



Neue Herausforderungen benötigen gute Konzepte

Wir stehen in den Pflege- und Gesundheitsberufen vor sehr großen Herausforderungen. Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, die sich in Deutschland seit vielen Jahrzehnten in getrennten Ausbildungsgängen entwickelt haben, sollen nun also (zumindest im Mainstream) zu einer generalistischen Ausbildung zusammengeführt werden. Ein Teil der Ausbildung soll auch in hochschulischer Form angeboten werden. Die Ausbildung soll entsprechend dem allgemeinen Stand der Bezugs-Wissenschaften zur Förderung von fachlichen, sozialen, personalen, methodischen, interkulturellen und moralischen Kompetenzen und zu lebenslangem Lernen beitragen. Wissenschaftsorientierung und Ausrichtung der Ausbildung an Kompetenzen stellen Konzeptionen dar, die seit vielen Jahren in der Berufspädagogik diskutiert werden. Diese hohen Ansprüche sind bereits vor einigen Jahren auf die Ausbildung von Notfallsanitätern übertragen worden – und sollen in absehbarer Zeit auch für die Ausbildung in anderen Gesundheitsfachberufen – Ergotherapeuten, Physiotherapeuten und Logopäden – gelten (vgl. Sahmel (Hrsg.) 2018). Allerdings wird es in Deutschland einzig bei den Hebammen eine Vollakademisierung geben, bei den übrigen Gesundheitsfachberufen soll der Schwerpunkt bei der Ausbildung liegen und nur ein kleiner Teil in Form eines Hochschulstudiums angeboten werden. Damit fällt Deutschland hinter viele europäische Länder zurück, vor allem auch hinter Österreich, das die Akademisierung zumindest im Pflegebereich konsequent umgesetzt hat.

Bei den nun anstehenden Prozessen der Veränderung stehen Pädagoginnen und Pädagogen wie Vertreter von Einrichtungen und Praktiker / Praxisanleiterinnen vor schwierigen Aufgaben. Diese betreffen sowohl die institutionellen Rahmenbedingungen als auch die Gestaltung eines modernen schulischen Unterrichts und der komplexen praktischen Ausbildung, die beide erwachsenenpädagogischen Ansprüchen gerecht werden müssen.

Interessanterweise liegen für die Bewältigung dieser Aufgaben seit vielen Jahren fundierte Konzepte vor, die allerdings in den Diskussionen der Pflege- und Medizinpädagogik bislang kaum eine Rolle gespielt haben. Hiervon handeln viele Aufsätze des vorliegenden Heftes von „LLiG“ : „Lehren und Lernen im Gesundheitsbereich“.

Selbstverständlich lassen sich diese Konzepte nicht einfach auf die Ausbildung oder das Hochschulstudium übertragen. Eine Adaption beinhaltet immer auch eine kritische Auseinandersetzung und konstruktive Modifikation von Konzepten unter den gegebenen bzw. sich wandelnden Verhältnissen von Pflege und Gesundheitsversorgung.



Prof. Dr. Karl-Heinz Sahmel

Konkret:

- Im Zentrum der Ausbildung wie der beruflichen Tätigkeit soll die Reflexion stehen. Aber wie lässt sich Donald A. Schöns schon länger bekannte (aber zumeist eher nur zitierte) Konzeption des „reflective practitioner“ unter den gegenwärtigen und künftigen Bedingungen der Pflege umsetzen?
- Auszubildende wie Studierende sollen „fit für die Pflegepraxis“ gemacht werden. Aber für welche Praxis? Und wie? Auch hier liegt ein interessantes Konzept vor. Aber was verbirgt sich tatsächlich hinter dem Konstrukt von „practice readiness“?
- In Österreich und in der Schweiz gibt es reiche Erfahrungen mit „skills labs“ und mit Simulationspatienten. Lässt sich diese Praxis auf deutsche Ausbildungs- und Studienverhältnisse übertragen? Was muss bei der Einrichtung beachtet werden?
- Mit dem Konzept „Flow + / Freies Lernen Organisierte Wissens + Kompetenzentwicklung“ soll bei Notfall-sanitätern anregendes und freudvolles Lernen und Lehren gefördert werden. Ziemlich alte, aber nichts desto trotz immer noch aktuelle reformpädagogische Ansätze sollen mit Aspekten des selbstorganisierten Lernens in beruflichen Qualifikationsprozessen verknüpft werden. Wie kann das gelingen?
- Die Einführung von Forschungsergebnissen in die notfallmedizinische Praxis – ein Prozess der aus den bislang nicht reibungslos verlaufenden und noch lange nicht abgeschlossenen Prozessen der Einführung von „Evidenzbasierter Pflege / EBN“ einiges lernen kann.
- Schließlich geht es um das Konzept der „Schemapädagogik“ als Ansatz zur Verbesserung der Beziehung zwischen Lehrenden und Schülern. Auch hieran haben sich in anderen Kontexten schon Generationen von Pädagogen „gerieben“ – leider nicht immer erfolgreich. Dennoch sollte sich auch der Pflege-Ausbildungsbereich mit diesem Konzept auseinandersetzen.

Insgesamt wird in diesem Heft also gezeigt, dass ältere wie moderne psychologisch-pädagogische Konzeptionen kritisch auf ihre Umsetzbarkeit in der Praxis der Ausbildung und des Studiums im Gesundheits- und Pflegebereich überprüft werden müssen. Und zugleich wird deutlich, dass diese Konzeptionen nicht nur Gegenstand des wissenschaftlichen Diskurses sein sollten, sondern dass an Prozessen der Implementation wie der Evaluation stets Lehrende, Auszubildende und Studierende beteiligt werden sollten. So können sicherlich die Herausforderungen der Zukunft bewältigt werden.

Prof. Dr. Karl-Heinz Sahmel

Literaturhinweis:

Karl-Heinz Sahmel (Hrsg.): Hochschuldidaktik der Pflege und Gesundheitsfachberufe, Berlin/Heidelberg (Springer) 2018

Liebe Leserinnen, liebe Leser!

Eine non-profit Fachzeitschrift zu etablieren ist eine Herausforderung. Nicht umsonst müssen Fachverlage hohe Preise für ihre Fachzeitschriften verlangen und verdienen dann in diesem Segment nicht ein Mal viel Geld.

Nun ist es uns aber gelungen, eine zweite Ausgabe - die Ihnen vorliegende Ausgabe - zu generieren. Pünktlich, wie geplant zum 01. April 2019. Eine Oktober-Ausgabe ist schon in Vorbereitung, eine Listung in Datenbanken wird nun weiter forciert.

Das geht nur mit einem herausragenden Redakteur und einem engagierten Herausgaberteam. Vor allem unter dem Anspruch eines guten peer-review-Verfahrens. Danke an dieser Stelle an Euch, Patrizia Raschper, Markus Golla, Heiko Käding, Sebastian Koch und Karl-Heinz Sahmel.

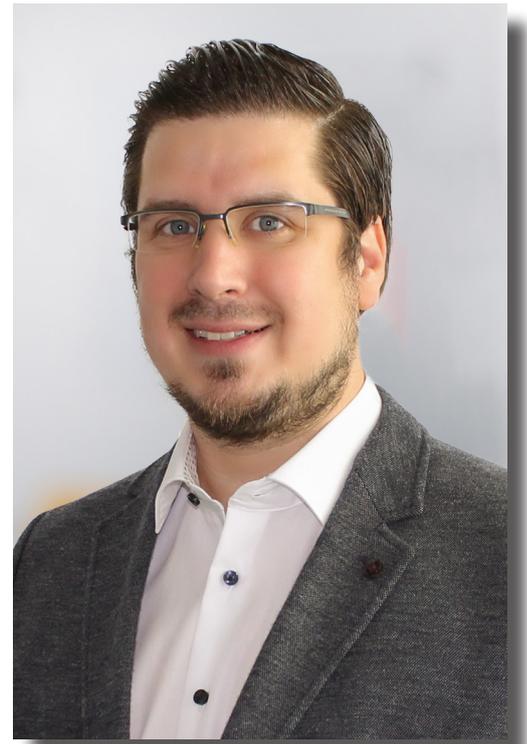
Schon in dieser Ausgabe können wir mit Artikeln von vielen verschiedenen Autoren und nicht nur aus dem Herausgaberteam arbeiten. Das freut mich sehr und zeigt das Interesse an der Fachzeitschrift.

Eine wichtige Aufgabe ist zu entscheiden, welche Artikel am Ende abgedruckt werden. Gerade in Teilgebieten, die eher noch nicht weiter im Fokus der (Gesundheits-/Pflege-)Pädagogik untersucht wurden und deshalb eher unwissenschaftlich anmuten. Doch auch dafür muss Platz sein. Dies haben wir besonders ausgewiesen.

Ich hoffe wir können v.a. auch den Bereich der betrieblichen Ausbildung/Praxisanleitung zukünftig weiter ausbauen. Wir freuen uns über jede Einreichung pädagogischer Arbeit oder deren Bezugswissenschaften und Schulmanagement.

Viel Spaß beim Lesen.

Prof. Dr. phil. Matthias Drossel



Prof. Dr. phil. Matthias Drossel



(HOCH-) SCHULDIDAKTIK

- 05 Lernen durch Reflexion in professionellen Berufen**
Heiko Käding

BETRIEBLICHE BILDUNG / PRAXISANLEITUNG

- 13 Practice Readiness – Einschätzungen von Absolventinnen und Absolventen von grundständigen Bachelor-Pflegestudiengängen**
Ursula Halbmayr-Kubicsek
Karl-Heinz Sahmel

BEST PRACTICE

- 25 Curriculare Entwicklung mit Studenten (Practice Beispiel)**
Claudia Schlegel
Ingeborg Beatty
- 29 Das FLoW+ Konzept der RKiSH Akademie für NotfallsanitäterInnen als Möglichkeit für anregendes und freudvolles Lernen und Lehren**
Rebekka Mangelsdorf
Christian Menke
- 39 Schemapädagogik – Lösungsansätze bei Störungen im Rahmen der Unterrichtsgestaltung**
Michael Jost

SKILLS LAB & SIMULATIONEN

- 45 Hindernisse und Hürden bei der Einführung von SkillsLab in Berufsfachschulen der Krankenpflege**
Regina Scheller
Matthias Drossel

FORSCHUNG

- 53 Zur Forschungsanwendung nichtärztlicher Mitarbeiter in der Notfall- und Rettungsmedizin – Eine explorative Faktorenanalyse auf Grundlage der Theorie des geplanten Verhalten nach Icek Ajzen**
Sebastian Koch
Josefine Weinberger
Stefan Riedel
Gero Langer
- 63 Zu Effekten von Schulungen als Einzelintervention auf die Complianceraten zur Händedesinfektion**
Katrin Bufe

IMPRESSUM**Herausgeber**

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

Herausgeber-Team:

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

Medieninhaber

Markus Golla, BScN
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

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) (c) Bamberger Akademien für Gesundheits- und Pflegeberufe
(C) 2019 Markus Golla, BScN

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

Lernen durch Reflexion in professionellen Berufen

Eingereicht 03.November 2018
Genehmigt 15.Februar 2019

Das Konzept des „Reflective Practitioner“ - Überlegungen zum Einsatz in der Pflegeberufs- und Lehrerbildung

Zusammenfassung

Der Schwerpunkt dieser Arbeit liegt in der Auseinandersetzung mit dem Thema Reflexion als zentrales Element vom Lernen in Bildungsprozessen. Es wird die Wichtigkeit des Lernens durch Reflexion in professionellen Berufen aufgezeigt und stellt das Reflexionskonzept des „Reflective Practitioner“ (die reflektierende Praxis) nach Donald Schön für die Pflegebildung, als auch für die Lehrerbildung im Bereich Gesundheit und Pflege dar.

Im zweiten Schritt folgen Überlegungen zur pädagogisch-didaktischen Wichtigkeit reflexiver Methoden in der Pflege- und Lehrerbildung sowie eine Exploration der Methode des „schriftlichen Nachdenkens“ in Anlehnung an Gabriele Rico, einer amerikanischen Sprachwissenschaftlerin und Kunstpädagogin. Die Methode ermöglicht es, durch das Schreiben und Darstellen das unausgesprochene Wissen zugänglich zu machen.

Terminal folgt eine kurze kritisch- konstruktive Anmerkung, bezogen auf Reflexionsmethoden und ihre methodische Anleitung. Auch werden Empfehlungen für weitere Forschungsdesiderate in diesem Bereich angeführt.

Summary

The focus of this work is the discussion of reflection as a central element of learning in educational processes.

It highlights the importance of learning through reflection in professional jobs and presents the reflection concept of Donald Schön's „Reflective Practitioner“ for nursing education as well as teacher education in health and care.

The second step is followed by considerations on the pedagogical and didactic importance of reflexive methods in nursing and teacher education as well as an exploration of the method of „written reflection“ in the style of Gabriele Rico, an American linguist and art educator. The method makes it possible to make the unspoken knowledge accessible by writing and presenting.

Terminal follows a short critical-constructive note, referring to reflection methods and their methodological guidance. Recommendations for further research desiderata in this area are also raised

Wichtigkeit des reflexiven Lernens

In der Berufs- als auch in der Hochschulbildung sind reflexive Prozesse für die Anbahnung von Kompetenzen elementar. Herzog beschreibt es treffend wie folgt: „Reflexion ist eine Form von Lernen aus Erfahrung. Sie bedeutet konstruktive Verarbeitung von Erfahrungen. Da auf einmalige, ungewisse und widersprüchliche Situationen nicht in dem Sinne vorbereitet werden kann, dass sich vorweg bestimmen ließe, wie in solchen Situationen zu handeln ist, ist die Fähigkeit zu reflektiertem Verarbeiten von Erfahrungen eine wesentliche Komponente der professionellen Kompetenz“ (Herzog, 1995, S. 271). Auch finden wir in der ausgehenden Professionsforschung in den Bereichen der Pflege- und Sozialwissenschaft in den letzten Jahrzehnten Erkenntnisse, die die Wichtigkeit der Reflexion zur Erreichung professionellen Handelns herausstellen und somit einen professionellen Habitus erst ermöglichen (Weidner, 2004; Raven, 2006). Olbrich beschreibt in ihrem pflegedidaktischen Modell vier Dimensionen des pflegerischen Handelns. In der dritten Dimension wird das „Reflektierende Handeln“ erläutert. Darunter versteht sie, sich mit Aspekten seiner eigenen Person auseinandersetzen und sich in selbstreflektierender Weise in das Pflegegeschehen einzubringen und weist somit die (Selbst)Reflexion zu einem wichtigen Element im Lernprozess auf, welches sie dann durch ihre verschiedenen Ebenen des Lernens (hier Reflektives Lernen) erläutert (Olbrich, 2010). Auch weitere pflegedidaktische Modelle, Theorien und Befunde weisen in den Publikationen auf die Wichtigkeit reflexiver Lernprozesse hin und finden seitdem Beachtung. Sich und sein Handeln stetig zu

reflektieren und auf Grundlage von Fachwissen und Fallverstehen zu einer Lösung zu gelangen, macht professionelle Berufsinhaber aus und unterscheidet Fachkräfte von Hilfskräften.

Bei der Recherche zu reflexiven Methoden in der Berufspädagogik als auch in der Hochschullehre findet man heute eine Vielzahl an Publikationen zum Thema Lern- und Selbstreflexion. Jedoch bei genauer Betrachtung wird deutlich, dass häufig keine differenzierte Reflexionsanleitung aufgezeigt werden.

Herkunft und Entwicklung des Reflexionskonzeptes nach Donald Schön

In den siebziger und achtziger Jahren des letzten Jahrhunderts wurde durch den US-amerikanischen Philosophen und Soziologen Donald Schön unter Rückbesinnung auf John Dewey (1859-1952) und David Kolbs (geb. 1939) Erkenntnisse, folgendes Reflexionsmodell entwickelt und publiziert. Es ist als eine Lern- und Arbeitsmethode zu verstehen, als ein Konzept des „professionellen Handelns“, welche in der Theorie situationsbezogen entwickelt wurde und durch das Handeln selber erforscht wird. Dieses Konzept wurde von verschiedenen Disziplinen aufgenommen und in ihnen fachbezogen diskutiert, darunter in der Aktionsforschung und in der Pflegewissenschaft. Im Jahre 1983 erschien sein Buch „Reflective Practitioner“, in welchem er sein Konzept erläutert und mit Beispielen belegt.

Leider fand im deutschsprachigen Raum das Konzept der „Gestaltung professioneller Praxis“ in den ersten Jahren kaum Anwendung sowie Diskussionsgegenstand, da sein Werk bis heute nicht in Gän-



Heiko Käding

Dipl. Pflegepädagoge, Bamberger Akademien für Gesundheits- und Pflegeberufe

Kontakt: heiko.kaeding@bamberger-akademien.de

ze ins Deutsche übersetzt wurde (Altrichter, 2000, S.201).

