluation der Pflegemaßnahmen vorsieht. Ebenso wird hier die Gesundheitsförderung und -beratung zur Gesundheits- und Krankenpflege sowie die aktive Teilnahme an Pflegeforschung bzw. die Umsetzung von Forschungsergebnissen in die Praxis aufgezeigt (§14, Abs. 1-2 GuKG). Die Fähigkeit, Medizinprodukte weiterverordnen zu können (§15a, GuKG), zeigt einen Schritt in Richtung Autonomie auf und fordert dabei einen analytischen und reflektierten Blick von Pflegenden in der Umsetzung des Pflegeprozesses.

Eylmann (2015) hat in ihrer Habitus-Studie aufgewiesen, dass Pflegende häufig eine übersteigerte Berufsmotivation („ich will helfen“) zeigen, welche trotz begrenzter Rahmenbedingungen durchgesetzt wird. Die Patientinnen- und Patientenversorgung steht im Vordergrund, Veränderungsprozesse werden nur initiiert, wenn es die zeitlichen Ressourcen zulassen. Die Haltung der Pflegenden ent-

spricht also nur in Ansätzen den Forderungen, die per Gesetz an die Berufsgruppe gestellt werden, da die antrainierte berufliche Bescheidenheit sich maßgeblich auf das berufliche Selbstverständnis ausgewirkt hat (Rixe, Lühr & Schulz, 2017).

Bedeutung der Akademisierung

Durch die Akademisierung der Pflege, welche im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) 2016 beschlossen wurde, kann eine neue Phase der Pflege in Österreich begründet werden, die auch nach Deutschland Auswirkungen haben kann.

Dieser grundlegende Schritt zur Akademisierung (vgl. Them et al., 2018), die Beschreibung des Berufsbildes, der deutlich erweiterte Kompetenzbereich sowie strukturelle Veränderungen durch die Etablierung der neuen Berufsgruppe der Pflegefachassistenz eröffnen den Pflegenden neue Wege, sich vom Einfluss anderer angrenzender Akteure in den Feldern zu lösen. Dies kann jedoch nur geschehen, wenn die Berufsgruppe der Pflegenden selbst bereit ist für Veränderungen und die Übernahme von Verantwortung im Rahmen der Patientinnen- und Patientenversorgung, welche sich im Rahmen eines veränderten Versorgungsauftrags ergeben. Dies impliziert die Bereitschaft der Pflegenden, die Notwendigkeit der neuen Phase für die österreichische Pflege zu erkennen, Veränderungen mitzutragen und die Akademisierung des Pflegeberufs als Chance für eine Weiterentwicklung des Pflegeberufs anzusehen.

Durch die Akademisierung bildet sich eine neue Gruppe von Pflegenden heraus, welche über eine wissenschaftlich fundierte Ausbildung verfügt. Diese erweiterten

Kompetenzen können das Berufsbild der Pflegenden und ihr professionelles Auftreten nach außen stärken sowie eine theoretisch begründete Pflege etablieren. Das bisher noch traditionell geprägte Berufsbild kann sich hin zu einem wissenschaftlich begründeten Berufsbild entwickeln und die Berufsgruppe durch ein professionelles Auftreten in sich stärken, wenn die Kompetenzen von erfahrenen diplomierten Pflegenden mit den wissenschaftlichen Kompetenzen der akademisch ausgebildeten Pflegenden in Verbindung gebracht und wechselseitig genutzt werden.

Durch die Neuausrichtung der Kernkompetenzen der Pflegenden in der GuKG-Novelle von 2016 wurde das Tätigkeitsportfolio des Pflegeberufes an aktuelle Bedürfnisse des Gesundheitswesens in Österreich angepasst, ebenso rücken Überlegungen über den Skills-and-Grade-Mix der Berufsgruppe durch gezielten Einsatz von Absolventinnen und Absolventen von pflege(wissenschaftlichen) Studiengängen, Pflegefachassistentinnen und -assistenten sowie Pflegeassistentinnen und -assistenten in den Fokus der Entscheiderinnen und Entscheider.

Welche Auswirkungen diese Neuausrichtung jedoch auf die Pflegenden selbst haben kann, wird eher marginal betrachtet und ist somit ein neuer Aspekt der Sichtweise auf die Auswirkungen der GuKG-Novelle auf das soziale Feld der Pflege.

Bei solchen gravierenden gesundheitspolitischen Veränderungen, die zu einer Verschiebung einer etablierten Ausbildung in den tertiären Sektor führen, ist es notwendig, den Blick neben den gesellschaftlichen Bedürfnissen auch auf die Angehörigen der Be-

rufsgruppe selbst zu richten. Die Pflegenden selbst sind diejenigen, welche am meisten von der Akademisierung betroffen sind. Eine neue Ausbildungsstruktur kann neue Akzente setzen, Strukturen verändern und eine Neuausrichtung der Pflege bedeuten. Dadurch werden Pflegenden auch mit Ungewohntem und Unbekanntem konfrontiert.

Wie jede Neuerung löst die Akademisierung der Pflege zunächst innerhalb der Berufsgruppe Unbehagen aus, da Neuausrichtungen, die ein Feld erfährt, Auswirkungen auf die Akteurinnen und Akteure mit sich bringen (Schroeter & Rosenthal, 2005). Trotz verschiedener Professionalisierungsbestrebungen des Pflegeberufes und auch der mittlerweile fast flächendeckenden Akademisierung der Pflegeausbildung in Europa haben Pflegenden immer noch Probleme, ihren Beruf zu beschreiben (Willets & Clarke 2013, Eylmann, 2015) bzw. ein eigenes, auf sich bezogenes berufliches Regelsystem zu etablieren (Bauch in Schroeter und Rosenthal, 2005). Die Definition des eigenen Berufs findet aufgrund eines gering ausgeprägten Selbstbewusstseins oftmals über die Identifikation mit der Übernahme ärztlicher Tätigkeiten statt, nicht über die Definition von Pflegeerfolgen (Cassier-Woidaschy, 2012). Für Pflegenden selbst scheinen Konzepte zur Emanzipation der Berufsgruppe zu fehlen. Die tagtägliche Bemühung, Patientinnen und Patienten unter den bestehenden Rahmenbedingungen zu pflegen, verhindert, sich selbst mit den Rahmenbedingungen auseinanderzusetzen und Veränderungsansätze zu definieren.

Durch die veränderten Strukturen und Anforderungen, aber auch

durch die Gesetzesnovelle werden neue und andere Anforderungen an die Pflegenden gestellt, welche weit über das bisher Geforderte hinausgehen (European Commission, 2012). Pflegenden sollte deutlich werden, welche dies sind und wie sie ihnen begegnen, um sich aktiv an Strukturänderungen beteiligen können. Nur durch den Aufbau einer autonomen Handlungsweise und ein selbstreferenzielles Regelsystem schafft es die Berufsgruppe der Pflegenden, sich von anderen Berufsgruppen oder sozialen Systemen abzugrenzen (Schroeter, 2006). Neben den strukturellen Anforderungen müssen jedoch auch die Bedürfnisse der Pflegenden selbst in den Fokus genommen werden. Letztlich bedeutet dies: der lang gewordene Habitus muss sich ändern!