Eine zentrale Fragestellung in seine Überlegungen ist, wie man das Wissen konzeptuell beschreiben kann, welches dem erfolgreichen problemlösenden Handeln von Fachleuten zugrunde liegt. Schön rekonstruiert das implizite Wissen der erfahrenen Praktiker immer vor der Kontrastfolie einer normativen Konzeption der Anwendung akademischen Wissens. Dieser normativen Vorstellung zufolge erfordert wissenschaftsbasiertes Expertenhandeln und die Anwendung expliziter Regeln. Nach Schön geht der Fachmann an eine Aufgabenstellung mit einem bestimmten Verständnis für die aktuelle Situation heran und dadurch definiert er erst jetzt das Problem, welches er bearbeiten und oder lösen muss. Konzepte seines Fachwissens bilden nun seine Wahrnehmung. Immer dann, wenn Schwierigkeiten in der ursprünglichen Problemlösungsidee auftreten, verändert der Fachmann seine Situationsinterpretation/-perspektive. Dadurch wird sein Handeln folglich flexibel (Bromme & Rambow, 2000, S. 248). Eine Verwandtschaft dieser Idee findet sich in anderen bekannten Theorien, zum Beispiel von Ryle (1969), Polanyi (1985) sowie von Dreyfus & Dreyfus (1987) wider. Jedoch merkt Neuweg an, dass die kognitiven Grundlagen des flexiblen Expertenhandelns, also das knowledge-in-action, nicht wirklich aufgeklärt wird. Jedoch beschreibt Schön in seinen Fallstudien viele Beispiele, in welchen kategoriale Wahrnehmung sowie kognitive Verdichtungen beschrieben sind und somit ein wissenschaftlicher Rückschluss gezogen werden kann.

Im Bereich der Lehrerbildung ist professionelles Lehrerhandeln

durch die Herausbildung eines „doppelten Habitus“ im Sinne eines professionellen Könnens und einer wissenschaftlichen Reflexivität (Böhnke & Straß, 2006; Helsper, 2001) gekennzeichnet.

Ebenso ist für das professionelle Expertentum, in der pflegeberuflichen Praxis dieser doppelte Habitus charakteristisch im Sinne der doppelten Handlungslogik (Darmann 2005, 2004; Hülsken-Giesler & Böhnke, 2007, S. 173).

Damit eignet sich das Konzept von Donald Schön als Möglichkeit, professionelles Handeln zu begründen und die methodisch-didaktische Implementierung reflexiver Methoden in die Berufsbildung beider professioneller Berufe (Pflege- und Lehre) zu legitimieren.

Das Konzept vom Zusammenspiel von Wissen und Handeln

Dieses basiert auf der Grundidee des reflexiven Praktikums. Es handelt sich dabei um drei typische Formen des Zusammenspiels von Wissen und Handeln in der Praxis: knowing-in-action (Handlungen auf Basis unausgesprochenen, Wissens-in-der-Handlung), reflection-in-action (Reflexion-in-der-Handlung) und reflection on reflection-on-action (Reflexion-über-die-Handlung).

Unter knowing-in-action (Handlungstypus I.), versteht Schön, die Bewältigung unkomplizierter Situationen auf der Basis von „implicit knowing-in-action, welche häufig durch die Hilfe von Routinen erfolgt. „Our knowing is ordinarily tacit, implicit in our patterns of action and in our feel for the stuff with which we are dealing (Schön, 1983, p. 49). Er beschreibt, dass „[...] unser Wissen normalerweise unausgesprochen ist, implizit in

den Mustern unseres Handelns und in unserem Gefühl für das Material, mit dem wir umgehen“ (Altrichter, Posch & Spann, 2018, S. 331).

Nach Bromme ist das wichtigste Beispiel für den Handlungstyp I die Routine. Diese sind interne oder externe Operationen, die entweder durch häufiges Wiederholen entstanden sind oder eine relativ hohe Geschwindigkeit des Vollzugs haben und wenig bewusste Steuerungsprozesse in der Handlung erfordern (Bromme, 1985).

In der Pflegebildung werden Routinen im Laufe der theoretischen und praktischen Ausbildung durch die theoretische Wissensvermittlung am Lernort Schule und praktische Ausbildung im Lernort Betrieb angebahnt und weiter ausgebildet. Sie wenden diese in unkomplizierten beruflichen Situationen zur Problem- oder Situationsbewältigung an.

Dies erfolgt meist implizit und hier zeigt sich das unausgesprochene Wissen z.B. in der routinierten Durchführung einer pflegerischen Technik.

Im Lehrerberuf führen Routinen zu einer Stabilität im Lehrerverhalten, welches es den Lernenden erlaubt, ihr Verhalten im Unterricht auf Grundlage der Lehrererwartungen einzurichten. So sind Routinen die Voraussetzung für die zeitlich parallele Verfolgung mehrerer Ziele, welche gerade die typische Anforderung des Lehrerhandelns ist. Als mögliche Beispiele zählt etwa, dem Lernenden etwas zu erklären, auf die Mitarbeit der Lernenden zu achten und/oder einen Lernenden besonders zu beobachten, ... (Altrichter, et. al., 2018, S. 332).

Kommt es in der Handlung zu Problemen, also wenn ein knowing-in-action nicht mehr problemlösend ist, wird der zweite Handlungstyp Reflection-in-action nötig.

Wenn das bisherige Wissen/Können nicht mehr genügt, wird somit eine Reflexion in der Handlung erforderlich.

Schön führt dazu aus: „Wenn jemand in der Handlung reflektiert, wird er zu einem Forscher im Kontext der Praxis. Er ist nicht von den Kategorien etablierter Theorie und Technik abhängig, sondern konstruiert eine neue Theorie des spezifischen Falles. Sein Forschen beschränkt sich nicht darauf, Mittel zu überlegen, die von einer vorhergehenden Übereinkunft über Ziele abhängen. Er trennt Mittel und Ziele nicht, sondern bestimmt sie interaktiv, wenn er eine problematische Situation definiert. Er trennt Denken nicht vom Tun, bahnt sich nicht schlussfolgernd seinen Weg zu einer Entscheidung, die er dann in eine Handlung umformen muss. Da sein Experimentieren eine Form praktischer Haltung ist, ist die Verwirklichung seiner Reflexionsergebnisse in seine Forschung eingebaut“ (Schön 1983, S. 68 f. übersetzt in Altrichter, et. al., 2018, S. 333).

Schön beschreibt 6 typische Phasen des Bildes einer reflektierenden Konversation mit der Situation für den Ablauf einer Reflexion in der Handlung:

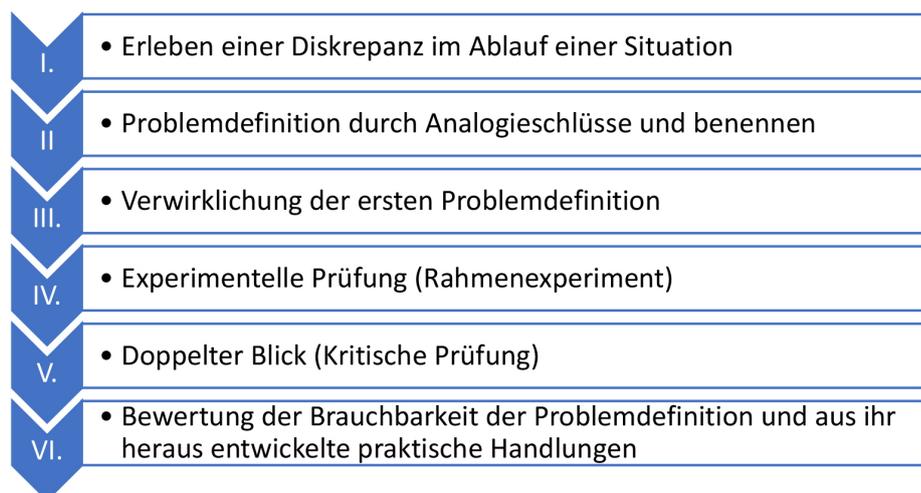


Abbildung 1: 6 typische Phasen des Bildes einer reflektierenden Konversation nach D. Schön

Im Laufe ihres Handelns reflektieren professionell Pflegende als auch Lehrkräfte, indem sie die Ergebnisse ihres pflegerischen Handelns/ Lehrerhandelns mit ihren Handlungsabsichten fortlaufend vergleichen. Dies tun sie nicht nur in Bezug auf ihr eigenes Handeln, sondern auch in Bezug auf das Handeln ihres Gegenübers (Patient*in, Angehörige, .../ Schüler*in, Eltern, ...) und in Bezug auf die aktuell-situativen Umstände sowie unter Einbeziehung des Fachwissens ihrer Profession.

Reflection on reflection-in-action (Handlungstyp III)

Hier tritt nun die Reflexion aus dem Handlungsfluss heraus und distanziert sich. Es erfolgt eine Unterbrechung des primären Handlungsflusses und eine Zuführung zur Reflexion.

Diese Fähigkeit wird als ein grundlegender Bestandteil professioneller Kompetenz gesehen, da sie die Basis zur Erfüllung dreier Aufgaben anbahnt, die sich den Mitgliedern einer Profession stellen:

1. Grundlage für die Bearbeitung besonders komplexer Handlungsaufgaben und die

Lösung besonders schwieriger Handlungsprobleme.

2. Hilft Neulingen einer Profession, sich in ihre Tätigkeiten einzugewöhnen und die professionelle Erfahrung der nachfolgenden Generation weiterzugeben.
3. Sie müssen in der Lage sein, ihr Wissen und ihre Handlungen den Klienten und Professionkollegen zur Diskussion zu stellen, es dabei zu begründen und einer kritischen Prüfung aussetzen (Altrichter, et al., 2018, S. 336 f.).

Somit setzen professionelle Berufsinhaber diesen Handlungstyp ein, wenn sehr komplexe Probleme oder Situationen auftauchen oder Diskurse mit Kolleginnen/ Kollegen oder Klientinnen/ Klienten zu führen sind. Dabei muss der Praktiker sein Handlungswissen verbal formulieren und verständlich darlegen. Es geht darum, „nichtverbalisiertes Wissen“ zu aktivieren, auszubreiten und darzulegen. So können professionelle Praktiker es auf mögliche Fehler überprüfen oder mit dem Ziel weiterentwickeln, die Problemsituation zu bewältigen.

Zusammenfassung zum Reflexionsmodell

Für das Handeln in professionellen Berufen werden von den Berufsinhabern alle drei Handlungstypen nach Donald Schön erwartet. Im Mittelpunkt steht die reflection-in-action. Durch diese werden komplexe Handlungssituationen rationell und schnell bearbeitet. In ihr fließt der Handlungstyp knowing-in-action mit ein, muss jedoch mit der Reflexion über die Handlung ergänzt werden. Bedarf es der Lösung komplexerer Handlungsaufgaben oder muss Wissen über die Handlungen an Klienten und Professionskollegen weitergegeben und diskutiert werden, bedarf es dem Handlungstyp Reflection on reflection-in-action. Dieser weist die höchste Ausprägungsform des Professionshandelns aus. (Altrichter, et al., 2018, S. 337). Sowohl in der Berufs-, als auch in der Hochschulbildung müssen reflexive Methoden vermehrt einen Stellenwert in Curricula und Lehrplänen sowie im Unterricht einnehmen und bereits ab Ausbildungsbeginn den Lernenden schrittweise näherge-

bracht werden.

Bedeutsam an Schöns Reflexionsmodell von Praxis ist, er beginnt seine Konzeptualisierung konsequent von der Handlung her und vermeidet somit ein intellektualistisches Verdoppelungsmodell wie es Neuweg beschreibt. Lernen findet nach ihm im Medium der Handlung statt. Auch gibt das Reflexionsmodell eine Grundlage zur Rechtfertigung und Wertschätzung des Erfahrungswissen von Praktiker*innen (Altrichter, 2000, S. 215)

Methodisch-didaktische Gestaltung reflexiver Lernprozesse in professionellen Berufen

In den vergangenen Jahren wurden reflexive Lernmethoden im Bereich der Bildung professioneller Berufe publiziert und fanden Einzug in Curricula und Modulhandbüchern. Auch eine Verbindung zum forschenden Lernen, welches heute in vielen hochschulischen Bildungsgängen didaktisch verankert ist, wird hier sehr gut sichtbar. Verweist nicht selbst Donald Schön durch

die Aussage darauf, dass durch Reflexion in der Handlung des Praktikers dieser zum Forscher im Kontext der Praxis wird (Schön, 1983, S. 68 f).

Als ein Praxisbeispiel wird die Methode des „schriftlichen Nachdenkens“ in Anlehnung an Gabriele Rico vorstellen. Diese Reflexionsmethode ermöglicht, eigene Handlungen zu reflektieren und sich unausgesprochenes Wissen zugänglich zu machen und ist sowohl in der Pflege- als auch in der Lehrerbildung eine gut einzusetzende Reflexionsmethode (Altrichter, et al., 2018, S. 43 f.).

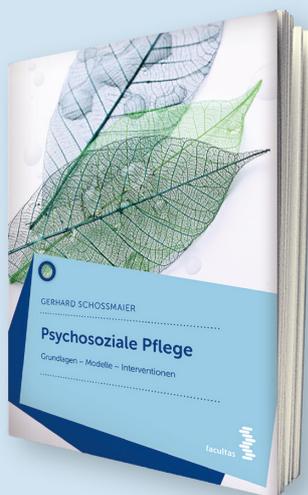
„Schriftliches Nachdenken“ kann besonders hilfreich sein. Dazu zählen:

... Situationen, welche Personen schon öfters erlebt haben, die ihnen aber noch unklar sind.

... Situationen, in denen immer wieder Konflikte und Probleme auftreten.

... Situationen, welche durch eine Person als belasteten empfunden wird, obwohl keine sichtlichen offensichtlichen Probleme und

Die Chancen und Grenzen von Teamarbeit



Gerhard Schoßmaier

Psychosoziale Pflege

Grundlagen – Modelle – Interventionen

Auch als e-book

facultas 2019, 144 Seiten, broschiert
EUR 24,90 (A) EUR 24,20 (D) / sFr 31,- UVP
ISBN 978-3-7089-1815-0

Psychosoziale Problemstellungen sind zentrale Aufgabe der psychiatrischen Pflege. Dieses Buch erörtert Hintergründe und Ursachen psychosozialer Probleme aus dem pflegerischen Blickwinkel. Im Sinne der Pflegediagnostik beschreibt es die Grundlagen der pflegerischen Beziehungsarbeit im psychiatrischen Bereich sowie passende Pflegekonzepte. Darüber hinaus gibt es einen Überblick möglicher Interventionen für den täglichen Umgang mit Betroffenen. Spezielle Settings werden ebenso berücksichtigt wie besondere Aspekte der psychosozialen Pflege.

Für Auszubildende in Pflegeberufen, insbesondere in der Weiterbildung psychiatrische Pflege, sowie alle, die ihr Wissen für die Praxis erweitern wollen.

facultas

Konflikte anfallen. Z. B. ethische Konflikte, Dilemmata, schwierige Entscheidungen (Altrichter, et al., 2018, S. 38).

Die Methode des „schriftlichen Nachdenkens“ spricht im Besonderen den Handlungstyp I an und umfasst sechs Schritte, welche im Folgenden aufgeführt sind:

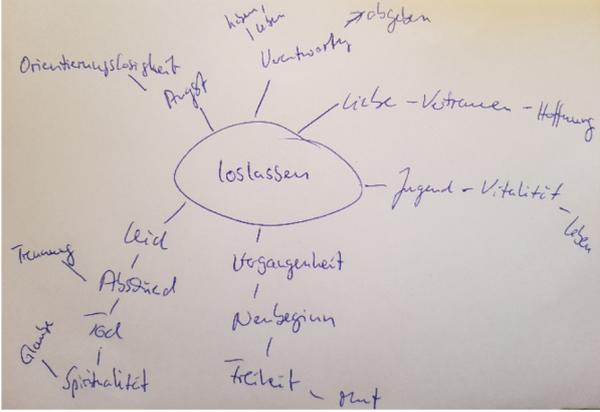
| Schritte der Methode | Beispiel |
|--|--|
| <p>1. Mittels Fragenliste erfolgt ein Impuls in entspannter Atmosphäre, die assoziierten, spontanen Gedanken werden in Stichworten festgehalten.</p> | <p>Beispielhafte Fragenliste zum Impuls:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Was gefällt mir und welche Probleme habe ich in meinem Beruf? • Was würde ich in naher Zukunft gerne tun? • Was erleichtert mir meine Arbeit? • Was war meine größte berufliche Enttäuschung? • An welche Person in meiner beruflichen Situation erinnere ich mich am liebsten zurück und warum? <p>Lassen Sie alle aufsteigenden Gedanken zu und halten diese schriftlich fest. Je nach Situation können die Fragen variieren und situativ verändert werden.</p> |
| <p>2. Im nächsten Schritt wird aus der Stichwortliste ein Kernwort ausgewählt und in die Mitte eines leeren Blattes geschrieben.</p> | <p style="text-align: center;">  </p> |
| <p>3. Nun folgt die Erstellung eines Clusters nach Rico, also das Bilden von Wortketten durch Assoziationen zum Kernwort in verschiedener graphischer Anordnung.</p> <p>Durch das Clustern wird die Situation durch Assoziation ausgebreitet und bearbeitbar gemacht (Rico, 2004; vgl. Pickworth Farrow 1984, p. 57-66).</p> |  |
| <p>4. Wenn Sie die wichtigsten Assoziationsketten aufgestellt haben, führen Sie nun in ihrem Geiste eine Umschaltung von der bildhaften freien Assoziation zu einem Erkennen von Mustern aus dem Cluster durch.</p> <p>Verschriftlichen Sie diese in Form eines Textes. Je nach ihrer Neigung kann dieser Text eher sachlich sein oder eher kreativ.</p> | <p>Beispielhafte Bearbeitung:</p> <p>Loslassen ist in einer pflegerischen aber auch privaten Beziehung von großer Bedeutung. Es kann mit großem Leid, Angst und Orientierungslosigkeit einhergehen. Loslassen kann aber auch Freiheit und Neubeginn sowie Hoffnung bedeuten.</p> <p>Für mich bedeutet dies in beruflichen Situationen</p> |
| <p>5. Im Weiteren kann der entstandene Text noch weiterbearbeitet oder mit anderen besprochen und ausgewertet werden, z. B. mit Praxisanleiter, Lehrkräften, Ausbildern.</p> | |

Tabelle 1: Fallbeispiel mit Methode des „schriftlichen Nachdenkens“ in Anlehnung an Gabriele Rico

Diese Methode der Reflexion findet heute bereits Anwendung in der allgemeinen Lehrerbildung, bevorzugt in der Grundschulpädagogik und im Sprachunterricht. Sie stellt eine grundlegende, reflexive Methode dar. Die Anwendung der Reflexionsmethode in der pflegeberuflichen Bildung bietet eine Chance in der Praxisbegleitung gezielt mit den Schülern, unausgesprochenes Wissen bewusst zu machen und dadurch ihr professionelles Handeln zu fördern (Lernbegleitung/ -förderung). Jedoch müsste auch diese Methode noch durch Forschung untermauert werden.