Die Veränderung der Ausbildungsstrukturen in der Gesundheits- und Krankenpflege ist beispiellos im europäischen Raum der vergangenen Jahre. Entweder existiert die akademische Ausbildung bereits oder sie wurde, so wie in Deutschland, noch nicht flächendeckend umgesetzt. Das Einmünden von akademisch ausgebildeten Pflegenden in ein soziales Feld, welches bisher nur ansatzweise Berührungspunkte zu pflegewissenschaftlichen Ansätzen verzeichnen konnte, wurde nun in einer umfangreichen Forschungsarbeit in Bezug auf das vorherrschende Berufsbild und die Frage, welchen Einfluss dieses auf die Grenzen des sozialen Feldes der Pflege haben kann, untersucht. Diese wurde im Rahmen einer Dissertation unter dem Titel „Ankommen akademisch Qualifizierter im sozialen Feld der Pflege. Wird der Habitus von Pflegenden durch Akademisierung verändert?“ im November 2020 vorgelegt.

Zielsetzung und Forschungsfrage

Ziel der Studie ist, das Ankommen im sozialen Feld der Pflege zu erfassen. Hierzu werden ihre Vorstellungen zum Berufsbild und zur Berufsrolle sowie zu hemmenden und fördernden Faktoren, die Einfluss auf das Ankommen im sozialen Feld haben können, erhoben. Ebenso soll dargestellt werden, ob und wie Grenzverschiebungen innerhalb des sozialen Feldes der Pflege durch die erworbenen Kompetenzen im Rahmen der akademischen Ausbildung möglich sind und ob sich durch die Akademisierung der Habitus der Pflege ändern kann. Es wurden folgende Forschungsfragen formuliert:

Wie erleben akademisch ausgebildete Pflegenden die Einmündung in das soziale Feld der Pflege, insbesondere hinsichtlich hemmender und fördernder Faktoren ihres pflegerischen Handelns?

Folgende konkretisierenden Unterfragen dienen der Verdeutlichung der Hauptforschungsfrage:

- Welche Veränderungen lassen sich durch die Akademisierung aus Sicht der Akteurinnen und Akteure im sozialen Feld der Pflege erkennen?
- Wo sehen die Akteurinnen und Akteure im sozialen Feld der Pflege aktuell Möglichkeiten der Grenzverschiebung im Rahmen des pflegerischen Handelns?
- Welche Einflüsse werden als förderlich oder hinderlich be-

züglich einer Grenzverschiebung im sozialen Feld der Pflege beschrieben?

Aktueller Stand der pflegewissenschaftlichen Literatur

Die Literaturrecherche wurde vorwiegend in den Datenbanken CINAHL und Pubmed durchgeführt und fand im Zeitraum von 2017 bis 2020 statt. Deutschsprachige Studien legen den Fokus auf den Habitus von Auszubildenden in der Pflege und Pflegenden in der Langzeitpflege. Ebenso konnte die Einstellung Pflegenden zur pflegewissenschaftlichen Arbeitsweise in der Pflegepraxis aufgezeigt werden. Internationale Studien zeigen ein gesteigertes Selbstwertgefühl und Selbstbewusstsein akademisch ausgebildeter Pflegenden im Vergleich zu Pflegenden, welche eine Ausbildung absolviert haben auf (Karagözoglu, Kahve, Koc & Adamisoglu, 2008). Die Bedeutung der Akademisierung der Pflege wurde explizit in der Querschnittsstudie von Aiken et al. (2016) untersucht, die in sechs europäischen Ländern durchgeführt wurde und in der aufgezeigt wurde, dass durch die Akademisierung die Patientinnen- und Patientenzufriedenheit und die Mitarbeiterinnen- und Mitarbeitermotivation stieg sowie die Mortalitätsrate sank.

Studien, welche aufzeigen, dass sich innerhalb eines Landes durch Anhebung der Ausbildung auf ein tertiäres Niveau Veränderungen innerhalb der Berufsgruppe ergeben können, konnten nicht eruiert

werden.

Forschungsdesign und Methodik

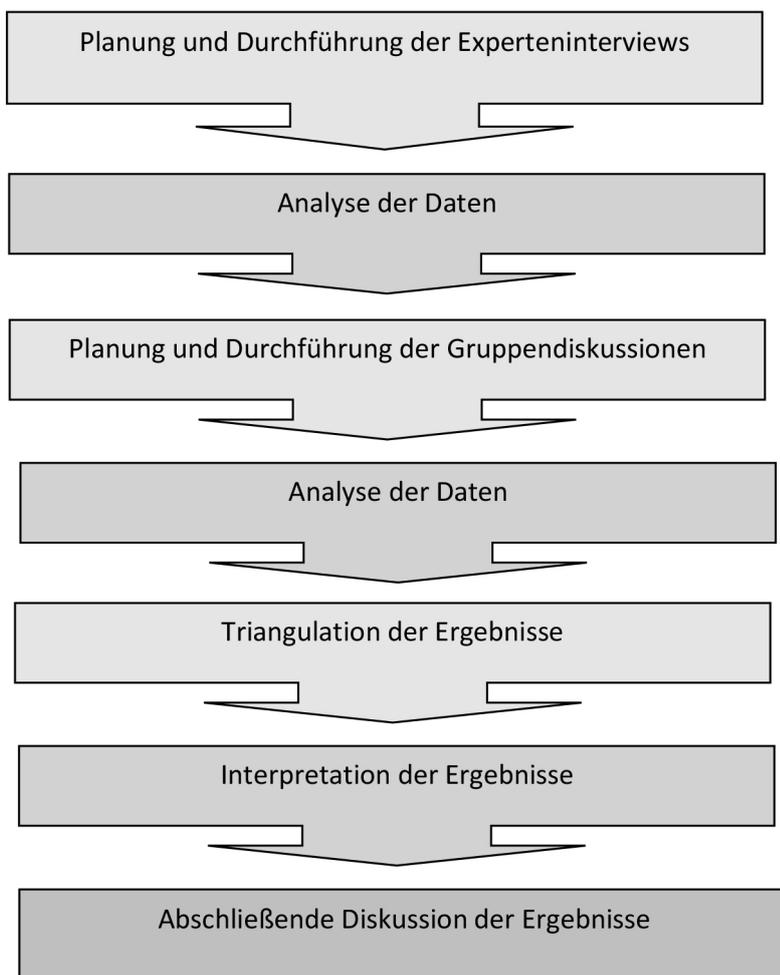
Zur Beantwortung der Fragestellung wurde ein qualitatives Forschungsdesign gewählt, um so die soziale Wirklichkeit der Akteurinnen und Akteure im sozialen Feld der Pflege zu erfassen.

Zur Darstellung der unterschiedlichen Perspektiven innerhalb des sozialen Feldes der Pflege wurden zunächst Experteninterviews mit akademisch ausgebildeten Pflegenden durchgeführt und analysiert.

Die Datenanalyse wurde mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) durchgeführt. Im Rahmen einer methodischen Triangulation (Flick, 2004) wurden die Experteninterviews anhand der Zusammenfassenden Inhaltsanalyse ausgewertet und induktiv Kategorien aus dem Datenmaterial gewonnen. In einem weiteren Schritt wurden mit diplomierten Pflegenden in Leitungspositionen Gruppendiskussionen durchgeführt. Die Datenanalyse erfolgte anhand der strukturierenden Datenanalyse nach Mayring, die induktiv gewonnenen Kategorien der Experteninterviews wurden deduktiv auf das Datenmaterial der Gruppendiskussionen angewendet.

Die Ergebnisse wurden kontrastierend gegenübergestellt. Abbildung 1 beschreibt schematisch das Forschungsdesign.

Abbildung 1: Forschungsdesign (eigene Darstellung)



Für die Experteninterviews wurden Personen eingeschlossen, welche an einer österreichischen Universität ein duales Bachelorstudium abgeschlossen hatten, zum Zeitpunkt der Interviews mindestens ein Jahr in einem Krankenhaus tätig waren und mindestens in einem Umfang von 75% der durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit tätig waren. Die Rekrutierung erfolgte zunächst über einen bestehenden E-Mail-Verteiler und in Folge über das Schneeballverfahren.

Bei den Gruppendiskussionen wurden Personen eingeschlossen, welche über eine Diplombildung in einem Pflegeberuf verfügen und darüber hinaus in einer Leitungsposition tätig sind.

Zur Rekrutierung wurden Pflegedirektionen verschiedener österreichischer Krankenhäuser angeschrieben und per E-Mail über das Forschungsvorhaben informiert. Die Gruppendiskussionen wurden in den zwei Häusern durchgeführt, welche zuerst ihre Bereitschaft bekundeten.

Datenerhebung und Leitfaden

Die Experteninterviews wurden mittels eines halbstandardisierten Interviewleitfadens durchgeführt. Jeder Interviewpartnerin bzw. jedem Interviewpartner wurde folgende Einstiegsfrage gestellt:

„Sie verfügen bereits über einen Bachelorabschluss in der Pflege und waren während Ihres Studiums immer noch die „Exotinnen

und Exoten“. Jetzt gab es in Österreich eine Gesetzesnovelle und der gehobene Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege wurde auf Bachelorniveau angehoben. Was bedeutet diese Gesetzesnovelle für Ihr gegenwärtiges und zukünftiges Handeln?“

Die inhaltlichen Fragen des halbstandardisierten Interviewleitfadens orientierten sich an den praxeologischen Annahmen Bourdieus zu Habitus und sozialem Feld.

Die Gruppendiskussionen dienen zum einen einer Validierung der qualitativen Ergebnisse der Experteninterviews, zum anderen einer Erweiterung der Datenlage (Flick, 2014). Es wurde ebenfalls ein halbstandardisierter Interviewleitfaden entwickelt. Folgender Stimulus diente der Eröffnung der Gruppendiskussionen:

„Aktuell erlebt die Pflege eine zunehmende Differenzierung und Spezifizierung und die Anforderungen steigen stetig. Es könnte auch von einer Verwissenschaftlichung des Alltags und daraus resultierenden Anforderungen an den Beruf gesprochen werden. Was bedeutet die Akademisierung der Pflege für Sie und Ihre Station, auf der Sie als Leitung tätig sind?“

Weitere Aspekte, welche aus den Ergebnissen der Experteninterviews abgeleitet wurden, dienten als Grundlage für den halbstandardisierten Interviewleitfaden.

Transkription und Datenanalyse

Bei der in die Datenerhebung einbezogenen Personengruppen handelt es sich nicht um vulnerable Gruppen. Das Research Committee for scientific and Ethical Questions (RESEQ) der UMIT, Hall in Tirol stellte keine Bedenken

bezüglich des Forschungsprojektes fest und erteilte die Freigabe.

Die Interviewteilnehmerinnen und -teilnehmer wurden über das Forschungsprojekt aufgeklärt und erhielten ein Informationsschreiben sowie eine Einverständniserklärung ausgehändigt. Für die Durchführung der Gruppendiskussionen wurde zusätzlich das Einverständnis der Pflegedirektionen sowie der Betriebsräte eingeholt. Für die Experteninterviews war dies nicht notwendig, da die Interviews in der Freizeit der Interviewpartnerinnen und -partner durchgeführt wurden.

Die Daten wurden anonymisiert und pseudonymisiert, sodass keine Rückschlüsse auf die einzelnen Personen gezogen werden können.

Es wurden insgesamt 14 Experteninterviews durchgeführt. Die Interviewpartnerinnen und -partner waren zwischen 23 und 34 Jahre alt und zwischen einem und sechs Jahren im Pflegeberuf tätig. Zehn Interviewteilnehmerinnen und -teilnehmer sind auf bettenführenden Stationen tätig. Zwei Personen arbeiten in einem Funktionsbereich und zwei Personen in einer Intensiv- bzw. Anästhesieabteilung. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Gruppendiskussionen waren zwischen 30 und 63 Jahre alt und von neun bis 43 Jahre im Pflegeberuf tätig. Acht Stationsleitungen leiten bettenführende Stationen, drei eine Intensivabteilung und eine Person leitet einen Funktionsbereich.

Die aufgezeichneten Daten wurden anhand der Transkriptionsregeln nach Kruse (2015) transkribiert. Die Datenanalyse orientiert sich am inhaltsanalytischen Ablaufmodell nach Mayring (2015). Die Inhaltsanalyse wurde theo-

riegeleitet durchgeführt und orientiert sich vorwiegend an den Forschungsergebnissen von Bourdieu, welche er zum sozialen Feld und zum Habitus veröffentlicht hat, und ergänzenden Aspekten, welche innerhalb eines sozialen Feldes relevant sind. Die Datenanalyse der Experteninterviews folgte der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring. Die Daten wurden paraphrasiert sowie durch Reduktion auf das erwartete Abstraktionsniveau gebracht.

Ergebnisse

Es konnten induktiv sieben Kategorien und 24 Subkategorien gebildet werden.