Weitere reflexive Methoden, welche die Handlungstypen I-III ansprechen, sind das Schreiben und die Evaluation von Tagebüchern, hier z. B. das Lerntagebuch oder die Portfolioarbeit. Durch das Führen eines Tagebuches oder die Anfertigung eines Portfolios findet formative Reflexion zum einen auf der inhaltlichen Ebene statt. Zum anderen wird durch das Tagebuch oder das Portfolio die Reflexion über das eigene Lernen und Denken (Metakognition) angeregt. Diese Methoden zeichnen sich besonders durch eine Rekonstruktion einer Situation aus, welche dadurch verstehbar, erforschbar sowie lösbar gemacht wird, und so die reflexive Kompetenz von professionellen Berufsinhabern stetig ausbaut.

Fazit

In der Berufsausbildung in den Pflegeberufen finden Lerntagebücher, Lernberatung sowie Portfolioarbeit bereits einen großen Anklang. Im Rahmen der schulpraktischen Studien oder im Praxissemester haben sich in den letzten Jahren auch in der Gesundheits- und Pflegepädagogik an vielen Universitäten und Hochschulen diese re-

flexiven Methoden etabliert. Eine ausführliche Betrachtung weiterer reflexiver Methoden würde den Umfang dieses Artikels sprengen.

Abschließend kommt man zum gleichen Schluss und der kritischen Anmerkung, wie bereits durch Mag. Wolf Hilzensauer in der Fachzeitschrift *Bildungsforschung* ausgeführt hat, dass die Suche nach theoretischen Herangehensweisen über Reflexion eine ernüchternde Erkenntnis liefert. Im Bereich der Theorien gibt es nur sehr vereinzelt brauchbare Ansätze über die Reflexion. Es gibt gute bis befriedigende methodische Anleitungen für die Reflexion über das Lernen. Wer sich mit Reflexion selbst im Bereich von reflexionsorientierten Methoden wie z. B. Lerntagebuch, Lernjournalen, Portfolio und E-Portfolios beschäftigt, findet kaum differenzierte Reflexionsanleitungen (Hilzensauer, 2008, S. 16). Hier sollte ein weiterführendes Forschungs- und Entwicklungsinteresse der Berufspädagogik als auch in der Lehrerbildung bestehen. Jedoch macht dieses Wissen den Rückgriff auf Konzepte über Reflexion, wie das Konzept des „reflektiv Practitioner“ umso wichtiger für die Entwicklung und Auswahl von passenden Reflexionsmethoden.

Literatur

Altrichter, H. (2000). Handlung und Reflexion bei Schön. In G. H. Neuweg (Ed.), *Wissen - Können - Reflexion: Ausgewählte Verhältnisbestimmungen* (pp. 201–221). Innsbruck, Wien, München: Studien-Verl.

Altrichter, H., Posch, P., & Spann, H. (2018). *Lehrerinnen und Lehrer erforschen ihren Unterricht* (5., grundlegend überarbeitete Auflage). UTB. Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt.

Böhnke, U., & Straß, K. (2006). Die Bedeutung der kritisch-rekonstruktiven Fallarbeit in der LehrerInnenbildung im Berufsfeld Pflege. *PRInterNet*, 06, pp.197–205.

Bromme, R., & Rambow, R. (2000). Was Schöns „reflectiv praktitioner“ durch die Kommunikation mit Laien lernen können. In G.

H. Neuweg (Ed.), *Wissen - Können - Reflexion: Ausgewählte Verhältnisbestimmungen* (pp. 245–263). Innsbruck, Wien, München: Studien-Verl.

Bromme, R. (1985). Was sind Routinen im Lehrerhandeln? *Unterrichtswissenschaft*, 182–192.

Darmann, I. (2004). Theorie-Praxis-Transfer in der Pflegeausbildung: Anforderungen an die verschiedenen Lernorte. *PRInterNet*, 04, pp. 197–203.

Darmann, I. (2005). Professioneller Pflegeunterricht. *PRInterNet*, 05, 655–663.

Helsper, W. (2001). Praxis und Reflexion: Die Notwendigkeit einer „doppelten Professionalisierung“ des Lehrers. *Journal Für LehrerInnenbildung* : JIb, 1, pp. 7–15.

Herzog, W. (1995). Reflexive Praktika in der Lehrerinnen- und Lehrerbildung. *Beiträge Zur Lehrerinnen- Und Lehrerbildung*, 13, 253–273.

Hilzensauer, W. (2008). Theoretische Zugänge und Methoden zur Reflexion des Lernens: Ein Diskussionsbeitrag. *Bildungsforschung*, 5.

Neuweg, G. H. (Ed.). (2000). *Wissen - Können - Reflexion: Ausgewählte Verhältnisbestimmungen*. Innsbruck, Wien, München: Studien-Verl.

Olbrich, C. (2010). *Pflegekompetenz*. Teilw. zugl.: Erlangen, Nürnberg, Univ., Diss., 1998 u.d.T.: Olbrich, Christa: *Theorie der Pflegekompetenz* (2., vollst. überarb. und erw. Aufl.). Pflegepädagogik. Bern: Huber.

Pickworth Farrow, E. (1984). Bericht einer Selbstanalyse: Eine Methode, unnötige Ängste und Depressionen abzubauen. Stuttgart: Klett-Cotta.

Raven, U. (2006). *Pflegerische Handlungskompetenz - Konsequenzen einer Begriffserklärung*. *PrInterNet* : Die Zeitschrift Für Pflegewissenschaft : Pflegepädagogik, Pflege-management, Pflegeinformatik, Angewandte Pflegeforschung, Soziale Gerontologie, 8, p. 22–27.

Rico, G. L. (2004). *Garantiert schreiben lernen: Sprachliche Kreativität methodisch entwickeln: ein Intensivkurs* (C. Hofelder-von der Tann, H. Kober & L. Mietzner, Trans.) (Sonderausgabe). *rororo sachbuch: Vol. 61685*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Schön, D. A. (1983). *The reflective practitioner: How professionals think in action*. New York: Basic Books.

Weidner, F. (2004). *Professionelle Pflegepraxis und Gesundheitsförderung: Eine empirische Untersuchung über Voraussetzungen und Perspektiven des beruflichen Handelns in der Krankenpflege* (3. Auflage). Mabuse-Verlag Wissenschaft. Frankfurt am Main: Mabuse-Verl.

Lernwelten 2019

19. internationaler wissenschaftlicher Kongress für Kongress für Pädagogik der Pflege- und Gesundheitsberufe

12.-13. September 2019

Fachhochschule Kärnten,
Campus Klagenfurt

Call for Abstracts

Jetzt Beiträge einreichen!



Lernwelten Kongressbüro
Raun 21
D-63667 Nidda
Tel.: +49 (0) 6402 7082660
info@lernwelten.info

www.lernwelten.info

Practice Readiness

Einschätzungen von Absolventinnen und Absolventen eines grundständigen Bachelorstudiums der Pflege

Eingereicht 30. Oktober 2018
Genehmigt 04. Januar 2019

Abstract

Das Ziel der pflegerischen Ausbildung ist es, Absolventinnen und Absolventen mit entsprechenden Kompetenzen auszustatten, um eine Practice Readiness zu entwickeln. Die Diskussion über Practice Readiness begann im anglo-amerikanischen Raum mit der Überführung der pflegerischen Ausbildung in den tertiären Bildungsbereich. Im Fokus steht, inwiefern Absolventinnen und Absolventen eines grundständigen Pflegestudiums auf den Berufseinstieg und die Anforderungen in der pflegerischen Praxis vorbereitet sind.

Ziel dieser Literaturliteraturarbeit ist die Darstellung von Practice Readiness sowie von Stärken und Schwächen der Absolventinnen und Absolventen eines grundständigen Bachelorstudiums der Pflege anhand aktueller, wissenschaftlicher Literatur.

Mittels systematischer Literaturrecherche konnten vierzehn relevante Studien identifiziert werden. Recherchiert wurde in den Datenbanken CINAHL, Academic Search Elite, ERIC und MEDLINE sowie in deutschsprachigen online Pflegezeitschriften.

Practice Readiness wird unterschiedlich wahrgenommen und hängt stark von der Sichtweise und den Erwartungen ab. Fehlende Erfahrungen und mangelndes Fachwissen führten zu Stress und Überforderung. Schwächen zeigten sich unter anderem im Umgang mit Menschen mit psychischen Erkrankungen und Sterbenden, im Medikamentenmanagement sowie in Managementaufgaben und Edukation. Besondere Stärken wurden in der individuellen Patientenpflege, der Kommunikation, dem kritischen und reflektierten Denken sowie in der Fähigkeit des lebenslangen Lernens identifiziert.

Evaluationen von Ausbildungsprogrammen in der Pflege hinsichtlich der Vorbereitung auf den Berufseinstieg sind sinnvoll, um die Ausbildung an die Anforderungen der pflegerischen Praxis anzupassen und Curricula entsprechend zu gestalten. Dies unterstützt einen gelungenen Berufseinstieg.

Schlüsselwörter: Pflegestudium, Berufseinstieg, Pflegeausbildung

Abstract

The aim of undergraduate nursing programs is to equip new graduate nurses with the skills, knowledge and practice readiness. The practice readiness discussion started with the transfer of nurse education to the tertiary sector in countries like Australia, Canada, USA and the United Kingdom. The focus of the discussion is the preparation for a successful transition to registered nurse practice.

The aim of this study is to explore the level of practice readiness, strength and weakness of nursing students at the end of education and new graduate nurses.

14 articles were found by a systematic literature research in CINAHL, Academic Search Elite, ERIC, MEDLINE and in relevant German journals.

The experience of practice readiness is different and belongs to different views and expectations. Lack of experience and knowledge entail distress. The encounter with dying and mentally ill patients is problematical for new graduate nurses. They also were least satisfied with medication management, nursing management and education. New graduate nurses are well prepared for individual patient care, communication, life-long learning, critical and reflected thinking.

Evaluation of undergraduate nursing programs are important to offer a high quality of education and prepare nursing students for the transition process.

Keywords: nursing education, practice readiness, new graduate nurses

Einleitung

Der International Council of Nurses definiert vier grundlegende Aufgaben für Pflegende: „Gesundheit zu fördern, Krankheit zu verhüten, Gesundheit wiederherzustellen, Leiden zu lindern“ (DBfK, 2012). Innerhalb des Berufsfeldes Pflege hat sich in den letzten Jahren ein Wandel vollzogen. Bedingt durch demografische Veränderungen hat der Pflegeberuf an Komplexität zugenommen. Darüber hinaus kommt es durch den gesellschaftlichen Wandel zu einer Verschiebung im Versorgungssystem. Auch die zunehmende Ökonomisierung im Gesundheitswesen bringt zusätzliche Herausforderungen mit sich. Um diesen vielfältigen Aufgaben gerecht zu werden, benötigen Pflegende unterschiedliche Kompetenzen (Görres, 2006; Lima, Newall, Kinney, Jordan, & Hamilton, 2014; Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband, 2011, Sahmel 2018). Fehlende oder mangelhaft ausgeprägte Kompetenzen von Pflegenden können negative Auswirkungen auf den Outcome von Patientinnen und Patienten haben (Nilsson et al., 2014). Pflegerische Ausbildung findet im europäischen Raum sowohl als Diplombildung an Berufsfachschulen als auch auf Bachelorniveau an (Fach-) Hochschulen statt (Kumaran & Carney, 2014). Um eine qualitativ hochwertige Pflege in den unterschiedlichen Settings gewährleisten zu können, wird zunehmend eine Akademisierung der pflegerischen Ausbildung angestrebt.

Problemdarstellung

Durch die pflegerische Ausbildung sollen die, für die Berufsausübung notwendigen, Kompetenzen erworben werden, um sowohl zu reflektieren, als auch in der Praxis tätig zu werden, also eine Practice

Readiness zu entwickeln. Die Diskussion über Practice Readiness begann in den 1970er Jahren in den USA, Australien, Kanada und Großbritannien. Die Überführung der pflegerischen Ausbildung vom sekundären in den tertiären Bildungsbereich verstärkte die Forschung zu Practice Readiness. Denn mit der Akademisierung der Pflegeausbildung vergrößerte sich die Kluft zwischen Theorie und Praxis. Pflegende aus der klinischen Praxis kritisierten, dass im Rahmen hochschulischer Pflegeausbildung vermehrt Wert auf theoretische Ausbildung gelegt und praktische Aspekte vernachlässigt wurden (El Haddad, Moxham, & Broadbent, 2017).

Der englische Begriff „Practice Readiness“ kann im Sinne von „readiness for practice“ als Bereitschaft für die Praxis, Einsatzbereitschaft oder Handlungsbereitschaft für die Praxis übersetzt werden. Da im internationalen Kontext der Begriff „Practice Readiness“ etabliert ist und eine deutsche Übersetzung nur eine Annäherung darstellt, wird im Weiteren der englische Begriff verwendet.

Im Fokus der Diskussion um Practice Readiness steht, inwiefern Absolventinnen und Absolventen eines Pflegestudiums auf den Berufseinstieg und die Anforderungen der pflegerischen Praxis vorbereitet sind. Beim Berufseinstieg sind insbesondere Fachwissen, pflegerische Kompetenzen und Fertigkeiten sowie Urteilsvermögen erforderlich (Usher, Mills, West, Park, & Woods, 2015; Wolff, Pesut, & Regan, 2010). Absolventinnen und Absolventen auf den Berufseinstieg und die Anforderungen der pflegerischen Praxis vorzubereiten, ist eine wesentliche Aufgabe des Pflegestudiums (Güner, 2015; Missen, Mckenna,



Mag. sc. hum. Ursula Halbmayr-Kubicsek MSc

Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin, akademisch geprüfte Lehrerin für Gesundheits- und Krankenpflege, Studium der Gesundheitswissenschaften und Palliative Care, Doktorandin am Department Pflegewissenschaft mit dem Schwerpunkt Pflegepädagogik an der UMIT, derzeit als Mitglied des Lehr- und Forschungspersonals an der FH Gesundheitsberufe OÖ tätig.

Kontakt: ursula.halbmayr-kubicsek@fhgooe.ac.at



Prof. Dr. Karl-Heinz Sahmel

Apl. Professor an der UMIT/Department Pflegewissenschaft

Kontakt: karl-heinz.sahmel@t-online.de

& Beauchamp, 2016). Denn von Berufseinsteigerinnen und Berufseinsteigern in der Pflege wird erwartet, dass sie den Anforderungen der Praxis gewachsen sind und weitgehend autonom arbeiten können (Lima et al., 2014; Missen et al., 2016).

Im Rahmen einer Studie der Universität Innsbruck gaben erfahrene Pflegende an, dass die Akademisierung der Pflege eine Verschiebung von Berufsvorstellungen und Werten sowie das Verlernen der pflegerischen Kernkompetenzen in der direkten Pflege und Betreuung mit sich brachte. Die Befragten waren zudem der Meinung, akademisierte Pflegepersonen fokussieren zu stark auf administrative Tätigkeiten und die ganzheitliche Pflege werde nicht mehr gewährleistet. Ebenso kritisierten die Befragten, dass in der akademischen Ausbildung zu wenig Wert auf die Vermittlung von pflegerischen Fähigkeiten und Fertigkeiten und zu viel auf Evidenzbasierung und wissenschaftliches Arbeiten gelegt werde (Glaser, Seubert, Hopfgartner, Prskalo, & Roose, 2018).

Eine unzureichende Vorbereitung auf den Berufseinstieg neu graduerter Pflegepersonen bleibt nicht ohne Folgen. Die Theory of Transition nach Boychuk Duchscher (2008) besagt, dass es bei Berufseinsteigerinnen und Berufseinsteigern innerhalb der ersten drei bis vier Monaten zu einem sogenannten „Transition Shock“ kommt. Die neu graduierten Pflegepersonen realisieren, dass sie unzureichend auf die vielfältigen Aufgaben vorbereitet sind. Das führt zu Stress und Überforderung. Mit der steigenden Verantwortung kommt es auch zur Angst, Fehler zu machen oder Wesentliches zu vergessen. Die Folge von

unzureichender Vorbereitung auf die pflegerische Praxis durch die hochschulische Ausbildung kann einen frühzeitigen Berufsausstieg mit sich bringen (Candela & Bowles, 2008; Laschinger, 2010).