Tabelle 1: Kategorienbaum Experteninterviews (eigene Darstellung)

Kategorie	Subkategorie	
K1 Pflege als Beruf	SK1	Beschreibung der Pflege als Beruf
	SK2	Aktuelle Sicht auf die Pflege
	SK3	Pflege als traditioneller Beruf
	SK4	Aktuell erkennbare Veränderungen
	SK5	Wünsche für die Zukunft der professionellen Pflege
K2 Berufsrolle	SK6	Beschreiben der wahrgenommenen Berufsrolle
	SK7	Beschreibung der eigenen Rolle
	SK8	Wahrgenommene politische Aktivität von Pflegenden
K3 Einflüsse auf das Selbstbewusstsein	SK9	Wahrgenommenes Ansehen der Pflege in der Gesellschaft
	SK10	Wahrgenommene Veränderungen auf das Selbstbewusstsein
K4 Zusammenarbeit im Team	SK11	Selbsterkannter Mehrwert und Horizonterweiterung durch das Studium
	SK12	Wahrgenommene Zusammenarbeit im Team
	SK13	Wahrgenommene förderliche Faktoren in der Zusammenarbeit
	SK14	Wahrgenommene hemmende Faktoren in der Zusammenarbeit
K5 Nutzung des Wissenstransfers	SK15	Wahrgenommene Ängste der Diplomierten
	SK16	Aufgezeigte Möglichkeiten eines Wissenstransfers
	SK17	Erleben der pflegewissenschaftlichen Entwicklung im Haus
K6 Macht	SK18	Eigene Problemlösekompetenz
	SK19	Eigene Technik für Transfer
	SK20	Erlebte Machtstrukturen
K7 Grenzen	SK21	Erlebtes ungerechtes Verhalten und sich rechtfertigen müssen
	SK22	Erkennen von Grenzen
	SK23	Sich selbst Grenzen setzen
	SK24	Grenzen gesetzt bekommen

Tabelle 1: Kategorienbaum Experteninterviews (eigene Darstellung)

Im Rahmen der deduktiven Kategorienanwendung verringerte sich die Anzahl der Subkategorien. Da sich einige Subkategorien inhaltlich auf die Inhalte des Studiums sowie die damit erworbene wissenschaftliche Kompetenz bezogen, wurden lediglich 15 Subkategorien in die Datenanalyse der Gruppendiskussionen aufgenommen.

Im Rahmen der methodischen Triangulation (Flick, 2004) wurden die Ergebnisse beider Datenanalysen kontrastierende gegenübergestellt.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Triangulation der Kategorien dargestellt, welche sich inhaltlich auf die Einstellung und Kenntnisse über das Berufsbild von Pflegenden befassen.

Pflege als Beruf

Im Unterschied zu den Stationsleitungen beschreiben die akademisch ausgebildeten Pflegenden weitgehend konkret das im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz vorgesehene Berufsbild, die Inhalte dazu wurden im Rahmen des Studiums erlernt. Die Akademisierung der Pflege wird als notwendig erachtet, um die Vielfältigkeit des durch das Berufsbild beschriebenen Aufgabenbereichs zu erlernen und umzusetzen. Im Alltag erleben sie eine pflegewissenschaftliche Arbeitsweise jedoch nur bedingt. Es wird deutlich, dass in der täglichen Praxis weiterhin nach traditionellen Methoden, gehandelt wird. „Und vor allem auch die alten Einstellungen, naja, wir haben das ja lange so gemacht, das hat funktioniert und jetzt kommt Ihr und warum soll das jetzt geändert werden“ (PW_10, Abs. 6). Die Methoden haben sich im Alltag bewährt und werden beibehalten.

Innerhalb der Berufsgruppe der Pflegenden herrscht wie auch in der Gesellschaft noch immer ein veraltetes Berufsbild vor. Interviewpartnerin PW_3 erläutert dies am Beispiel von Aussagen von Pflegenden, welche der Auffassung sind, dass man auch ohne Matura gut pflegen kann. Es wird immer noch erlebt, dass das implizite Wissen von Generation zu Generation weitergegeben wird und Veränderungen nur schwer umsetzbar sind.

Dennoch erkennen akademisch ausgebildete Pflegenden gerade bei jüngeren Kolleginnen und Kollegen mit einem Diplomabschluss ein zunehmendes Interesse an einem Pflegestudiengang. „Ich habe das Gefühl gehabt, dass diplomierte Pflegepersonen von dem Begriff Pflegewissenschaft schon mehr mitbekommen haben, es war schon eher ein Verständnis da, das kommt jetzt und es war nicht mehr so viel Feindseligkeit, war teilweise Offenheit, es waren Fragen da, was machst du da mit diesem Studium, was kann man nachher damit machen?“ (PW_9, Abs. 16).

Aufgrund der Durchmischung der Qualifikationen auf den Stationen sehen die akademisch ausgebildeten Pflegenden noch eine starke Abgrenzung untereinander. „Es sollte halt mehr Miteinander sein, das wäre, glaube ich, das Wichtige, weil so wie sie es uns von den Pilotstationen erzählt haben, ist es fast ein Gegeneinander“ (PW_3, Abs. 91).

Um die Diversität zu überbrücken, wird als Lösung die Standardisierung von Abläufen sowie die Pflege nach aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen vorgeschlagen sowie eine offene Kommunikation innerhalb der Be-

rufsgruppe und auch mit anderen Berufsgruppen benannt. Ebenso sollte eine Offenheit für Neues erkennbar sein, damit man sich von tradierten Strukturen lösen kann.

Die Stationsleitungen erkennen die Notwendigkeit der Akademisierung der Pflege, um dem europäischen und internationalen Trend zu folgen. Dadurch kann die Pflege standardisiert und auf ein höheres Niveau gebracht werden. „Das ist wichtig, die Akademisierung, überhaupt keine Frage, aber für das Bett, wo am Patienten, muss ich denken als normal Diplomiertere, egal oder ob das jetzt ein Akademiker ist, der muss genau so das Grundstück lernen, vom Grund auf“ (SL_10, Abs. 3).

Sie sehen das Erlernen des Berufs als zentrale Aufgabe der Praxis an.

Die Stationsleitungen sehen Pflege als einen praxisorientierten Beruf an, Pflegenden führen somit alle pflegerischen Tätigkeiten durch. Sie geben dem Erfahrungswissen den Vorrang vor wissenschaftlichen Erkenntnissen, da dies für die Patientinnen- und Patientenversorgung elementar ist. Das Bewusstsein, dass es notwendig ist, über praktisches Wissen zu verfügen, sehen sie bei den akademisch ausgebildeten Pflegenden nur bedingt.

„Interviewer: Haben Sie das Gefühl, dass der Mensch bei den Bachelors in Vergessenheit gerät?“

SL_11: Ja, geht so, wenn ich dann noch Spezialisierungen mache, da ist die Intention, warum ich in die Krankenpflege geh, des ist nicht das, das ist Mittel zum Zweck. Des ist des, was meine Meinung ist. Wenn ich mich für Krankenpflege entschiede, auch mit Akademisie-

„... muss der Mensch bedacht werden“. (Gruppendiskussion 2, Abs. 3-4)

Sie bemängeln, dass die Grundlagen der Pflege nicht mehr in der Ausbildung vermittelt werden und humanistische Werte nicht mehr gelebt werden.

In der Umsetzung des Berufsbildes und der Kompetenzbereiche der GuKG-Novelle fehlen jedoch noch Strategien, die unterschiedlich ausgebildeten Pflegenden gezielt einzusetzen. „Das ist schon wichtig mit der Akademisierung, das ist überhaupt keine Frage, aber es eckt halt einfach noch, bis das alles gereift ist“ (SL_10, Abs. 18).

Die Begleitung der aktuellen Veränderungen sehen die Stationsleitungen als ihre wichtigste Aufgabe an. Der Einsatz der unterschiedlichen Berufe ist schwierig und bedarf einer Neuorganisation der Pflege.

SL_1: „Das war nie die Rede, dass der Pflegefachassistent kommt, war am Anfang nie die Rede.“

SL_7: Nein, als die Bachelor eingeführt worden sind, war davon nie die Rede.

SL_6: Das hat man eh elegant gemacht jetzt, find ich.

SL_1: Und es hat immer geheißt, gleich... und ja, und... (Gruppendiskussion 1, Abs. 133-136)

Eine Differenzierung der Aufgaben der akademisch ausgebildeten und diplomierten Pflegenden ist von der Unternehmensführung nicht vorgesehen.

Das Absolvieren eines Studiums sehen die Stationsleitungen je-

doch auch kritisch, da sich das Bild auf Pflege durch die theoretischen Lernorte verzerren kann. Begründet wird dies damit, dass keine Schichtdienste während der Praktika mehr absolviert werden müssen. Außerdem würden die Studierenden lernen, nicht mehr in der pflegerischen Basis arbeiten zu müssen. In diesem Zusammenhang scheint auch bei den Stationsleitungen ein Trend erkennbar, dass die akademisch ausgebildeten Pflegenden vorrangig in Intensiv- und Funktionsbereichen arbeiten möchten.

Dennoch sehen die Interviewpartnerinnen und -partner beider Samplings die Akademisierung als einen wichtigen Schritt in der Weiterentwicklung des Pflegeberufs an. Akademisch ausgebildete Pflegenden erwarten dadurch eine Aufwertung des Berufsbildes und erhoffen, als eigenständige Berufsgruppe mehr in Entscheidungsprozesse bei Diagnostik und Therapie einbezogen zu werden. Dann ist auch die Übernahme ärztlicher Tätigkeiten zu akzeptieren. Die Stationsleitungen erkennen die Notwendigkeit der Akademisierung, um einem europäischen und internationalen Trend folgen zu können. Sie dient ihrer Meinung nach einer Aufwertung des Berufs. Akademisch ausgebildete Pflegenden möchten Pflege auf akademischem Niveau durchführen, wohingegen die Stationsleitung zukünftig eher die patientinnen- und patientenfernen Aufgaben beim gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege sehen.

Fördernde und hemmende Faktoren

Die Akademisierung sowie das Interesse an dieser wird als förderlich für eine Grenzverschiebung im sozialen Feld erachtet. Die

Möglichkeit, wissenschaftliche Erkenntnisse in die Praxis einfließen zu lassen, motiviert die akademisch ausgebildeten Pflegenden, sich weiter zu engagieren und sich ein Netzwerk aufzubauen, um so die Zugänge zu den entsprechenden Kanälen zu haben

Erste Diskussionen zur Akademisierung der Pflege finden auf den Stationen statt. „Ah, wohl, es ist eigentlich schon überwiegend Interesse da, es sind auch welche, die was jetzt nicht diese, diesen Bachelor-Abschluss haben, die was selber auch gerne einmal nachlesen, also, das Interesse ist schon da von den meisten, aufgeregt hat sich noch keiner, sag ich einmal, und die einen lesen's, die anderen ignorieren's halt einfach“ (PW_7, Abs. 4).

Dennoch passen sich die akademisch ausgebildeten Pflegenden im Alltag an bestehende Strukturen an. Zeitdruck und fehlendes Personal werden hier als Gründe angegeben.

Die Stationsleitungen nutzen gerne die Kompetenzen der akademisch ausgebildeten Pflegenden im Rahmen von Projektarbeit oder Recherchetätigkeiten. „Aber die Motivation, solche Aufgaben zu übernehmen, erlebe ich schon bei den Bachelor mehr, also bei mir ist das so. Das muss ich schon sagen, also, ich ja schon auch, vielleicht ist das auch personenbezogen, ich habe sehr gute motivierte äh (...) Mitarbeiter, die voll gut, zum Beispiel Praxisanleiter voll gut machen“ (SL_4, Abs. 114).

Als problematisch erkennen die Stationsleitungen eine Fluktuation in weiterführende Studiengänge so wie die geringe Unterstützung der Institutionen in Bezug auf Veränderungsprozesse.

Dies führt dazu, dass die Kompetenzen der akademisch ausgebildeten Pflegenden im Alltag nicht genutzt werden. „Und ich selber persönlich bin eigentlich ein wenig enttäuscht, weil ich habe mich eigentlich richtig gefreut auf die Bachelors und hab mir eigentlich gedacht, dass ich da einen enormen Benefit hab jetzt als Station, und das ist jetzt, das (...), die sind gelehrt, die sind gescheit, die sind lieb, aber, und haben eine extrem rasche Auffassungsgabe, aber ich, irgendwie, dass ich sag, die Station profitiert davon, dass ich die Bachelors hab, ist nicht so und von dem her bin ich voll enttäuscht“ (SL_1, Abs. 40).

Macht und Grenzen

Grenzen zur Umsetzung des aktuellen Berufsbildes werden auf verschiedenen Ebenen erlebt. Sie werden sich selbst gesetzt, aber auch von außen vorgegeben.

Die akademisch ausgebildeten Pflegenden erkennen bestehende Strukturen an, da sie sich aufgrund der kurzen Berufszugehörigkeit nicht in der Lage sehen, Veränderungen zu initiieren. „Ja genau. Nein, ich glaube eher, dass sich dieses Rollenbild, was so ist. Wir haben vielleicht Bedingungen in der Arbeit, die sind nicht gut. Das wissen wir alle, aber was sollen wir ändern. Es ist halt einfach so, dieses Hinnehmen von diesen Missständen.“ (PW_14, Abs. 75).

Im Studium erworbene Kompetenzen werden bewusst zurückgehalten.

Die Stationsleitungen lenken durch die Führungsposition sowie die langjährige Berufserfahrung das Geschick der Stationen. Sie differenzieren im Alltag nicht zwischen diplomierten und akademisch ausgebildeten Pflegenden.

„Man merkt aber jetzt wirklich, also, wir haben ja jetzt noch die Möglichkeit, gut zu vergleichen, gell, das Diplom und die Bachelor. Also, man merkt keinen Unterschied und da bin ich ganz bei dir, (XXX), ich habe auch zwei Kolleginnen, die Bachelor sind, man merkt in dieser Einarbeitungsphase nicht, dass die einen Bachelor haben. Die sind genau am gleichen Niveau wie eine Diplomierte“ (SL_8, Abs. 23).

Die geäußerten Ängste einiger diplomierter Pflegenden vor Arbeitsplatzverlust, Übernahme von mehr Verantwortung sowie unklarer Aufgabenverteilungen durch den neuen Skills-and-Grade-Mix führen zu Machtkämpfen durch Abgrenzung zwischen den beiden Gruppen Pflegenden im gehobenen Dienst. Dies verhindert eine Weiterentwicklung der Berufsgruppe sowie eine mögliche Grenzverschiebung.