Mit der Novelle des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes vom August 2016 (BGBl. I Nr. 75/2016) veränderte sich die Ausbildungssituation in Österreich. Die Ausbildung zum gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege soll bis zum Jahr 2024 vollständig in den tertiären Bildungsbereich überführt werden. Die Ausbildung zur Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegerin und zum diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger findet dann ausschließlich an Fachhochschulen statt (Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband, 2016; RIS, 2017b). Diese Neuausrichtung der Pflegeausbildung soll die Absolventinnen und Absolventen befähigen, dem Wandel im Berufsfeld Pflege gerecht zu werden (Them, Wetzlmair, Schulc, 2018). Außerdem soll die Ausbildungsreform zu einer Steigerung der Attraktivität des Berufsbildes beitragen (Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband, 2015). Das österreichische Gesundheits- und Krankenpflegegesetz definiert für den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege neben den Kompetenzen bei Notfällen, bei der medizinischen Diagnostik und Therapie und den Kompetenzen im multiprofessionellen Versorgungsteam auch die pflegerischen Kernkompetenzen (RIS, 2017b).

Ob die Akademisierung der Ausbildung den Anforderungen der pflegerischen Praxis gerecht wird, wurde in Österreich noch nicht überprüft. Im Rahmen in-

ternationaler Studien wurde die Practice Readiness von Bachelorabsolventinnen und -absolventen erhoben. Outcome Überprüfungen beurteilen die Effektivität und Effizienz pflegerischer Ausbildung. Zur Überprüfung der erworbenen Kompetenzen am Ende der Pflegeausbildung kommen zum einen standardisierte, subjektive Einschätzungsverfahren zur Selbst- oder Fremdeinschätzung zum Einsatz (Darmann-Finck, 2011). Zum anderen wird subjektiv erlebte Practice Readiness anhand qualitativer Methoden erhoben (Kumaran & Carney, 2014; Plessl-Schorn, 2014; Wolff, Regan, Pesut, & Black, 2010).

Zielsetzung und zentrale Fragestellungen

Ziel dieser systematischen Literaturrecherche ist es, die Practice Readiness sowie Stärken und Schwächen von Absolventinnen und Absolventen eines Bachelorstudiums Pflege aus unterschiedlichen Perspektiven anhand aktueller, wissenschaftlicher Literatur darzustellen.

Aus Problemstellung und Zielsetzung wurden folgende Forschungsfragen abgeleitet:

Wie wird Practice Readiness der Absolventinnen und Absolventen eines Bachelorstudiums der Pflege wahrgenommen?

Welche Stärken und Schwächen zeigen sich bei Bachelorabsolventinnen und -absolventen der Pflege im klinischen Alltag?

Beim vorliegenden Artikel handelt es sich um eine Literatuarbeit nach systematischen Kriterien. Bei der Studienauswahl wurde anhand der Prozessschritte Identifikation, Selektion und Bewertung vorgegangen.

Tabelle 1: Ein- und Ausschlusskriterien

| Einschlusskriterien | Ausschlusskriterien |
|--|---|
| Studierende der Pflege im Rahmen der Grundausbildung | Studierende und/oder Absolventinnen anderer Gesundheitsberufe |
| Hochschulische Pflegeausbildung, Bachelor-Abschluss | Pflegeausbildung im sekundären Bildungsbereich, Diplomausbildung, Masterstudiengänge, Spezialisierungen |
| Publikationszeitraum 2008 bis 2018 | Publikation vor dem Jahr 2008 |
| Sprache: deutsch oder englisch | Andere Sprachen |
| Wissenschaftliche Studien im EMED Format | Berichte, Fachartikel ohne nachvollziehbare Methodik |
| Practice Readiness, Stärken und Schwächen, Kompetenzerwerb durch das Pflegestudium | Andere Outcome-Parameter, Entwicklung/Evaluierung von Erhebungsinstrumenten zur Kompetenzbewertung, Evaluierung spezieller Programme, Rolle beim Berufseinstieg |
| Erhebungszeitpunkt im letzten Studienabschnitt oder im ersten Jahr nach Berufseinstieg | Kompetenzerwerb zu einem früheren Zeitpunkt der Ausbildung, Kompetenzen nach längerer Berufstätigkeit |
| Quantitative und Qualitative Studien, Mixed Methods Studien | Systematic Reviews, Metaanalysen |

Methode

Identifikation von Studien

Die Literaturrecherche fand im Zeitraum Oktober 2017 bis Oktober 2018 statt. Es wurde in den Datenbanken CINAHL Complete (via EBSCO-Host), Academic Search Elite (via EBSCO-Host), ERIC (via EBSCO-Host) und MEDLINE (via PubMed) mit den englischsprachigen Suchbegriffen „nursing student#“, „newly graduated nurses“, „newly registered nurses“, „practice readiness“, „job readiness“, „competenc#“, „weakness#“ und „strength#“ recherchiert. Um die Suche einzugrenzen, wurden die Bool'schen Operatoren AND und OR verwendet. Da sowohl pflegerische Ausbildung als auch pflegerische Praxis von einem ständigen Wandel und stetiger

Weiterentwicklung geprägt sind, wurde der Publikationszeitraum mit 2008 bis 2018 begrenzt. Weitere Eingrenzungen waren English oder German language, abstract available, research article und human. In MEDLINE wurden zur Suche auch MeSH-Terms („nursing students“, „baccalaureate nursing education“) verwendet. Um weitere Studien zu identifizieren kam die Berrypicking Methode nach Bates (1989) zum Einsatz. Diese Methode ergänzt die systematische, lineare Literaturrecherche. Zusätzlich erfolgte eine Recherche in den online Zeitschriften PADUA, Pflege, Pflegewissenschaft und Pädagogik der Gesundheitsberufe mit entsprechenden deutschen Suchbegriffen.

Selektion

Die Datenbankrecherche ergab 378 Treffer, inklusive Mehrfachtreffer. Im ersten Selektionsschritt wurden die Titel gesichtet und Mehrfachtreffer eliminiert. Somit verblieben zur näheren Analyse 109 Studien. In einem weiteren Schritt erfolgte das Lesen der Abstracts. Anhand von Ein- und Ausschlusskriterien (Tabelle 1) wurden weitere 80 Studien ausgeschlossen. Es erfolgte eine Volltextanalyse der verbliebenen 29 Studien. Davon wurden weitere 18 Studien aufgrund der Ausschlusskriterien eliminiert. In diesen Studien war nicht klar definiert, ob es sich um ein Bachelorstudium der Pflege oder um eine Diplomausbildung an Schulen handelt. Zum Teil wurde auch nicht zwischen den Absolventinnen und Absolventen dieser

beiden Ausbildungsschienen in der Ergebnisdarstellung unterschieden. Eine deutschsprachige Studie unterschied nicht zwischen Pflege-, Ergotherapie- und Physiotherapiestudierenden. Ebenso wurden Systematic Reviews ausgeschlossen, da Studien, die in den Reviews verwendet wurden, bereits in diese Literaturarbeit inkludiert waren. Schlussendlich entsprachen elf Studien den Einschlusskriterien. Eine thematisch relevante Studie wurde mittels Recherche in online Zeitschriften identifiziert. Weitere zwei Studien konnten durch die Berrypicking Methode eingeschlossen werden. Alle Studien wurden einer kritischen Bewertung unterzogen. Ein Flowchart zur Studienselektion ist in Abbildung 1 dargestellt.

Bewertung

Die Beurteilung der Studienqualität erfolgte für qualitative Studien anhand des Beurteilungsbogens „Kritische Beurteilung einer qualitativen Studie“ nach Behrens und Langer (2010). Die Studien wurden anhand der Kriterien Glaubwürdigkeit, Aussagekraft und Anwendbarkeit überprüft. Für quantitative Studien wurden die „Kriterien zur Analyse und Bewertung der methodischen Qualität von Studien“ von Panfil (2011) herangezogen. Bewertet wurden Fragestellung und Zielsetzung, Stichprobe, Design, Studienablauf, Datenanalyse, Ergebnisse und Schlussfolgerungen. Alle ausgewählten Studien konnten positiv bewertet und zur Ergebnisdarstellung herangezogen werden.

Ergebnisse

Die inkludierten Studien sind in Tabelle 2, absteigend nach Publikationsjahr, zusammengestellt. Die Studienergebnisse wurden anhand inhaltlicher Aspekte hinsichtlich der Forschungsfragen

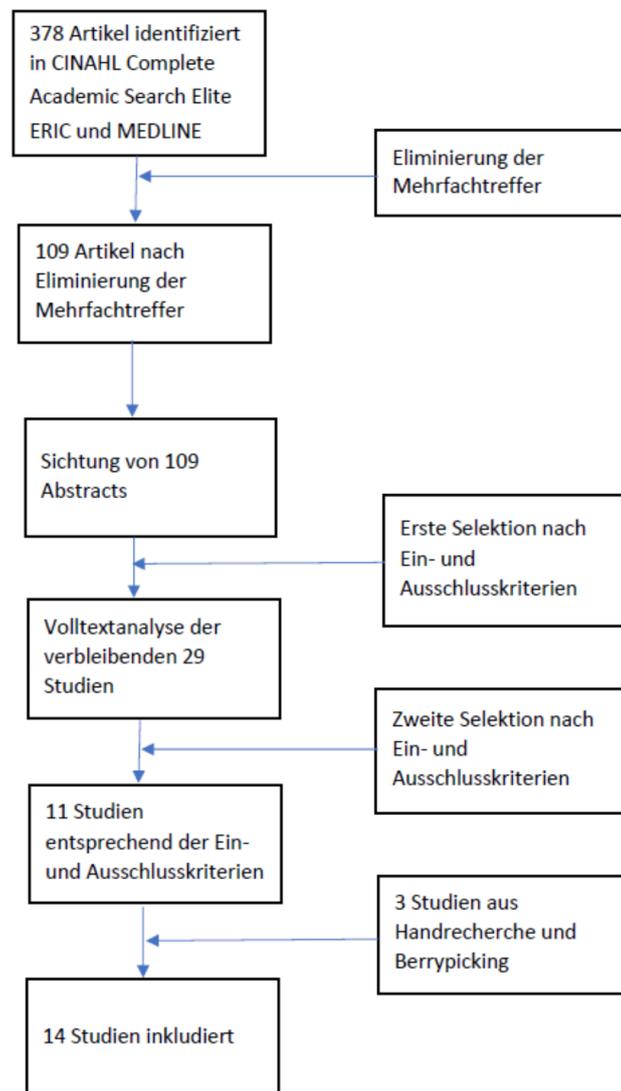


Abbildung 1: Flowchart

zu Kategorien zusammengeführt und detailliert dargestellt. Bei der Ergebnisdarstellung wird zuerst die Sichtweise der Absolventinnen und Absolventen präsentiert. Anschließend werden die Ergebnisse aus Sicht von erfahrenen Pflegepersonen dargestellt.

Sichtweise von Absolventinnen und Absolventen

Bei der Sichtweise der Absolventinnen und Absolventen fanden sowohl Studienergebnisse Berücksichtigung, die am Ende des Studiums (Candela & Bowles,

2008; Casey et al., 2011; Kelly & Ahern, 2009; Plessl-Schorn, 2014; Woods et al., 2015) als auch Ergebnisse, die kurz nach dem Berufseinstieg (Kelly & Ahern, 2009; Kumaran & Carney, 2014; Lima et al., 2014; Parker, Giles, Lantry, & McMillan, 2014; Phillips, Kenny, Esterman, & Smith, 2014) erhoben wurden.

Practice Readiness

Eine Befragung von Studierenden am Ende des Pflegestudiums von Woods et al. (2015) ergab, dass 89 Prozent der Befragten sich

Tabelle 2: Übersicht über die inkludierten Studien absteigend nach Publikationsjahr

| AutorInnen, Jahr, Land | Journal | Forschungsansatz/ Studiendesign | Datenerhebung/ Instrumente | Stichprobe |
|---|--|---|---|---|
| Brown R.A., Crookes P.A., 2016, Australien | BMC Nursing | Quantitative, modifizierte Delphi- Studie | Fragebogenerhebung, Bondy modified criteria 30 skills areas | n = 299 ExpertInnen der Pflege |
| Missen K., McKenna L., Beauchamp A., 2015, Australien | Contemporary Nurse Journal | Deskriptive qualitative Studie | Semistrukturierte Leitfadeninterviews | n = 16 Nursing Program KoordinatorInnen |
| Woods C., West C., Mills J., Park T., Southern J., Usher K., 2015, Australien | Collegian | Quantitative Querschnittstudie | Fragebogenerhebung, Casey-Fink Readiness for Practice Survey | n = 113 Studierende der Pflege am Ende der Ausbildung |
| Dlamini C., Mtshali N., Dlamini C., Mahanya S., Shabangu T., Tsabede Z., 2014, Swaziland | Journal of Nursing Education and Practice | Deskriptive qualitative Studie | Fokusgruppen Befragung | n= 31 erfahrene Pflegernde, Bereichs- managerInnen, Praxisanleitungen |
| Kumaran S., Carney M., 2014, Irland | Nurse Education in Practice | Phänomenologische qualitative Studie | Einzelinterviews | n = 10 AbsolventInnen eines Pflegerstudiums kurz nach dem Berufseinstieg |
| Lima S., Newall F., Kinney S., Jordan H., Hamilton B., 2014, Australien | Collegian | Quantitative Querschnittstudie | Fragebogenerhebung, Nurse Competence Scale | n = 47 Pflegernde zum Zeitpunkt des Berufseinstieges |
| Phillips C., Kenny A., Esterman A., Smith C., 2014 Australien | Nurse Education in Practice | Sekundäre qualitative Datenanalyse | Qualitative Online Befragung mit Open- Ended Questions, Fokusgruppen Befragung | n = 392 n = 67 AbsolventInnen eines Pflegerstudiums beim Berufseinstieg |
| Plessl-Schorn B., 2014, Österreich | Pflege- wissenschaft | Interpretative qualitative Studie | Fokussierte Leitfadeninterviews | n = 10 AbsolventInnen des Kombistudiums Pflege |
| Numminen O., Laine T., Isoaho H., Hupli M., Leino-Kilpi H., Meretoja R., 2014, Finnland | Scandinavian Journal of Caring Sciences | Quantitative Querschnittstudie | Fragebogenerhebung, Nurse Competence Scale | n = 227 Pflegerleitungen, Praxisanleitungen |
| Parker V., Giles M. Lantry G., McMillan M., 2012, Australien | Nurse Education Today | Mix Methods Studie | Fragebogenerhebung, Fokusgruppen Befragung | n = 282 n = 55 Neu graduierte Pflegerpersonen am Beginn der Berufskarriere |
| Casey K., Fink R., Jaynes C., Campell L., Cook P., Wilson V., 2011, USA | Journal of Nursing Education | Mixed Methods Studie | Fragebogenerhebung, Casey-Fink Readiness for Practice Survey, 2 Open-Ended- Questions | n = 429 Bachelor- studierende der Pflege am Ende der Ausbildung |

| | | | | |
|--|--|---|---|--|
| Wolff A., Regan S., Pesut B., Black J., 2010, Kanada | International Journal of Nursing Education Scholarship | Qualitative deskriptive Studie | Fokusgruppen Befragung | n = 150 erfahrene Pflegepersonen |
| Kelly J., Ahern K., 2009, Australien | Journal of Clinical Nursing | Qualitative phänomenologische Studie nach Husserl | Semi-strukturierte Interviews | n = 13 AbsolventInnen eines Pflegestudiums vor und nach Berufseinstieg |
| Candela L., Bowles C., 2008, USA | Nursing Education Perspectives | Quantitative Querschnittstudie | Fragebogenerhebung, Survey of Nurses' Perception of Educational Preparation | N = 352 AbsolventInnen eines Pflegestudiums beim Berufseinstieg |

durch die Ausbildung auf die Berufspraxis gut vorbereitet fühlten. Zu einem ähnlichen Ergebnis kamen Candela und Bowles (2008) hier waren es 72 Prozent der Befragten. Auch die Befragten bei Plessl-Schorn (2014) gaben an, ausreichend Handlungskompetenzen für den Berufseinstieg im Studium erworben zu haben. In der Studie von Lima et al. (2014) schätzten die Absolventinnen und Absolventen ihre Practice Readiness als durchschnittlich ein. Eine weitere Studie ergab, dass die Absolventinnen und Absolventen vor dem Berufseinstieg meinten, sie wären gut auf die Anforderungen der Pflegepraxis vorbereitet. Allerdings zeigte sich kurz nach dem Berufseinstieg, dass die Vorbereitung in vielen Belangen unzureichend war (Kelly & Ahern, 2009). Kumaran und Carney (2014) fanden heraus, dass die Befragten direkt zum Zeitpunkt des Berufseinstieges aufgeregt, aber auch stolz waren, die Prüfungen bestanden zu haben und ins Berufsleben zu starten. Diese Eindrücke änderten sich jedoch und Nervosität sowie das Gefühl der Verletzlichkeit traten in den Vordergrund. Auch Angst und Frustration wurden beschrieben. Es wurde den Befragten bewusst, dass die Verantwortung anstieg. Die Arbeitsbedingungen und der Stress belasteten die Studien-

teilnehmerinnen. Das hohe Arbeitstempo, die geringe Zeit für die Patientinnen und Patienten, die fehlende Erfahrung und mangelndes Fachwissen förderten Gefühle von Stress und Angst. Sie fühlten sich nicht ausreichend für ihre Aufgabe qualifiziert. Insgesamt waren die Befragten zwischen positiven und negativen Emotionen hin und her gerissen. Erst langsam entwickelten sie Sicherheit und Selbstbewusstsein in der Rolle als Pflegenden. Auch die Befragten bei Parker et al. (2014) berichteten von einem hohen Stresslevel in den ersten Monaten nach dem Berufseinstieg. Etwa zehn Prozent erwogen sogar einen frühzeitigen Berufsausstieg. Ein hoher Anteil der Befragten fühlte sich den emotionalen und körperlichen Herausforderungen nicht gewachsen.

Stärken

Besonders hoch wurden in den Studien die kommunikativen Fähigkeiten bewertet. Die Befragten fühlten sich sowohl in der Kommunikation mit Patientinnen und Patienten sowie der Kommunikation im multiprofessionellen Team sicher (Candela & Bowles, 2008; Casey et al., 2011; Woods et al., 2015). Auch in der Kommunikation mit Angehörigen empfanden die Befragten Sicherheit (Casey et al., 2011). Die Absolventinnen und Absolventen waren gut auf die

Übernahme der helfenden Rolle im Rahmen der Pflege vorbereitet (Lima et al., 2014). Sie fühlten sich sicher und kompetent in der Ausführung der direkten Pflege (Parker et al., 2014). Die Fähigkeit zur Problemlösung (Candela & Bowles, 2008; Casey et al., 2011), das Erkennen von Sicherheitsrisiken bei Patientinnen und Patienten (Casey et al., 2011) und kritisches Denken (Candela & Bowles, 2008) sowie diagnostische Fertigkeiten (Lima et al., 2014) wurden von den Absolventinnen und Absolventen positiv hervorgehoben. In der Studie von Plessl-Schorn (2014) betonten die Befragten ihre Kompetenzen zur Nutzung von Informationsquellen, zum lebenslangen Lernen und die wissenschaftlichen Kompetenzen.

Schwächen

Studierende am Ende der Ausbildung fühlten sich unsicher bei der Reaktion in Notfällen und bei der Pflege von Patienten in instabilen Situationen, in der Wundversorgung, im Umgang mit Tracheostoma und Bülaurainagen, der Interpretation von EKG's und in der Anwendung von Assessmentinstrumenten. Auch äußerten sie geringes Selbstvertrauen bei Patientenbesprechungen mit den Ärztinnen und Ärzten. Prioritätensetzung bei der Pflege der Patientinnen und Patienten

wurde ebenfalls als schwierig angesehen (Casey et al., 2011). Die Absolventinnen und Absolventen fühlten sich unzureichend auf die Anforderungen bei der Pflege und Betreuung sterbender Menschen und der Begleitung deren Angehörigen ausgebildet (Casey et al., 2011; Lima et al., 2014; Phillips et al., 2014). Auch mangelnde Kenntnisse im Umgang mit Menschen mit Demenz und anderen psychischen Erkrankungen verursachten Probleme (Parker et al., 2014). Es zeigte sich auch, dass die Administration, das Management und die Verabreichung von Medikamenten einen Unsicherheitsfaktor darstellten (Casey et al., 2011; Parker et al., 2014). Schlecht fühlten sich die Befragten auf das elektronische Datenmanagement und die Dokumentation in der elektronischen Patientenakte vorbereitet (Candela & Bowles, 2008; Casey et al., 2011). Die fehlende Erfahrung und mangelndes Fachwissen förderten Gefühle von Stress und Angst. Vor allem organisatorische Fähigkeiten und rechtliche Kenntnisse fehlten den Befragten (Kumaran & Carney, 2014). Die Absolventinnen und Absolventen fühlten sich wenig darauf vorbereitet was es bedeutet, als professionell Pflegende zu arbeiten. Sie waren sich der großen Verantwortung nicht bewusst. Sie realisierten, dass sie als Studierende nicht wirklich Verantwortung übernehmen mussten. Einen Monat nach Berufseinstieg waren sie gestresst, hatten Angst und sahen sich der hohen Verantwortung nicht gewachsen (Kelly & Ahern, 2009). Die Befragten berichteten, dass die Ängste, Fehler zu machen, mit dem Level der Anforderungen stiegen und besonders in akuten Situationen hoch waren. Auch für den Einsatz auf einer Intensivstation fühlten sich die Berufsanfängerinnen und

-anfänger nicht ausreichend ausgebildet. Ebenso wurden Druck und Stress in Spezialbereichen wie zum Beispiel in der Notaufnahme besonders stark empfunden (Phillips et al., 2014). Große Defizite zeigten sich auch im Bereich der ethischen Entscheidungsfindung (Casey et al., 2011; Kelly & Ahern, 2009). Ebenso wurde die Vorbereitung auf Management- und Führungsaufgaben (Candela & Bowles, 2008) sowie auf Patienten- und Angehörigenedukation (Lima et al., 2014) eher gering bewertet.

Sichtweise von erfahrenen Pflegenden

Als erfahrene Pflegepersonen werden Koordinatorinnen und Koordinatoren von Nursing Programs (Missen, McKenna, & Beauchamp, 2015), Praxisanleitungen (Dlamini et al., 2014; Numminen et al., 2014), Pflegende mit mehreren Jahren Berufserfahrung (Brown & Crookes, 2016; Dlamini et al., 2014; Wolff, Regan, Pesut, & Black, 2010) sowie Pflegemanagerinnen und Pflegemanager (Dlamini et al., 2014; Numminen, Leino-Kilpi, Isoaho, & Meretoja, 2014) zusammengefasst.

Practice Readiness

Practice Readiness wurde in den Studien unterschiedlich dargestellt. Die Befragten bei Wolff et al. (2010) bestätigten, dass die Ausbildung die Absolventinnen und Absolventen mit grundlegenden Kompetenzen ausstattet, um in unterschiedlichen Settings der Pflegepraxis zu arbeiten. Befragte im Pflegemanagement schätzten die professionellen pflegerischen Kompetenzen beim Berufseinstieg mit eher gut ein (Numminen et al., 2014). Sowohl Brown und Crookes (2016) als auch Missen et al. (2015) fanden in ihren Studien heraus, dass die Absolventinnen

und Absolventen der Pflegeausbildung zum Zeitpunkt des Berufseinstieges nicht ausreichend für die Praxis gerüstet sind. Auch der Großteil der Befragten in der Studie von Dlamini et al. (2014) äußerte, dass zum Zeitpunkt des Ausbildungsabschlusses die Absolventinnen und Absolventen nicht ausreichend auf die Anforderungen in der Praxis vorbereitet waren. Sie benötigten am Beginn ihrer pflegerischen Karriere permanente Unterstützung und waren noch nicht fähig, auf der Station selbstständig zu arbeiten.

Stärken

Mehr als die Hälfte der Befragten bei Brown und Crookes (2016) stufen die Berufseinsteigerinnen und Berufseinsteiger als sehr kompetent in den Bereichen Aufrechterhaltung von Würde und Privatsphäre, Pflegeprozess, Anwendung von Pflegemodellen, Kommunikation und Dokumentation sowie therapeutische Pflege ein. Auch in den Bereichen Risikoprävention, kulturelle Kompetenz und die Anwendung von Assessmentinstrumenten war die Bewertung sehr gut. In den Studien wurden auch die guten theoretischen Kenntnisse, besonders in Anatomie und Physiologie, hervorgehoben (Dlamini et al., 2014; Missen et al., 2015; Wolff et al., 2010). Als besondere Stärke wurde die Forschungskompetenz der Berufseinsteigerinnen und Berufseinsteiger identifiziert (Missen et al., 2015). Fertigkeiten im Aneignen von neuem Wissen (Missen et al., 2015) und besondere Fähigkeiten in der Anwendung von Informationstechnologien (Missen et al., 2015; Numminen et al., 2014) wurden ebenso als Stärken erkannt. Auch kritisches Denken und Reflektieren konnte positiv hervorgehoben werden (Wolff, Regan, et al., 2010).

Ebenso wurden Items wie Pflegephilosophie und Selbstfürsorge hoch bewertet (Numminen et al., 2014). Die erfahrenen Pflegenden bescheinigten den Absolventinnen und Absolventen auch gute Kenntnisse in der unmittelbaren und individuellen Pflege der Patientinnen und Patienten (Brown & Crookes, 2016; Numminen et al., 2014).

Schwächen

Weniger gut wurde der Umgang mit Menschen mit Demenz sowie mit trauernden oder emotional berührten Menschen eingeschätzt. Auch edukative Fähigkeiten wurden eher schlecht bewertet (Brown & Crookes, 2016). Als besonderes Defizit wurde das Zeitmanagement der neu graduierten Pflegepersonen hervorgehoben. Auch bei der Venenpunktion, der Wundversorgung und dem Patienten-Assessment konnten Defizite identifiziert werden. Das Wissen um Wirkungen und Nebenwirkungen von Medikamenten wurde ebenso als unzureichend eingestuft. Die Befragten äußerten, dass die Berufseinsteigerinnen und Berufseinsteiger zum Teil nicht fähig waren, effektiv zu arbeiten, besonders dann, wenn sie während ihrer Ausbildung nur eine geringe Anzahl an Praktikumsstunden im Setting Akutkrankenhaus absolviert hatten. Auch kommunikative Fähigkeiten wurden als mangelhaft beschrieben (Missen et al., 2015). Geringe Kompetenz bescheinigten die Befragten schließlich im Bereich der Beratung und der Bereitstellung von Pflegeexpertise (Brown & Crookes, 2016; Dlamini et al., 2014; Numminen et al., 2014). Beim Berufseinstieg fehlte es den Absolventinnen und Absolventen an klinischen Fertigkeiten und professioneller Haltung. Es mangelte ihnen an Selbstbewusstsein und

der Erfahrung, um Entscheidungen im klinischen Alltag treffen zu können (Dlamini et al., 2014).

Diskussion

Die subjektiv wahrgenommene Practice Readiness der Absolventinnen und Absolventen eines Bachelorstudiums der Pflege veränderte sich mit dem Berufseinstieg. Schätzten sich vor dem Berufseinstieg noch ein Großteil der Befragten als gut vorbereitet ein (Candela & Bowles, 2008; Plessl-Schorn, 2014; Woods et al., 2015), so veränderte sich diese Sichtweise in den ersten Monaten der Berufsausübung. Fehlende Erfahrung und mangelndes Fachwissen führten zu einem hohen Stresslevel. Die Befragten fühlten sich unzureichend für die Anforderungen in der Praxis qualifiziert und den Herausforderungen nicht gewachsen. Erst nach mehreren Monaten entwickelten die Berufseinsteigerinnen und -einsteiger Selbstbewusstsein und Sicherheit (Kelly & Ahern, 2009; Kumaran & Carney, 2014; Parker et al., 2014). Diese Ergebnisse werden auch von der Theory of Transition nach Boychuk Duchscher (2008) bestätigt. Während sich in den ersten drei Monaten nach dem Berufseinstieg der sogenannte „Transition Shock“ einstellt, vollziehen die Berufsanfängerinnen und -anfänger im vierten bis achten Monat einen Wandel, der von kontinuierlichem Fortschritt begleitet ist. Auch Brown und Crookes (2016), Dlamini et al. (2014) sowie Missen et al. (2015) kamen durch Befragungen von erfahrenen Pflegepersonen zur Erkenntnis, dass die Absolventinnen und Absolventen der hochschulischen Pflegeausbildung nur mangelhaft für die Praxis gerüstet waren. Die Studie von Wolff et al. (2010) bestätigte den Berufseinsteigerinnen und -einsteigern

eine gute Practice Readiness. Die Absolventinnen und Absolventen waren mit grundlegenden Kompetenzen ausgestattet, um in den unterschiedlichen Settings der Pflege zu arbeiten.

Wie Practice Readiness neu graduierten Pflegepersonen von erfahrenen Pflegenden wahrgenommen wird, hängt stark von der Sichtweise und den Erwartungen ab. Geht man davon aus, dass Bachelorstudiengänge in der Pflege die Absolventinnen und Absolventen generalistisch ausbilden und mit der Fähigkeit zu lebenslangem Lernen ausstatten, um in den unterschiedlichen Settings der Pflege auf Anfängerniveau die Berufskarriere zu beginnen, so sind sie gut für die pflegerische Praxis gerüstet. Erwartet man allerdings von Berufseinsteigerinnen und -einsteigern, sie seien Pflegepersonen, die völlig eigenständig die Tätigkeit in der Pflegepraxis, im Sinne von „hit the floor running“ aufnehmen, so wird ihre Practice Readiness als gering eingestuft (El Haddad, Moxham, & Broadbent, 2013). Auch gemäß der Theorie „From Novice to Expert“ von Benner (2012) befinden sich Berufseinsteigerinnen und Berufseinsteiger der Pflege auf dem Level des fortgeschrittenen Anfängers. Um als kompetent Pflegenden zu gelten, bedarf es einer Berufserfahrung von zumindest zwei Jahren im selben Setting. Auch Greenwood (2000) bestätigt, dass die Intention von Bachelorstudiengängen der Pflege darin liegt, Pflegenden auszubilden, die auf Anfängerlevel in allen Bereichen der Pflegepraxis tätig werden können.

Als besondere Stärken wurden sowohl aus Absolventinnen- und Absolventensicht als auch aus Sicht der erfahrenen Pflegenden

die unmittelbare und individuelle Pflege von Patientinnen und Patienten sowie die Kommunikation und das Risikomanagement hervorgehoben (Brown & Crookes, 2016; Candela & Bowles, 2008; Casey et al., 2011; Lima et al. 2014; Numminen et al. 2016; Parker et al., 2014; Woods et al., 2015). Auch die Fähigkeit kritisch zu denken und zu reflektieren wurde auf beiden Seiten positiv hervorgehoben (Candela & Bowles, 2008; Wolff et al., 2010). Denn berufliche Bildung sollte nicht auf funktionales Lernen reduziert werden. Gerade die Fähigkeit, sich kritisch mit Themen auseinanderzusetzen, argumentieren zu können und zu hinterfragen, bildet eine gute Basis für die Berufsausübung (Sahmel, 2018). Auch der United Kingdom Central Council (1986 zit.n. El Haddad, Moxham, & Broadbent, 2013) geht davon aus, dass höhere berufliche Bildung auf Bachelorniveau Pflegende mit besseren Fähigkeiten zum kritischen Denken und reflektierter Entscheidungsfindung ausstattet.

Defizite konnten sowohl bei der Befragung von Absolventinnen und Absolventen als auch bei der Befragung von erfahrenen Pflegenden im Umgang mit Menschen mit Demenz und anderen psychischen Erkrankungen identifiziert werden (Brown & Crookes, 2016; Parker et al., 2014). Auch die Pflege von schwerstkranken und sterbenden Menschen und der Umgang mit deren Angehörigen wurden als problematisch dargestellt (Brown & Crookes, 2016; Casey et al., 2011; Lima et al., 2014; Phillips et al., 2014). Probleme im Kontext der End-of-Life Care bei neu graduierten Pflegepersonen konnte auch in anderen Studien nachgewiesen werden (Hebert, Moore, & Rooney, 2011; Jenull-Schiefer, Mayr,

& Mayring, 2006; Jenull, Brunner, Ofner, & Mayr, 2008; Oliveira Pinho & Barbosa, 2010). Eine fundierte Ausbildung und kompetente Begleitung in Palliative Care sind notwendig, um Absolventinnen und Absolventen pflegerischer Studiengänge adäquat auf die Herausforderungen im Umgang mit sterbenden Menschen und ihren Angehörigen vorzubereiten (Halbmayer-Kubicsek, 2017). Denn Pflegende mit geringer Ausbildung in End-of-Life Care lassen sich kaum auf die Pflege Sterbender ein und vermeiden den Kontakt (Mutto, Errázquin, Rabhansl, & Villar, 2010). Mangelnde Kompetenzen wurden auch im Zusammenhang mit dem Medikamentenmanagement erkannt. Dabei stellen Kenntnisse zu Wirkungen und Nebenwirkungen von Medikamenten einen wesentlichen Faktor für Patientensicherheit dar (Stichtenoth, 2011).

Die Fähigkeit effektiv zu arbeiten wurde in der Studie von Missen et al. (2015) dann als gering eingestuft, wenn die Absolventinnen und Absolventen nur eine geringe Anzahl an Praktikumsstunden im Krankenhaus absolviert hatten. Im internationalen Vergleich ist die verpflichtende Anzahl der Stunden im klinischen Praktikum unterschiedlich. In Großbritannien beträgt die Praktikumszeit für Bachelorstudierende der Pflege 2300 Stunden. Im Gegensatz dazu beträgt das Ausmaß der praktischen Ausbildung in Australien 800 Stunden und in Neuseeland 1300 Stunden (Christensen et al., 2016). Auch in Österreich beträgt die gesetzlich vorgeschriebene Mindestpraktikumszeit 2300 Stunden in unterschiedlichen Settings der Pflege (RIS, 2017a). Christensen et al. (2016) fanden heraus, dass die Anzahl der Praktikumsstunden im Rahmen der pflegerischen

Grundausbildung das Gefühl der Practice Readiness bei Absolventinnen und Absolventen nicht beeinflusst.