Einfluss der Institution

Verschiedene initiierte Projekte innerhalb der Institutionen befassen sich mit der Implementierung pflegewissenschaftlicher Konzepte. Allerdings wird in den Interviews deutlich, dass die Umsetzung der Projekte häufig an den bestehenden Rahmenbedingungen sowie der aktuell vorherrschenden Arbeitsbelastung scheitert. „Weil ich hab mich mit meinen im Vorfeld auch kurz unterhalten und es ist zu zwei, zu zweien ist gesagt worden beim (...), ich weiß nicht, ob beim Bewerbungsgespräch, ist von der Bereichsleitung gesagt worden, ihr könnt ja daheim ein bisschen mit Studien beschäftigen und des in der Freizeit [mehrere lachen] und das könnt ihr nachher in der Arbeit umsetzen“ (SL_7, Abs. 48).

Vorrangig ist die notwendige Patientinnen- und Patientenversor-

gung, offene Zeitressourcen können für die Auseinandersetzung mit wissenschaftlicher Literatur genutzt werden.

Diskussion

Aktuell sind noch wenig akademisch ausgebildete Pflegende im sozialen Feld der Pflege anzutreffen. Somit sind noch nicht ausreichend Vorbilder vorhanden, welche die akademisch ausgebildeten Pflegenden darin unterstützen, pflegewissenschaftliche Erkenntnisse in den Pflegealltag zu integrieren. Dies führt auch dazu, dass aktuell geltende Rahmenbedingungen akzeptiert werden.

Dennoch wird deutlich, dass akademisch ausgebildete Pflegende das Berufsbild anders beschreiben als diplomierte Pflegende. Die Datenanalyse zeigt, dass durch den Einfluss der Universität und der Gesundheits- und Krankenpflegeschulen sich bei den akademisch ausgebildeten Pflegenden ein Berufsbild geformt hat, welches sich an pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen und dem im GuKG benannten Berufsbild orientiert.

Die Stationsleitungen erkennen die Notwendigkeit von Veränderungen, jedoch wird hier in den Ausführungen die Tendenz zum traditionellen Handeln deutlich. Die Aufgaben in der täglichen Pflege orientieren sich noch nicht am Berufsbild der GuKG-Novelle von 2016. Fehlende oder nicht eindeutig ersichtliche Umstellungsstrukturen bezüglich der im GuKG geregelten Kompetenzbereiche sowie der neu definierten Berufsgruppen innerhalb der Pflege durch übergeordnete Stellen führen zu Unsicherheit und Ängsten sowie zu Sorgen vor einer Überforderung durch eine zusätzliche Übernahme von Verantwortung. Ebenso fehlen dadurch auch die Motivati-

on und der Druck, Veränderungen unterstützend zu forcieren.

So steht weiterhin das Erfahrungswissen der diplomierten Pflegenden dem wissenschaftlichen Wissen der akademisch ausgebildeten Pflegenden gegenüber, welche weitgehend bestehende Strukturen anerkennen. Durch die Einmündung akademisch ausgebildeter Pflegenden verschwimmen jedoch auch bestehende Strukturen, da die berufliche Formung nicht mehr überwiegend durch die Praxis übernommen wird, sondern die theoretischen Lernorte an Gewicht gewinnen. Der Wunsch nach Veränderung ist deutlich zu erkennen und eine Bewegung innerhalb der Berufsgruppe ist erkennbar. Das Ausmaß der Bewegung lässt sich nicht eindeutig festlegen, da den Veränderungswünschen der akademisch ausgebildeten Pflegenden die teilweise noch vorherrschenden tradierten Vorstellungen der diplomierten Pflegenden gegenüberstehen und sie diese im pflegerischen Alltag auch noch übernehmen.

Die beschriebenen Ängste der diplomierten Pflegenden sind auf ihren im traditionellen Umfeld geprägten Habitus zurückzuführen. Das universitäre Feld wird als Machtfeld angesehen (Bourdieu, 2014b) und löst durch das bei den diplomierten Pflegenden unbekannte akademische Feld Ängste aus. Bude (2014) beschreibt Angst als etwas, worauf sich alle Gesellschaftsmitglieder einigen können. Angst wird zu einem kollektiven Problem, welches sich auf der Offenheit der ungewissen Zukunft begründet. Sie drückt die Unsicherheit aus, nicht mehr den Wert zu haben, wofür man ausgebildet wurde.

Die gewohnten Strukturen ver-

hindern aktuell eine Weiterentwicklung des sozialen Feldes der Pflege. Sicherlich geht das mit der nicht ausreichenden Auseinandersetzung mit pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen und deren Bedeutung für die pflegerische Praxis einher. Vielmehr wird regelmäßig an Forderungen nach mehr Gehalt sowie mehr Personal festgehalten, ohne darüber zu diskutieren, ob Strukturveränderungen zur Erleichterung von Arbeitsabläufen führen könnten.

Die Datenanalyse zeigte, dass die akademisierten Angehörigen der Pflege das soziale Feld der Pflege veranlasst, über mögliche Strukturveränderungen nachzudenken. Es konnten hemmende und fördernde Faktoren elaboriert werden, welche eine Verschiebung von Grenzen des sozialen Feldes der Pflege beeinflussen. In einigen Faktoren ähneln die Aussagen der akademisch ausgebildeten Pflegenden denen der diplomierten Kolleginnen und Kollegen, es werden aber auch sehr unterschiedliche Sichtweisen erkennbar. Dies lässt sich auf die unterschiedlichen Ausbildungen der akademisch ausgebildeten sowie der diplomierten Pflegenden zurückführen, aber auch auf die Einflüsse angrenzender sozialer Felder auf das Feld der Pflege. Der in vielen Jahrzehnten entstandene Habitus wird durch einzelne Vertreter der Berufsgruppe mit (teilweise) akademisch fundierten Einsichten nicht in kurzer Zeit grundlegend verändert.

Limitationen

Zur Analyse von Daten aus den Gruppendiskussionen findet man in der Literatur regelmäßig den Hinweis zu Bohnsacks Konzept der kollektiven Orientierungsmuster (z.B. Kurse, 2015; Lamnek & Krell, 2016). Durch die metho-

dische Vorgehensweise der deduktiven Kategorienanwendung im Rahmen der strukturierenden Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) wurde auf den Ansatz von Bohnsack verzichtet, wohlwissend, dass die Gefahr besteht, die soziale Konstruktion der Daten durch die Gruppe gegebenenfalls zu vernachlässigen.

Die Gültigkeit und Generalisierung der Daten einer qualitativen Forschung sind regelmäßig Gegenstand von Diskussionen über die Übertragbarkeit der Daten auf ein gesamtes Feld. Mayring (2015) orientiert sich an den Gütekriterien der Verfahrensdokumentation, der argumentativen Verfahrensabsicherung, der Regelgeleitetheit, der Nähe zum Gegenstand, der kommunikativen Validierung und der Triangulation. Diese Gütekriterien liegen dieser Studie zugrunde und fanden im Forschungsprozess Anwendung. Dennoch müssen sicherlich weitere Forschungen angestrebt werden, um die Einflüsse und Auswirkungen der Akademisierung auf die Grenzen des sozialen Feldes vollumfänglich darstellen zu können. Sicherlich liegt dies auch darin begründet, dass im Rahmen dieser Forschung lediglich 14 Experteninterviews sowie zwei Gruppendiskussionen mit insgesamt zwölf Teilnehmerinnen und Teilnehmern einbezogen wurden.