Relevanz für Pflegepraxis und Ausbildung

Es wird von Berufseinsteigerinnen und -einsteigern in der Pflege erwartet, dass sie den Anforderungen der pflegerischen Praxis gewachsen sind und weitgehend autonom arbeiten können. Pflegemanagerinnen und -manager erwarten, dass neu eingestellte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter kompetent sind und pflegerische Tätigkeiten eigenständig sowie eigenverantwortlich ausführen können. Theoretisches Wissen soll beim Einstieg ins Berufsleben in die Praxis umgesetzt werden können (El Haddad, 2016; Lima et al., 2014; Missen et al., 2016). Ein generalistisches Bachelorstudium der Pflege befähigt die Absolventinnen und Absolventen allerdings nicht zur vollständigen und eigenständigen Übernahme aller pflegerischen Aufgaben in den unterschiedlichen Settings (El Haddad, Moxham, & Broadbent, 2017). Dem gegenüber sind sie durch das Studium mit der Fähigkeit zu lebenslangem Lernen ausgestattet (El Haddad et al., 2013; Plessl-Schorn, 2014). Spezielle Einarbeitungsprogramme können die Transition vom Studium ins Berufsleben positiv beeinflussen (Laschinger et al., 2016). Eine Studie von Liaw et al. (2014) konnte aufzeigen, dass auch spezielle Simulationsprogramme in der Pflege den Einstieg ins Berufsleben erleichtern und die Patientensicherheit erhöhen sowie die Bereitstellung einer qualitativ hochwertigen Pflege unterstützen.

Relevanz für die Pflegeforschung
Studierende auf die Anforderungen des Berufseinstieges vorzubereiten

reiten, ist wesentlicher Bestandteil des Pflegestudiums, um sichere und qualitativ gute Pflege anbieten zu können (Güner, 2015; Lima et al., 2014; Missen et al., 2016; Numminen et al., 2014; Woods et al., 2015). Im Kontext hochschulischer Lehre dient die Evaluation der Untersuchung und Beurteilung der Qualität des Studiums und dokumentiert ihre Wirkung (Ernst, 2006). Ergebnisse von Evaluationsstudien können zu einer Optimierung der evaluierten Prozesse und zu einer Verbesserung des Lernerfolgs der Studierenden führen (Kuckartz, Dresing, Rädiker, & Stefer, 2008). Auch Güner (2015) und Missen et al. (2016) konstatieren, dass die Evaluation von Ausbildungsprogrammen hinsichtlich der Vorbereitung auf den Berufseinstieg wichtig ist, um diese an die Anforderungen der pflegerischen Praxis anzupassen. Ausbildungsstätten sind gefordert, sich an den Anforderungen der pflegerischen Praxis zu orientieren und die Curricula entsprechend zu gestalten (Numminen et al., 2014). In Österreich gibt es seit 2008 das generalistische Bachelorstudium Gesundheits- und Krankenpflege (RIS, 2017a). Bislang fehlt es an Evaluationsstudien, die Rückschlüsse auf die Practice Readiness der Absolventinnen und Absolventen zulassen.

Limitationen

Im Rahmen dieser systematischen Literaturarbeit wurden Studien berücksichtigt, die anhand einer systematischen Literaturrecherche in relevanten Datenbanken identifiziert wurden. Diese Studien stammen vorwiegend aus dem anglo-amerikanischen Raum. Eine Vergleichbarkeit mit der Situation in Österreich oder Deutschland ist nur sehr begrenzt möglich. Strukturen der Ausbildung, curriculare Inhalte und Anforderungen im

Berufsfeld Pflege unterscheiden sich deutlich. Dies verweist auf die Intensivierung der Evaluationsforschung in diesem Feld.

Literatur

Bates, M. J. (1989). The design of browsing and berrypicking techniques for the online search interface. *Online Review*, 13(5), 407–424.

Behrens, J., & Langer, G. (2010). *Evidenz-based Nursing and Caring. Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung* (3. Aufl.). Bern: Hans Huber Verlag.

Benner, P. (2012). *Stufen zur Pflegekompetenz. From Novice to Expert* (2. Aufl.). Bern: Hans Huber Verlag.

Boychuk Duchscher, J. (2008). A Process of Becoming: The Stages of New Nursing Graduate Professional Role Transition. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 39(10), 441–450.

Brown, R. A., & Crookes, P. A. (2016). What level of competency do experienced nurses expect from a newly graduated registered nurse? Results of an Australian modified Delphi study. *BMC Nursing*.

Candela, L., & Bowles, C. (2008). Recent RN Graduate Perceptions of Educational Preparation. *Nursing Education Perspectives*, 29(5), 266–271.

Casey, K., Fink, R., Jaynes, C., Campbell, L., Cook, P., & Wilson, V. (2011). Readiness for Practice: The Senior Practicum Experience. *Journal of Nursing Education*, 50(11), 646–652.

Christensen, M., Aubeeluck, A., Fergusson, D., Craft, J., Knight, J., Wirihana, L., & Stupple, E. (2016). Do student nurses experience Imposter Phenomenon? An international comparison of Final Year Undergraduate Nursing Students readiness for registration. *Journal of Advanced Nursing*.

Darmann-Finck, I. (2011). Kompetenzdiagnostik im Berufsfeld Pflege. *Pflege*, 24(3), 195–204.

DBfK. (2012). *ICN-Ethikkodex für Pflegenden*. Retrieved from: <https://deutscher-pflegerat.de/Downloads/DPR%20Dokumente/ICN-Ethik-E04kl-web.pdf>

Dlamini, C. P., Mtshali, N. G., Dlamini, C. H., Mahanya, S., Shabangu, T., & Tsabedze, Z. (2014). New graduates' readiness for practice in Swaziland: An exploration of sta-

holders' perspectives. *Journal of Nursing Education and Practice*, 4(5), 148–158.

El Haddad, M. (2016). Grounded theory examination of the perspective of practice and education sectors regarding graduate registered nurse practice readiness in the Australian context. University of Wollongong. Retrieved from <http://ro.uow.edu.au/theses/4723>

El Haddad, M., Moxham, L., & Broadbent, M. (2013). Graduate registered nurse practice readiness in the Australian context: An issue worthy of discussion. *Collegian*, 20(4), 233–238.

El Haddad, M., Moxham, L., & Broadbent, M. (2017). Graduate nurse practice readiness: A conceptual understanding of an age old debate. *Collegian*, 24(4), 391–396.

Ernst, S. (2006). Die Evaluation von Qualität. In U. Flick (Ed.), *Qualitative Evaluationsforschung. Konzepte, Methoden, Umsetzung* (pp. 183–213). Hamburg: Rowohlt Verlag.

Glaser, J., Seubert, C., Hopfgartner, L., Prskalo, M., & Roose, D. (2018). *Arbeitswissenschaftliche Analyse und Bewertung pflegerischer Humandienstleistungstätigkeiten in der stationären Langzeitpflege als Basis für eine leistungsgerechte Personalbemessung*. Innsbruck. Retrieved from https://wien.arbeiterkammer.at/service/studien/Sozialpolitik/Arbeit_in_der_Langzeitpflege.pdf

Görres, S. (2006). "Neues" Lernen in der Pflege - Erfordernisse des strukturellen Wandels. In S. Görres, A. Krippner, M. Stöver, & S. Bohns (Eds.), *Pflegeausbildung von morgen - Zukunftslösungen heute* (pp. 12–16). Düsseldorf: Jacobs Verlag.

Greenwood, J. (2000). Critique of the graduate nurse: an international perspective'. *Nurse Education Today*, 20(1), 17–23.

Güner, P. (2015). Preparedness of final-year Turkish nursing students for work as a professional nurse. *Journal of Clinical Nursing*, 24, 844–854.

Halbmayr-Kubicsek, U. (2017). End-of-Life Care im Rahmen des Pflegestudiums, *Pflegewissenschaft* (11), 528–538.

Hebert, K., Moore, H., & Rooney, J. (2011). The Nurse Advocate in End-of-Life Care. *The Ochsner Journal*, 11(4), 325–329. Retrieved from <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3241064&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

- Jenull-Schiefer, B., Mayr, M., & Mayring, P. (2006). Hinter jeder tür der lauernde tod: Institutionalisiertes sterben. *Zeitschrift Fur Gerontologie Und Geriatrie*, 39(4), 308–314.
- Jenull, B., Brunner, E., Ofner, M., & Mayr, M. (2008). Burnout und Coping in der stationären Altenpflege. Ein regionaler Vergleich an examinierten Pflegekräften. *Pflege*, 21(1), 16–24.
- Kelly, J., & Ahern, K. (2009). Preparing nurses for practice: A phenomenological study of new graduate in Australia. *Journal of Clinical Nursing*, 18(6), 910–918.
- Kuckartz, U., Dresing, T., Rädiker, S., & Stefer, C. (2008). *Qualitative Evaluation. Der Einstieg in die Praxis* (2. Auflage). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kumaran, S., & Carney, M. (2014). Role transition from student nurse to staff nurse: Facilitating the transition period. *Nurse Education in Practice*, 14(6), 605–611.
- Laschinger, H. K. S. (2010). New graduate nurses' experiences of bullying and burnout in hospital settings. *Journal of Advanced Nursing*, 66, 2732–2742.
- Laschinger, H. K. S., Cummings, G., Leiter, M., Wong, C., MacPhee, M., Ritchie, J., ... Read, E. (2016). Starting Out: A time-lagged study of new graduate nurses' transition to practice. *International Journal of Nursing Studies*.
- Liaw, S., Koh, Y., Dawood, R., Kowitlawakul, Y., Zhou, W., & Lau, S. (2014). Easing student transition to graduate nurse: A simulated professional learning environment (SIMPLE) for final year student nurse. *Nurse Education Today*, 34(3), 349–355.
- Lima, S., Newall, F., Kinney, S., Jordan, H. L., & Hamilton, B. (2014). How competent are they? Graduate nurses self-assessment of competence at the start of their careers. *Collegian*, 21(4), 353–358.
- Missen, K., McKenna, L., & Beauchamp, A. (2016). Registered nurses' perceptions of new nursing graduates' clinical competence: A systematic integrative review. *Nursing and Health Sciences*, 18, 143–153.
- Missen, K., McKenna, L., & Beauchamp, A. (2015). Work readiness of nursing graduates: Current perspectives of graduate nurse program coordinators. *Contemporary Nurse*, 51(1), 27–38.
- Mutto, E. M., Errázquin, A., Rabhansl, M. M., & Villar, M. J. (2010). Nursing Education: The Experience, Attitudes, and Impact of Caring for Dying Patients by Undergraduate Argentinian Nursing Students. *Journal of Palliative Medicine*, 13(12), 1445–1450.
- Nilsson, J., Johansson, E., Egmar, A. C., Florin, J., Leksell, J., Lepp, M., ... Gardulf, A. (2014). Development and validation of a new tool measuring nurses self-reported professional competence-The nurse professional competence (NPC) Scale. *Nurse Education Today*, 34(4), 574–580.
- Numminen, O., Laine, T., Isoaho, H., Hupli, M., Leino-Kilpi, H., & Meretoja, R. (2014). Do educational outcomes correspond with the requirements of nursing practice: educators' and managers' assessments of novice nurses' professional competence. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(4).
- Numminen, O., Leino-Kilpi, H., Isoaho, H., & Meretoja, R. (2016). Newly graduated nurses' occupational commitment and its associations with professional competence and work-related factors. *Journal of Clinical Nursing*, 25(1–2).
- Oliveira Pinho, L. M., & Barbosa, M. A. (2010). The professor-student relationship in coping with dying. *Revista Da Escola de Enfermagem Da Usp*, 44(1), 107–112.
- Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband. (2015). Positionspapier der jungen Pflege in Österreich (pp. 1–9). Graz: Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband. Retrieved from https://www.oegkv.at/fileadmin/user_upload/Diverses/Positionspapier_der_jungen_Pflege_in_OEsterreich_.pdf
- Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband. (2016). GuK Neu. Österreichische Pflegezeitschrift, (5).
- Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband, L. S. (2011). Kompetenzmodell für Pflegeberufe in Österreich. Retrieved from http://www.oegkv.at/fileadmin/user_upload/Diverses/OEGKV_Handbuch_Abgabeversion.pdf
- Panfil, E.-M. (2011). FIT-Nursing Care. St. Gallen. Retrieved from: https://www.fit-care.ch/documents/8165518/0/110615_Methodenpapier_FIT%20BNC_Juni.pdf/a6d68f1c-55c9-4d09-982f-b40a374c0b2c
- Parker, V., Giles, M., Lantry, G., & McMillan, M. (2014). New graduate nurses' experiences in their first year of practice. *Nurse Education Today*.
- Phillips, C., Kenny, A., Esterman, A., & Smith, C. (2014). A secondary data analysis examining the needs of graduate nurses in their transition to a new role. *Nurse Education in Practice*, 14(2), 106–111.
- Plessl-Schorn, B. (2014). Der erlebte Kompetenzerwerb von Bachelorabsolventen einer Pflegeschule in Wien. *Pflegewissenschaft*, (5), 290–302.
- RIS. FH Gesundheits- und Krankenpflege Ausbildungsverordnung (2017a). Retrieved from <https://www.ris.bka.gv.at/Geltende-Fassung/Bundesnormen/10011026/GuKG%2C Fassung vom 25.10.2017.pdf>
- RIS. Gesamte Rechtsvorschrift für Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (2017b). Retrieved from <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011026>
- Sahmel, K.-H. (2018): Brauchen wir eine „Kritik-Kompetenz“?. In S. Balzer, K. Barre, B. Kühme, W. v. Gahlen-Hoops (Eds.), *Wege kritischen Denkens in der Pflege*. Festschrift für U. Greb. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag
- Stichtenoth, D. (2011). Medikationsfehler: Patientensicherheit und Risikomanagement. In von W. Eiff (Ed.), *Patientenorientierte Arzneimittelversorgung* (pp. 64–67). Stuttgart: Thieme Verlag.
- Them, Ch., Wetzlmair, J., Schulc, E. (2018). Die Bildungspyramide der Pflegeberufe in Österreich. In K.-H. Sahmel (Ed.): *Hochschuldidaktik der Pflege und Gesundheitsberufe*, Heidelberg Berlin: Springer
- Usher, K., Mills, J., West, C., Park, T., & Woods, C. (2015). Preregistration student nurses' self-reported preparedness for practice before and after the introduction of a capstone subject. *Journal of Clinical Nursing*, 24, 3245–3254.
- Wolff, A. C., Pesut, B., & Regan, S. (2010). New graduate nurse practice readiness: Perspectives on context shaping our understanding and expectations. *Nurse Education Today*, 30, 187–191.
- Wolff, A. C., Regan, S., Pesut, B., & Black, J. (2010). Ready for What? An Exploration of the Meaning of New Graduate Nurses' Readiness for Practice. *International Journal of Nursing*, 7(1), 1–14.
- Woods, C., West, C., Mills, J., Park, T., Southern, J., & Usher, K. (2015). Undergraduate student nurses' self-reported preparedness for practice. *Collegian*, 22(4), 359–368.

Curriculare Entwicklung mit Studenten

(Practice Beispiel)

Eingereicht 02. September 2018
Genehmigt 15. Oktober 2018



Dr. Claudia Schlegel, MME
Leitung Abteilung LTT
Berner Bildungszentrum Pflege,

Kontakt:
Claudia.schlegel@bzpflege.ch



Ingeborg Beatty, MAS
Master of Advanced Studies in
Palliative Care
Berufsschullehrerin HF, Berner
Bildungszentrum Pflege,

Kontakt:
Ingeborg.beatty@bzpflege.ch

Zusammenfassung

Wenn sich Pflegestudierende partizipativ an der Entwicklung des Lehrplans beteiligen, führt das zu Lernerfolgen. Das zeigt ein Pilotprojekt des Berner Bildungszentrum Pflege, wo Studierende eine Patientensituation für das Kommunikationstraining mit Simulationspatienten erarbeitet haben.

Ausgangslage

Die Entwicklung von Lehrplänen für die Pflegeausbildung basiert auf bestimmten Grundlagen. Das sind offizielle Richtlinien und Rahmenlehrpläne sowie übergeordnete Kompetenzen, welche die Studierenden erlangen sollen. Weitgehend ausser Acht gelassen wird dabei den Einbezug von Pflegestudierenden: Es werden keine Inputs von ihnen eingeholt um eine Erfahrungsorientierung zu gewährleisten (Schwellnus & Carnahan, 2014).

In der Pflegeausbildung werden heutzutage für das Lehren und Lernen vermehrt Fallsituationen eingesetzt, welche die reale Pflegepraxis widerspiegeln sollen. Lehrpersonen, welche zum Teil nicht mehr einen aktuellen Praxisbezug haben, bereiten solche spezifischen Patientensituationen didaktisch auf. Dieses Vorgehen birgt jedoch das Risiko, dass es zu einer Verzerrung der realen Praxissituationen kommt.

Patientensituationen im Kommunikationstraining

Das Kommunikationstraining mit Simulationspatienten (SP) ist ein erfolgreiches Lernsetting, in welchem die Pflegestudierenden anhand einer Patientensituation ihre kommunikativen Fähigkeiten mit Hilfe eines SP üben und reflektieren können (Schlegel & Shaha, 2007). SPs sind professionelle Schauspieler oder Laiendarsteller, die gezielt geschult werden, damit sie eine spezifische Rolle spielen können. Sie simulieren zum Beispiel einen Patienten, einen Angehörigen oder Zugehörigen anderer Berufsgruppen im Gesundheitswesen.

Die Entwicklerinnen und Entwickler sind darauf bedacht, Patientensituationen für das Kommunikationstraining so zu gestalten, dass sie mit den Lernzielen und Kompetenzen der entsprechenden Lehrpläne im Einklang sind. Allerdings ist die Akzeptanz gegenüber diesen Fallbeispielen bei den Studierenden eher gering. Sowohl vor wie auch nach der Interaktion mit dem SP beklagen sich Studierende darüber, dass die Patientensituation nicht ihren Erfahrungen widerspiegeln würden, die sie in der klinischen Praxis erlebten. Die Situationen, Handlungen und sozialen Verhältnisse der SP sind in den Augen der Studierenden nicht der Realität entsprechend dargestellt.

Pilotprojekt

Aufgrund dieser Rückmeldungen wurde am Berner Bildungszentrum Pflege (BZ Pflege) ein Pilotprojekt lanciert. Studierende engagierten sich mit ihrem Erfahrungswissen aus der Pflegepraxis an der Entwicklung von Patientensituationen, die im Kommunikationstraining von SPs simuliert werden. Eine solche Beteiligung entspricht (Markopoulos & Bekker, 2003), denen zufolge die Ausgestaltung von Lehrinhalten von den Kenntnissen der Studierenden getrieben sein sollte, und Studierende nicht nur als Nutzer, Tester und Informanten, sondern auch als vollwertige Entwicklungspartner mit einbezogen werden sollten.

Auf dieser Basis wurden vier Pflegestudierende, welche das dritte und letzte Ausbildungsjahr absolvierten, in die Erarbeitung einer Patientensituation involviert. Als Ausbildungsstätte für den Pflegeberuf stellte sich uns die Frage, ob diese Partizipation die Akzeptanz seitens der übrigen Studierenden gegenüber dem Fallbeispiel fördern würde.

Intervention

Die Pflegeausbildung in der Schweiz folgt einem dualen Theorie/Praxis-System. Studierende absolvieren im Rhythmus von sechs Monaten jeweils Theorieunterricht in der Schule (inklusive Kommunikationstraining mit SP) und arbeiten dann über die gleiche Zeitspanne in der klinischen Praxis. Dieser Wechsel erlaubt es den Studierenden, ausreichend Erfahrung in der realen Berufswelt zu sammeln. Das Modul, in dem das Pilotprojekt stattfand, war ein Palliativpflege-Modul. Wie oben erwähnt, entwickelten vier Pflegestudierende eine Patientensituation für ein Kommunikationstraining

mit SP.

Das Fallbeispiel handelte von einem Patienten mit einem Gehirntumor (Glioblastom), der sich in der letzten Lebensphase befand und die ihm verbleibende Zeit bei sich zu Hause verbringen wollte. Die Patientensituation war anspruchsvoll, denn sie verlangte von den partizipierenden Studierenden Kenntnisse über das Krankheitsbild und Fachwissen zu den psychosozialen Auswirkungen und Folgen. Für den Patienten stellten sich in dieser

komplexen Situation Fragen zum Sterbeprozess, zur Gestaltung der verbleibenden Zeit, zu Spiritualität, Sicherheit und menschlicher Zuwendung.

Um ihre Wissenslücken zu schließen, recherchierten die vier am Projekt beteiligten Studierenden in der Literatur, nutzten die Bibliothek und unterhielten sich mit Patienten, Ärzten und Pflegenden.



Nach Fertigstellung des Fallbeispiels besprachen die Studierenden die Patientensituation mit einer Lehrperson, die zugleich auch die SPs trainiert. Zusammen mit der Trainerin entwickelten sie das Drehbuch für die Schauspieler, damit diese durch die SP Trainerin geschult werden konnten.

Zwei Kohorten von insgesamt 40 Pflegestudierenden hatten einige Tage später eine Interaktion mit dem SP, welcher die von den Studierenden entwickelte Patientensituation simulierte. Jede Studierende kam dabei zum Einsatz. Auch die vier Projektteilnehmenden, welche die Fallsituation entwickelt hatten, nahmen bei der Interaktion mit dem SP teil.

Ergebnisse

Nach den Begegnungen mit dem SP waren sich die Kohorten einig, dass die Patientensituation authentisch war und die Erfahrung der klinischen Praxis widerspiegelt hatte. Die Studierenden fühlten sich entsprechend herausgefordert und konnten sich gut in das Setting einbringen. Interessant war, dass die Teilnehmenden der einen Kohorte nicht wussten, dass Studierende einer anderen Kohorte die Patientensituation entwickelt hatten. Die vier am Pilotprojekt beteiligten Pflegestudierenden äußerten, dass sie die Entwicklung der Situation als sehr lehrreich erlebt hätten: Grund dafür war die gleichzeitige Auseinandersetzung mit dem Krankheitsbild einerseits und der Patientensituation andererseits.

Sie konnten zudem von der Interaktion mit dem SP profitieren, da sie sich bereits im Rahmen der Entwicklung der Patientensituation Strategien im Umgang mit dem SP überlegt hatten. Ausserdem

war ihre Lernerfahrung hauptsächlich intrinsischer Natur, d.h., damit sie bei der Entwicklung der Patientensituation weiterkamen, mussten sie recherchieren, sei es in der Literatur oder im Gespräch mit Fachpersonen. Dies stimmt mit (Könings, Seidel, & van Merriënboer, 2013) überein, denen zufolge studentische Mitwirkung von Bedeutung ist, weil sie die Lernmotivation fördert.

Diskussion und Schlussfolgerung

Die aktive Erarbeitung einer Patientensituation durch Studierende erwies sich als interessantes und erfolgreiches Projekt. Dennoch darf die Unterstützung der Studierenden durch Angehörige des Lehrkörpers nicht unterschätzt werden. Die Studierenden benötigten Orientierung und Anleitung, um sich auf die im Lehrplan vorgeschriebenen Kompetenzen zu konzentrieren. Ein wichtiges Diskussionsthema war auch das Risiko, den Fall mit Informationen zu überladen. Pädagogische Reduktion war angesagt.

Gleichwohl bildet der Einbezug von Studierenden in die Erarbeitung von Patientensituationen für Simulationspatienten eine effiziente Methode zu deren intrinsischer Motivation. Studierende, die aktiv an der Gestaltung von SP-Fällen beteiligt werden, sind engagierter, lernen viel und entwickeln Patientensituationen, die ihre Erfahrung der klinischen Praxis widerspiegeln.

Literatur

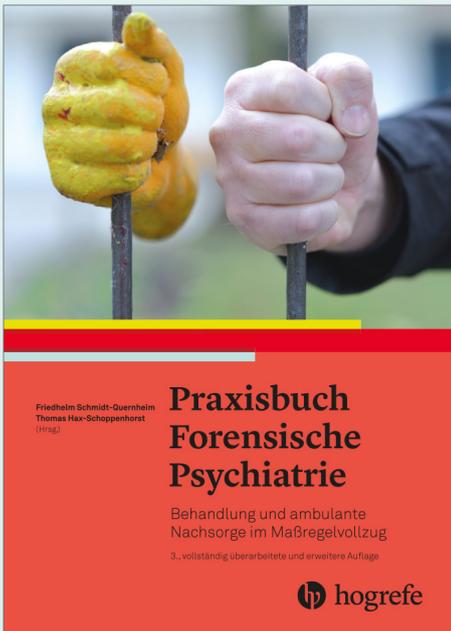
Könings, K., Seidel, H., & van Merriënboer, J. (2013). Participatory design of learning environments: integrating perspectives of students, teachers, and designers. *Instructional Science*.

Markopoulos, P., & Bekker, M. (2003). Interaction design and children. *Interacting with Computers*(15), 141-149.

Schlegel, C., & Shaha, M. (2007). Pilotprojekt: Praxisnahes Unterrichten in der Pflegeausbildung mit Standardisierten Patienten- ein Gewinn für alle! *Printernet*(03), 169-171.

Schwellnus, H., & Carnahan, H. (2014). Peer-coaching with health care professionals: what is the current status of the literature and what are the key components necessary in peer-coaching? A scoping review. [Research Support, Non-U.S. Gov't Review]. *Medical Teacher*, 36(1), 38-46. doi: 10.3109/0142159X.2013.836269

Forensische Psychiatrie für Profis



Friedhelm Schmidt-Quernheim/Thomas Hax-Schoppenhorst (Hrsg.)

Praxisbuch Forensische Psychiatrie

Behandlung und ambulante Nachsorge im Maßregelvollzug

3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage 2018.

800 Seiten, 29 Abbildungen, 34 Tabellen, kartoniert

€ 59,95 / CHF 75.00

ISBN 978-3-456-85800-5

Auch als eBook erhältlich

www.hogrefe.com

Auch die 3. Auflage ist dem Leitsatz verpflichtet, ein Handbuch von Praktikern für Praktiker zu sein – und zwar für alle Berufsgruppen, die im und nach dem Maßregelvollzug arbeiten. Es stellt ein Nachschlagewerk dar, das neben einer großen Spannweite der Themengebiete und Detailwissen auch übergeordnete rechtliche, ethische und versorgungspolitische Fragestellungen in den Blick nimmt und aus den Perspektiven unterschiedlicher Fachrichtungen diskutiert.

Über 15 Jahre fanden die ersten beiden Auflagen begeisterte Leserinnen und Leser. Bei aller Praxisnähe und dem gleichermaßen prägnanten wie lebendigen Charakter der Darstellung werden theoretische Fundierung und wissenschaftliche Ansprüche nicht vernachlässigt. Das Buch gehört in vielen Kliniken auf den Stationen, aber auch in nachsorgenden Einrichtungen zum Inventar.

Bisher wenig behandelte Aspekte einer guten Fehlerkultur, der Angehörigenarbeit, schulischen Bildung, forensischen Prävention, künstlerischen Arbeit, Seelsorge und tiergestützten Therapie sowie der Umgang mit Sexualität im Maßregelvollzug werden dargestellt. Kritisch diskutiert werden Fragen der Lockerungspraxis, des Verhältnismäßigkeitsprinzips und der Zwangsbehandlung.

Neben therapeutischen Methoden und ihrer Wirksamkeit werden einzelne Patientengruppen, wie Frauen, Jugendliche, Migranten und extremistische Gewalttäter fokussiert dargestellt. Patienten melden sich mit eigenen Erfahrungen zu Wort.

Das veränderte Profil der Pflege in der forensischen Psychiatrie wird mit Beiträgen zu den Themen Beziehungsarbeit, Haltung, Kompetenzen, Nähe-Distanz, Pflegephänomene, -prozesse und -interventionen sowie Umgang mit Übergriffen skizziert.

Die Entlassungsplanung und Überleitung wird ausführlich in Beiträgen zur Erarbeitung von Legalprognosen, zur Forensischen Ambulanz, Gemeindepsychiatrie, Rückfallprävention und zum Risikomanagement sowie der Nachsorge bei Menschen mit Intelligenzminderung und Persönlichkeitsstörungen beschrieben.

Die Ausweitung der Themengebiete brachte auch eine deutlich höhere Anzahl von Autorinnen und Autoren mit sich: Mit renommierten Experten, Leitungspersonen und „Meinungsführenden“ aus Kliniken und Hochschulen auf der einen Seite und den Patientinnen und Patienten selbst und ihren Angehörigen auf der anderen Seite kommt das

Das FLoW+ Konzept der RKiSH Akademie für NotfallsanitäterInnen als Möglichkeit für anregendes und freudvolles Lernen und Lehren

Eingereicht 11. Februar 2019
Genehmigt 28. Februar 2019



Rebekka Mangelsdorf
Notfallsanitäterin, B.A. Medizinpädagogikstudentin MSH, RKiSH-Akademie, Schleswig Holstein,

Kontakt: r.mangelsdorf@rkish.de

Zusammenfassung

Der Fokus der Ausbildung von Notfallsanitätern liegt auf der Entfaltung der Handlungskompetenz (NotSan-APrV). Als Grundlage wurde das System FLoW+ (Freies Lernen Organisierte Wissens+ Kompetenzentwicklung) im stetigen Wandel durch die Lernenden und Lehrenden an der RKiSH Akademie eingesetzt und seither kontinuierlich weiterentwickelt. Dieses Lernsystem stellt eine Möglichkeit dar, den angehenden Notfallsanitätern ein selbstorganisiertes und eigenverantwortliches Lernen zu ermöglichen und zu entwickeln. Beleuchtet werden im Folgenden die Punkte, welche diese Form des Lernens kennzeichnen sowie die Grundgedanken, die prägend für interessierte, selbständige und kompetente Lernende sind, einschließlich der Überlegungen zur Weiterentwicklung der Lehrerausbildung, wie zum Beispiel in Form von Fortbildungsveranstaltungen. Zu den Grundpfeilern gehören unter anderem die optimale Ausgestaltung der Lernumgebung, die Kompetenz des subjektbezogenen Unterrichts mit Fokus auf die Individualität, genauso wie das Ausformen einer Handlungskompetenz durch vielfältige Methoden, wie Skills und Simulationen. Hierfür werden Hilfsmittel wie Kann-Listen und Advance Organizer verwendet, um letzten Endes das Lernen in vollständigen Handlungen zu ermöglichen.



Christian Menke
Notfallsanitäter derzeit im Studium der Medizinpädagogik an der Medical School Berlin. Derzeit tätig an der RKiSH-Akademie, Schleswig- Holstein

Summary

The strategic focus of training for paramedics lies in decision making and responsibility (NotSan-APrV). The system FLoW+ (Freies Lernen Organisierte Wissens+ Kompetenzentwicklung) was used as the basis for training and has been installed and constantly improved, both by teachers and trainees of the RKiSH-Academy alike. This article discusses the basic hallmarks of this learning system and the fundamental ideas that shape interested, independent and competent learners; furthermore, some thoughts have been given on the continued improvement of the training of teachers, for example the further education for teachers. The keystones are the surroundings of learning, also the competences for subject-related lessons, with focusing on individuality, to reach an optimal action competence with varied methods like skills and simulations. To accomplish these points the assistance of "Kann-Listen" and Advance Organizers are helpful to become a learning in completed actions.

„Man kann einen Menschen nichts lehren, man kann ihm nur helfen, es in sich selbst zu entdecken.“ (Galileo Galilei)

Einleitung

Das Gesetz über den Beruf der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters (Notfallsanitätergesetz – NotSanG, 2013) fordert von den Berufsangehörigen „fachliche, personale, soziale und methodische Kompetenzen zur eigenverantwortlichen Durchführung und teamorientierten Mitwirkung“. In der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter (NotSan-AprV, 2013) wird spezifiziert, dass „die anfallenden Aufgaben zielorientiert, sachgerecht, methodengeleitet und selbständig zu lösen sowie das Ergebnis zu beurteilen [sind]. Während des Unterrichts ist die Entwicklung der zur Ausübung des Berufs erforderlichen Personal-, Sozial- und Selbstkompetenz zu fördern.“

Bislang sind unterschiedliche Strömungen der Pädagogik erkennbar. Hierfür zu nennen sind die bildungstheoretisch Didaktik, welche auch als Theorie der Inhalte bezeichnet wird (Jank & Meyer, 2014), die Lehrtheoretische Didaktik nach Otto, Heimann und Schulz, mit ihrer Ausrichtung auf die unterrichtsbedingenden Faktoren (ebd.), sowie die konstruktivistische Didaktik nach Reich (2012), deren Fokus auf der individuellen Selbstwirksamkeit und eigenständiger Lerngestaltung liegt.

Hintergrund und Motivation

Die Welt ist geprägt vom stetigen Wandel. Seien es Börsenkurse, Gefühlslagen, Arbeitsplatzwechsel oder Freizeitgestaltungen. Ständig müssen Konsequenzen bedacht, Alternativen abgewogen und Entscheidungen getroffen werden. Unsicherheit begleitet uns, lässt uns zögern, oder undurchsichtige Sachverhalte aufschieben. Jedoch: die Welt ist komplex. Komplizierte Lagen aufzulösen gestaltet

sich insofern einfach, indem nur genügend Fachwissen zur Verfügung stehen muss. Ein komplexes Konstrukt hingegen setzt sich zusammen aus einer „Vielzahl von unterschiedlichen Elementen mit vielfältigen Beziehungen“, gepaart mit einer „hohen Vielfalt an Verhaltensmöglichkeiten“ und „veränderliche[n] Wirkungsverläufe[n]“

Das heißt, unser Leben ist geprägt durch Volatilität, Unsicherheit, Komplexität und Ambiguität. Willkommen in der VUKA- Welt (Datscher, 2014).

Übertragen auf das System Rettungsdienst bedeutet dies, es setzt sich nicht allein aus einer einzelnen Rettungswagenbesatzung zusammen, sondern umfasst ebenso Leitstellenmitarbeiter, Pflegekräfte der Notaufnahmen, prä- und innerklinisches ärztliches Personal, sowie Schulen und Auszubildende, um nur ein paar Akteure zu nennen. Das übergeordnete Ziel aller Beteiligten ist die Patientensicherheit (Moecke et al., 2013). Dieses System ist geprägt von Schwankungen des Einsatzaufkommens, der Mitarbeiterfluktuation, des Pflegenotstandes, der Ferienzeit, Krankheitswellen und ähnlichem mehr (Volatilität). Diese Faktoren bewirken ein ums andere Mal große Unsicherheiten. Beispielsweise in den Bereichen Hygiene, Standard- Arbeitsanweisungen, Vorgesetzte, Organigramme und auch psychosozialer Umgang mit und im Einsatzgeschehen (Luiz, 2008). Hinzu kommen mehrdeutige, unklare, ambivalente Verhaltensweisen und Krankheitsbilder.