Schlussfolgerungen und Fazit

Die Novelle des GuKG von 2016 in Österreich kann als Beginn einer neuen Phase für die Berufsgruppe der Pflegenden angesehen werden. Elementare Veränderungen wurden eingeführt, Kompetenzprofile angepasst und eine weitere Differenzierung der Berufsgruppe hat stattgefunden. Die Akademisierung der Pflege, als eine wesentliche Reaktion auf die aktuelle

Situation der Pflege, bringt sowohl positive als auch negative Einflüsse auf das Feld mit sich und geht mit einer großen Verunsicherung einher.

Um Veränderungen innerhalb des Feldes der Pflege zu erlangen, ist es sicherlich notwendig, dass weiterhin politische und institutionelle Entscheidungen getroffen werden, die Pflegenden darin zu unterstützen, selbst ein Verständnis für die Notwendigkeit von Veränderungen zu erlangen. Werden Pflegenden in der aktuellen Situation nicht in die Diskussion eingebunden, besteht eher die Gefahr der Entfremdung als die Zusammenführung der Akteurinnen und Akteure des Feldes der Pflege. Die Institutionen sind für die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben verantwortlich. Ihre Aufgabe ist es, die Umsetzung des im GuKG beschriebenen Berufsbildes sowie der Kompetenzbereiche zu gewährleisten sowie die Ängste der Pflegenden durch Beratung und Unterstützung und auszugleichen und aufzufangen.

Die Rolle der theoretischen Lernorte liegt darin, weiterhin theoretische, wissenschaftliche und berufspolitische Erkenntnisse in die Lehrveranstaltungen einfließen zu lassen sowie diese kritisch zu diskutieren.

Und Pflegenden selbst müssen sich ihrer Aufgabe bewusst sein, aktiv an Veränderungsprozessen mitzuwirken. Es gehört zu ihren Aufgaben, sich mit den gesetzlichen Strukturen und Inhalten auseinanderzusetzen und Kenntnisse über die Kompetenzbereiche zu erlangen. Die Einbeziehung des Kapitals, vor allem des Bildungskapitals aller Akteurinnen und Akteure im Feld, kann Einfluss auf das Feld mit sich bringen. Durch

eine differenzierte Betrachtung des unterschiedlich ausgeprägten Bildungskapitals können die Aufgaben strukturiert und an die jeweilige Subgruppe adaptiert werden. Die Akteurinnen und Akteure im sozialen Feld sind nicht nur dafür verantwortlich, wie man ein Mitglied der Gruppe wird, sondern auch dafür, „wie man zum Repräsentanten (Delegierten, Beauftragten, Bevollmächtigten usw.) [sic] der gesamten Gruppe wird“ (Bourdieu, 2015: 68).

Die Weiterentwicklung des Pflegeberufs durch Akademisierung soll keine dauerhaften Ängste bei diplomierten Pflegenden auslösen, sie soll als eine Chance für die Berufsgruppe der Pflegenden angesehen werden. Die Argumentation von Pflegenden, keine ausreichenden Zeitressourcen für eine pflegetheoretisch und pflegewissenschaftlich gestützte Pflege zu haben, muss mit einer Argumentation für die Notwendigkeit eben dieser konfrontiert werden.

Durch das Einmünden der akademisch ausgebildeten Pflegenden in das soziale Feld der Pflege bildet sich eine neue Subgruppe mit ihrer eigenen Logik, welche die Bildung des pflegerischen Habitus beeinflusst. Nicht mehr – aber auch nicht weniger! Die Akademisierung der Pflege ist ein notwendiger Schritt, um Veränderungen im Feld erzielen zu können. Das traditionelle Pflegeverständnis und bestehende Selbstverständlichkeiten, welche sich im historischen Kontext gebildet haben, werden in Frage gestellt und eine Verschiebung von Grenzen des sozialen Feldes der Pflege erscheint möglich.

Literaturverzeichnis

Aiken, L. H., Sloane, D. M., Griffiths, P., Rafferty, A. M., Bruyneel, L., McHugh, M., ... Sermeus, W. (2016). Nursing skill mix in European hospitals: cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. *BMJ Quality & Safety*, 26(7), 559-568.

Bauch, J. (2005). Pflege als soziales System. In: Schroeter, K. R.; Rosenthal, T (2005). *Soziologie der Pflege*. Weinheim und München, Juventa Verlag.

Bohnsack, R., Geimer, A., Meuser, M. (Hrsg.) (2018). *Hauptbegriffe qualitativer Sozialforschung*. 4. Auflage. Opladen und Toronto: Verlag Barbara Budrich.

Bourdieu, P. (2014a). *Die feinen Unterschiede*. 24. Auflage. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.

Bourdieu, P. (2014b). *Homo Academicus*. 6. Auflage. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.

Bourdieu, P. (2020). *Habitus und Praxis. Schriften zur kollektiven Anthropologie 2*. Berlin: Suhrkamp

Bourdieu, P. (2015). *Die verborgenen Mechanismen der Macht*. Herausgegeben von Margareta Steinrück. Hamburg: VSA Verlag.

Bude, H. (2014). *Gesellschaft der Angst*. Hamburg: Hamburger Edition HIS Verlagsges. mbH.

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

European Commission (2012). *Commission Staff Working Document on an Action Plan for the EU Health Workforce*. Zugriff am 05.09.2018. Verfügbar unter https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/workforce/docs/staff_working_doc_healthcare_workforce_en.pdf

Eylmann, C. (2015). Es reicht ein Lächeln als Dankeschön. Osnabrück: Verlag V&R Unipress.

Flick, U. (2004). Triangulation. Eine Einführung. 1. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften/GWV Fachverlage.

Flick, U. (2014). Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

von der Heide, Joachim (2020). Ankommen akademisch Qualifizierter im sozialen Feld der Pflege. Wird der Habitus von Pflegenden durch Akademisierung verändert? Unveröffentlichte Dissertation. UMIT private Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik GmbH, Hall in Tirol.

Karagözoglu, S., Kahve, E., Koc, Ö., Adamisoglu, D. (2008). Self esteem and assertiveness of final year Turkish university students. Nurse education Today (2008) 28, 641-649.

Kruse, J. (2015). Qualitative Interviewforschung. 2. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.

Lamnek, S., Krell, C. (2016). Qualitative Sozialforschung. 6. überarbeitete Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.

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

Rixe, J., Löhr, M., Schulz, M. (2017). Konsequenzen der Akademisierung in der Pflege. In: Monitor Pflege 01/2017, 3. Jahrgang. S. 26-29.

Schroeter, K. R. (2005). Pflege als figuratives Feld. In: Schroeter, K.R., Rosenthal, T. (Hrsg.) (2005). Soziologie der Pflege. Weinheim und München, Juventa Verlag.

Schroeter, K. R., Rosenthal, T. (Hrsg.) (2005). Soziologie der Pflege. Weinheim und München, Juventa Verlag.

Schroeter, K. R. (2006). Das soziale Feld der Pflege. Weinheim und München, Juventa Verlag.

Them, C., Wetzlmair, J., Schulc, E. (2018): Die Bildungspyramide der Pflegeberufe in Österreich. In: Sahmel, K.-H. (Hrsg.) (2018): Hochschuldidaktik der Pflege und Gesundheitsfachberufe. Berlin: Springer.

Willems, G., Clarke, D. (2013). Constructing Nurses' professional identity through social identity theory. In: International journal of nursing Practice 2014; 20: 164-169.

World Health Organisation (WHO) (2009). Global Standards for the initial education of professional nurses and midwives. Zugriff am 21.05.2020. Verfügbar unter http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/en/

World Health Organisation (WHO) (2015). Strategische Leitlinien für das Pflege- und Hebammenwesen in der europäischen Region im Einklang mit den Zielen von Gesundheit 2020. Zugriff am 06.07.2018. Verfügbar unter www.euro.who.int



Cathrine Chalupka-Ho

Wochenbett und Neugeborenenpflege

für Gesundheitsberufe

facultas 2021, 2., überarbeitete Auflage

216 Seiten, broschiert

EUR 22,90 (A) / EUR 22,30 (D) / sFr 29,70 UVP

ISBN 978-3-7089-2133-4

e-ISBN 978-3-99111-340-9

Erhältlich im Buchhandel oder auf
facultas.at

facultas 

hpsmedia



CareLit

Gezielte Literatur-Recherche im Gesundheitswesen.



Sie suchen,
wir finden.

www.carelit.de

PRESSEMITTEILUNG

Berlin, 28.09.2021

Neuer BLGS-Bundesvorstand gewählt

Der Bundesverband Lehrende Gesundheits- und Sozialberufe hat einen neuen Vorstand. Das in einer Online-Abstimmung gewählte Gremium wurde anlässlich der Mitgliederversammlung am 27.09.2021 in Berlin vorgestellt. Der neue Bundesvorstand setzt sich zusammen aus: Carsten Drude (Vorsitzender), Christina Heinze (Stellvertretende Vorsitzende) sowie Evelyn Adams, Uwe Beloch, Matthias Drossel, Monika Heuvelmann und Anke Jakobs als weitere



Vorstandsmitglieder. Aus dem alten Vorstand verabschiedet wurden Astrid Pajonk, Jochen Vennekate, Reinhard Dummler und Christine Vogler.

Carsten Drude, der als Vorsitzender im Amt bestätigt wurde, bedankte sich bei den scheidenden Mitgliedern: „Wir verabschieden heute nicht nur langjährig engagierte Kolleginnen und Kollegen, sondern auch persönlich überaus geschätzte Menschen. Ich bin zuversichtlich, dass wir auch im neuen Vorstand ebenso konstruktiv und erfolgreich zusammenarbeiten werden und freue mich auf eine weitere spannende Amtszeit!“

Die konstituierende Sitzung des neuen Bundesvorstands findet direkt in der kommenden Woche in Münster statt, wo sich die Delegierten der BLGS – Landesverbände zu einer zweitägigen Klausurtagung mit dem Bundesvorstand treffen. Dabei werden auch die Arbeits- und Themenschwerpunkte für das kommende Jahr festgesetzt.

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 Gesundheits- und Sozialberufe im Bereich der theoretischen und der praktischen Aus-, Fort- und Weiterbildung. Der BLGS engagiert sich in fachlichen, pädagogisch-didaktischen Feldern, in der Mitgestaltung bildungspolitischer Prozesse sowie in der Bildungsentwicklung und im Bildungsmanagement.
Der BLGS ist Ratsmitglied im Deutschen Pflegerat (DPR).

Neues aus der Pflege



Dagmar Domenig (Hrsg.)
**Transkulturelle
und transkategoriale
Kompetenz**

Lehrbuch zum Umgang mit
Vielfalt, Verschiedenheit und
Diversity für Pflege-, Gesund-
heits- und Sozialberufe

3., vollst. überarb. u. erw. Aufl.
2021. 752 S., 77 Abb., 36 Tab., Gb
Etwa € 89,95 (DE) /
€ 92,50 (AT) / CHF 122.00
ISBN 978-3-456-85753-4
Auch als eBook erhältlich

Das Lehrbuch entwickelt die transkulturelle zur transkategorialen Kompetenz weiter. Es bietet ein grundlegendes und praxisorientiertes Handbuch zum Umgang mit Vielfalt, Verschiedenheit sowie Diversity und Komplexität für Gesundheitsberufe



Claudia Winkelmann / Andrea Helmer-Denzel

Teambuilding leicht gemacht

Von der Projektidee zum Teamerfolg

2021. 200 S., 85 Abb., 1 Tab., Kt
€ 29,95 (DE) / € 30,80 (AT) / CHF 41.50
ISBN 978-3-456-86177-7
Auch als eBook erhältlich

Nur im Team meistert man in der Gesundheitsversorgung erfolgreich die komplexen Anforderungen in der Versorgung der Patientinnen und Patienten sowie in der Organisation selbst. Das Buch zeigt den Weg entlang der sechs Teamentwicklungsphasen und mit den entsprechenden Tools.



Andreas Friedrich Lutz
**Menschsein im
Krisengebiet**

Erfahrungsbericht eines Gesund-
heits- und Krankenpflegers über
die humanitäre Hilfe mit Ärzten
ohne Grenzen (MSF) im Südsudan

2022. 208 S., 20 Abb., 6 Tab., Kt
€ 24,95 (DE) /
€ 25,70 (AT) / CHF 35.90
ISBN 978-3-456-86146-3
Auch als eBook erhältlich

Der Gesundheits- und Krankenpfleger Andreas Lutz nimmt Sie mit auf die Reise in ein Projekt der humanitären Hilfsorganisation Ärzte ohne Grenzen (MSF) im nordöstlichen Südsudan und schreibt von seinen Erfahrungen als Pfleger.



Sabine Meisel / Edita Truninger
(Hrsg.)

Auf weiblichem Terrain

Pflegefachmänner im Porträt

2022. Etwa 144 S.,
6 Abb., 1 Tab., Kt
€ 19,95 (DE) /
€ 20,60 (AT) / CHF 28.90
ISBN 978-3-456-86183-8
Auch als eBook erhältlich

Im Zentrum des Buches stehen Portraits von Pflegefachmännern. Das Buch zielt darauf den Pflegeberuf auch für Männer attraktiver zu machen und liefert Rollenmodelle von Männern, die erfolgreich in die Pflege eingestiegen und als Pflegefachmänner tätig sind.



ÖSTERREICH

AK.AT/FÜRDICH

A woman with dark hair tied back, wearing a light purple polo shirt with a name tag that reads 'Fr. Helga'. She is sitting at a table in a kitchen, looking directly at the camera. The background shows a kitchen counter with a microwave, a clock on the wall, and various kitchen items on a shelf.

GESUNDHEIT #FÜRDICH

**DIE AK FORDERT EIN
SICHERES GESUNDHEITSSYSTEM.**