Bauchschmerzen können eine Magen- und Darminfektion darstellen, oder auch eine akute Appendizitis (Luxem et al., 2016). Der vermeintlich zornige Blick des Ange-

hörigen kann sowohl Verärgerung, als auch Besorgnis ausdrücken (Schulz von Thun, 2014). Um hiermit umgehen zu können, bedarf es mehr als purem Fachwissen über anatomische, physio- und pathophysiologische Strukturen. Von besonderer Relevanz sind auch kommunikative, rechtliche sowie einsatzorganisatorische Aspekte. In der NotSan-AprV (2013) beschrieben als „rettungsdienstliche[...], medizinische[...] und weitere[...] bezugswissenschaftliche[...] Erkenntnisse“ sollen hierzu „fachliche, personale, soziale und methodische Kompetenzen“ vermittelt werden.

Um in der Ausbildung von Notfallsanitätern diesen Herausforderungen gerecht zu werden, benötigt man eine problemlösende Herangehensweise. Der Geist muss gebildet und das Gehirn gefordert und gefördert werden, um Veränderungen aktiv zu gestalten. Neurobiologen stellen fest, dass sich das menschliche Gehirn und das vieler Lebewesen an strukturelle Veränderungen anpasst, um im Einklang zu leben (Hüther, 2016). Ergo braucht es flexibles Denken, um sich in einer sich ständig wandelnden Welt zurecht zu finden. Um jenes Denken herauszubilden benötigt es individuell bedeutsame Faktoren, ebenso wie Lernanregungen und positiv gestaltete Lernumgebungen.

Auf das Schulsystem bezogen sind das anregend gestaltete zu erlangende Kompetenzen, formuliert in Lernzielen, auf Grundlage der rechtlichen Bestimmungen (NotSanG, 2013; NotSanAprV, 2013), welche in einer förderlichen Lernlandschaft erlernt werden können. Diese Verbindung der Inhalte mit dem systemischen Denken, zeigen auf, dass es keine hierarchische Struktur gibt, sondern viel-

mehr ein dialektisches Verhältnis vorherrschen muss (Reich, 2012; Jank & Meyer, 2014).

Eine Möglichkeit ist das Anwenden und Ausgestalten von selbstorganisiertem Lernen (Haas, 2015; Herold & Herold, 2017). Die Auszubildenden sind dazu zu befähigen ein eigenes Lerntempo, mit eigenen Lerninhalten, unter zu Hilfenahme von bereitgestellten Methoden und Materialien zu entwickeln. Die Analogie zu einem Buffet lässt sich hiermit gut erstellen. Der Grundstock ist ein Raum - ausgestattet mit Lerninhalten, Methoden, Mobiliar, Medien und Interaktionsanregungen. Diese Ausgestaltung kann unterschiedlichster Natur sein. Vom „Low Budget Buffet“ zum „High Performance/ Quality Dinner“. Beispielhaft zu nennen ist das Thema Digitalisierung. Der technologische Fortschritt hält auch in den Schulen Einzug. Die mediale Nutzung von Tablets (Tillmann & Antony, 2018), App-basierten Feedback-Runden (ebd.) oder auch interaktiven Whiteboards, als Lern-Lehr-Unterstützung (Bohrer et al, 2013), sind exemplarisch aufzuführen.

Zum optimalen Lernen braucht es außer der Ausstattung auch noch die personelle Komponente. Wie guter Unterricht durch gute Lehrkräfte gelingen kann, darin sind sich viele Pädagogen einig. Gut bedeutet in diesem Fall authentisch, aufgeschlossen, strukturiert, transparent, respektvoll, gerecht. Summa summarum sollte ein lernförderliches Klima geschaffen werden (Hattie, 2013; Meyer, 2016). Ein Definitionswandel vom Lehrer hin zum Lernumgebungsgestalter ist eine Überlegung, um dem Paradigmenwechsel im Lehrer-Schüler-Konstrukt den Weg zu ebnet.

Beschreibung des Projekts

An der Schule der Rettungsdienst Kooperation in Schleswig-Holstein gGmbH (RKiSH Akademie) startete im August 2014 die erste Ausbildung zum Notfallsanitäter. Ein Curriculum, welches sowohl aktuelle konstruktivistische Ideen als auch Erkenntnisse aus der Lehr-/ Lernforschung verfolgt, musste zuvor hierfür erstellt werden, da eine Übertragung der Rettungsassistenten Ausbildung nicht möglich war, aufgrund der inhaltlichen und strukturellen Änderungen. Dieses sollte nicht nur den Forderungen der Kultusministerkonferenz (KMK) - bezogen auf die Lernfelddidaktik – nachkommen, sondern ebenfalls den systemisch-konstruktivistischen Ansatz von selbstorganisiertem Lernen (Herold & Herold, 2013) beinhalten. Im Zuge dessen wurden Überlegungen, angestellt eine neue Form der Wissensvermittlung zu etablieren, da es klar war, dass sich Auszubildende mit Hilfe von 90-minütig getakteten Unterrichten keine Selbst- und Eigenständigkeit aneignen können. Die RKiSH-Akademie holte sich hierfür im Dezember 2015 wissenschaftliche Unterstützung durch Dr. Martin Herold vom SOL-Institut, um gemeinsam an der Entwicklung eines gewandelten Lernsystems zu arbeiten.

Im Folgenden werden die bisherigen Grundpfeiler und -gedanken dieses Konstrukts beschrieben und in Zusammenhang mit der Notfallsanitäterausbildung gebracht.

Der Rahmen ist wichtiger als der Inhalt - Lernumgebungsgestalter

Die Erkundung des Wissens nach dem was benötigt wird, um bei Lernenden ein Gefühl von Spaß und Lernerfolg hervorzurufen, war und

ist allgegenwärtig (Hattie 2015; Jank & Meyer 2014; Woolfolk 2014). Eine Annäherung bietet die Imagination einer Kaffeemaschine, welche den leckersten Kaffee der Welt produziert. Dieser Kaffee stellt den Inhalt, also das gesamte Wissen dar. Nun wird der Schalter betätigt, für einen frischen neuen Kaffee. Jedoch es wurde versäumt eine Tasse unterzustellen - und das gesamte köstliche braune Gebräu verteilt sich auf dem Fußboden. Genau diese Tasse, dieses Behältnis - wenn vorhanden - bildet den Rahmen. In der Übertragung auf das Lerngeschehen bedeutet dies, dass eine alleinige Fokussierung auf den Inhalt die Anstrengung nicht lohnt, insofern dafür kein passender Rahmen geschaffen wurde. Das Wissen ist vorhanden. Sei es in Büchern, Hefen, Anleitungen, als Dateiformate oder im Internet. Relevant sind demzufolge zusätzliche Aspekte, welche Hattie mit Effektstärken (d) jenseits der $d=0,4$ angesiedelt hat, sprich als erwünschte Effekte (Hattie, 2015). Dazu zählt unter anderem Feedback ($d=0,75$), um den Lernenden Informationen zu vermitteln, zu Vorgehensweisen, Fortschritten oder auch Lernzielen. Wesentlich für den Lernerfolg ist ebenso eine gute Lehrer-Schüler-Beziehung ($d=0,72$). Woolfolk (2014) beschreibt dazu „Alle Interaktionen zwischen Menschen, auch in Form des Schweigens oder der Vernachlässigung, kommunizieren etwas an Bedeutung.“ Der wünschenswerte Fall beschreibt dahingehend eine gute Beziehung, mit gewinnbringenden Interaktionen, um den bestmöglichen Erfolg zu erlangen. Auch die Kenntnis von und der Umgang mit unterschiedlichen Lerntechniken ($d=0,63$) genießt einen hohen Stellenwert. Dazu kommt die vielerorts geforderte Authentizität und Klarheit der Lehrperson

($d=0,75$). Zusammenfassend sind dies auch jene Eigenschaften, welche die Lernenden auf dem Weg zum Abschluss und darüber hinaus erlernen, ausprägen und voranbringen sollen. Im Bereich der Notfallsanitäterausbildung sind es drei unterschiedliche Lernorte, welche ausgestaltet werden müssen. Diese sind die Schule, die Lehrrettungswache und auch die Kliniken. Diese müssen ein passendes Konzept vorhalten, um den Anforderungen an die Ausbildung gerecht zu werden. Hierzu zählen das Wissen und die Gelegenheiten zum Erlernen von Maßnahmen, sowie auch die Kompetenzen zur Vermittlung von Inhalten und die Begleitung durch geeignetes Personal. Zum Beispiel Praxisanleiter, Fachkrankenschwestern und -pfleger oder Fachärzte. Da die Gesamtverantwortung für die Ausbildung der Schule obliegt (NotSanG §5 (3), bedarf es ebenso kompetenter Kursleiter. Deren Aufgabe besteht darin einen Überblick zu behalten über die einzelnen Lernstände, um den anderen Lernorten, sowie dem Kollegium weiterzuleiten, welche Kompetenzen eingehender ausgebildet und vertieft werden müssen. Die Kursleiter, sowie die Lehrenden sollen als Lernumgebungsgestalter fungieren (Abb. 1). Dazu gehört unter anderem ein Verständnis über die angestrebten Ausbildungsziele, breites fachlich fundiertes Wissen über Lernin-

halte, methodisch-didaktische Kompetenzen, sowie ein Interesse an der Weiterentwicklung des Berufsbildes der Notfallsanitäter.

Unterricht braucht einen Sinn – Lernsituation – Warum?

Hüther (2016) verkündet: „Lernen ohne Sinn ist sinnlos.“ Auch Klafki hatte bereits in seinem ersten didaktischen Modell die Fragen nach der Gegenwarts- und der Zukunftsbedeutung gefordert. Mit Hilfe von einheitlichen Lernfeldern werden Lernsituationen formuliert. Diese können als Handlungsbeispiele angesehen werden, da sie ein kurzes prägnantes Abbild der beruflichen Realität darstellen. Durch sie wird vermittelt, welche Relevanz bestimmte Zielsetzungen haben und anstreben. Somit wirken sie unterstützend, um die angestrebte Handlungskompetenz herauszubilden.

Im Rettungsdienst gibt es die Herausforderung auch in beengten Räumen ohne optimale Platzverhältnisse die Patienten zu versorgen und beispielsweise i.v.-Zugänge für die Applikation von Medikamenten professionell umzusetzen. Um diese Situationen zu meistern bedarf es unterschiedlicher Kompetenzen. Relevant ist zum einen, dass Beherrschen der invasiven Maßnahme in unterschiedlichen Settings, zum anderen müssen rechtliche Grundlagen erlernt werden, um eine Patientenaufklärung durchzuführen und deren Einwilligung zu erhalten. Darüber hinaus sind weitere Lernziele die kommunikativen Fähigkeiten im Team und mit den Patienten, ebenso wie das Management am Einsatzort herauszubilden. Angestrebt wird dadurch die Flexibilität in unterschiedlichen Gegebenheiten, die

notwendigen erlernten Maßnahmen durchführen zu können.

Unterricht braucht ein Ziel - Kann-Liste

Hattie und Timperley (2007) beschreiben neben dem allseits bekannten Feedback auch noch Feedup und Feedforward und widmen sich dort der Zielsetzung und dem Voranschreiten bzw. der Weiterführung des Unterrichtsgeschehens. Die Essenz daraus zeigt auf, dass es nicht allein reicht zu klären welche Kritikpunkte die vergangene Leistung hatte, sondern dass es von hoher Bedeutung ist, im Vorwege die Richtung und somit das Ziel gewiesen zu bekommen. Nach der Rückmeldung einen weiten Blick zu werfen auf resultierende Problem- und Fragestellungen, eröffnet mittels Feedforward, dass neue Ziele eigenständig generiert und sich bewusstgemacht werden können. Daran anknüpfend beschreiben Herold und Herold (2017), dass beim kompetenzorientierten Lernen im Gegensatz zum stoff- oder lehrplanorientierten nicht der Input vorgegeben wird, sondern der Output beziehungsweise die Kompetenzziele, welche am Ende des Unterrichts erreicht sein sollen. Um diese Aspekte einzuarbeiten, wird das Instrument Kann-Liste genutzt (Abbildung 2). Sie stellt eine inhaltliche Abbildung der medizinischen und nichtmedizinischen Themen aus der aktuellen Literatur dar, die den Wissensstand eines Notfallsanitäters widerspiegelt. Haas (2015) sieht das oberste Ziel in der Arbeit mit Kann-Listen darin, dass die Auszubildenden zur Selbstkontrolle ihres Lernfortschrittes befähigt werden und nicht zum Erraten von Wissen in der „Osterhasenpädagogik“ (Wahl, 2013). Dabei werden den unterschiedlichen Zielen Taxonomiestufen nach Bloom (2001) zu-

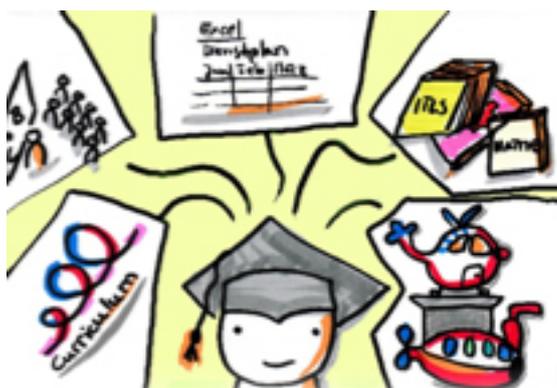


Abb. 1: Der Lernumgebungsgestalter (eigene Darstellung)

geordnet, um den Auszubildenden zu verdeutlichen in welcher Tiefe Sachverhalte erarbeitet werden sollen. Das Ziel „Ich kann den Begriff Geriatrie definieren“ erhält die Taxonomiestufe 1, da hierbei lediglich das Faktenwissen abverlangt wird. In einer der folgenden Lernsituationen taucht dann der Punkt „Ich kann die Relevanz des demografischen Wandels für den Rettungsdienst beurteilen.“ auf, mit der Taxonomiestufe 6.

Der Mensch denkt in Bildern – Advance Organizer

Sich mit geschlossenen Augen der Vorstellung eines Rettungswagens hingeben, führt bei den meisten Menschen dazu, dass sie ein rotes Auto mit Blaulicht sehen. Dieser simple Selbstversuch zeigt schon, dass zum Lernen, und damit verbunden dem Erinnern, Bilder und Darstellungen von großer Bedeutung sind (Ausubel et al., 1974). Aus diesem Grund werden den Lernenden bei Einführung einer neuen Lernsituation Advance Organizer zur Verfügung gestellt. Darauf sind die unterschiedlichen Themenschwerpunkte dargestellt und mittels Pfeilen in Beziehung zueinander gesetzt. Aus der Abbildung 3 geht hervor in welcher Verbindung die einzelnen Aspekte zueinander stehen. Für das Handeln in Unfallsituationen ist es relevant die rechtlichen Grundlagen für die Benutzung von Sonder- und Wegerechten zu kennen, um einen Einsatzort fachgerecht abzusichern. Auch bedingt ein Wissen zu unterschiedlichen Unfallmechanismen das Ziehen von Rückschlüssen auf vorliegende und zu erwartende Traumata. Diese Kenntnisse münden dann in der optimalen Immobilisation des Patienten, zum Beispiel mittels Vakuummatratze oder HWS-Orthese. Um die Handlungssicherheit

| ID | LS | Ich kann... | TAX | Ich habe... | Quelle | ✓ |
|---|----|---|-----|-------------|----------------|---|
| Medizinische und naturwissenschaftliche Grundlagen | | | | | | |
| 1729 | 12 | die einzelnen Entwicklungsstadien von Kindern unterscheiden. | XX | | Icare Anatomie | |
| 1723 | 12 | den Begriff „Geriatrie“ definieren. | X | | Icare Anatomie | |
| 570 | 12 | die altersbedingten Veränderungen der Organsysteme nennen. | X | | Icare Anatomie | |
| 1750 | 12 | die Auswirkung der altersphysiologischen Veränderungen auf den Notfall beschreiben. | XX | | Icare Anatomie | |

Abb. 2: Kann-Liste (eigene Darstellung)

weiterhin zu gewährleisten, liegen Standard-Arbeitsanweisungen vor, welche Unterstützung bieten, um bestimmte Fallsituationen strukturiert und einheitlich abarbeiten zu können. Diese zu erlangenden Kompetenzen haben als gemeinsame Ziele die Handlungskompetenz zu entwickeln und daraufhin eine optimale Patientensicherheit zu gewährleisten. Letztgenannte ist das oberste Ziel des Rettungsdienstes.

Lernen ist Konstruktion – Simulationen, Skilltraining, strukturierte Phasen

Alles ist Konstruktion, denn wer wollte sich anmaßen zu behaupten er würde eigenhändig die Synapsenverschaltung in den Köpfen der Lernenden vornehmen. Die bildungstheoretische Didaktik, welche 1958 von Klafki

mittels der kategorialen Bildung vertreten wurde, platzierte den Inhalt an oberster Stelle (Jank & Meyer, 2014). Sie wandelte sich Jahre später unter anderem auf der Grundlage von Piaget, Wygotski und Dewey hin zur konstruktivistischen Sichtweise auf das Lernen. John Deweys Blick auf menschliche Erfahrungen besagt: „Das Lernen wird als ein aktiver Vorgang begriffen, der keineswegs äußere Wirklichkeiten abbildet, sondern in den Handlungsprozessen selbst erst herstellt.“ (Reich, 2012, S. 71). Und Lev S. Wygotski stellt fest, dass „Lerner [...] als aktive Gestalter des eigenen Lernprozesses gesehen [werden], wobei Lernen immer dann erfolgreicher abzulaufen scheint, wenn selbstbestimmende Lernprozesse einsetzen, die das Wissen in seiner kulturellen Verankerung

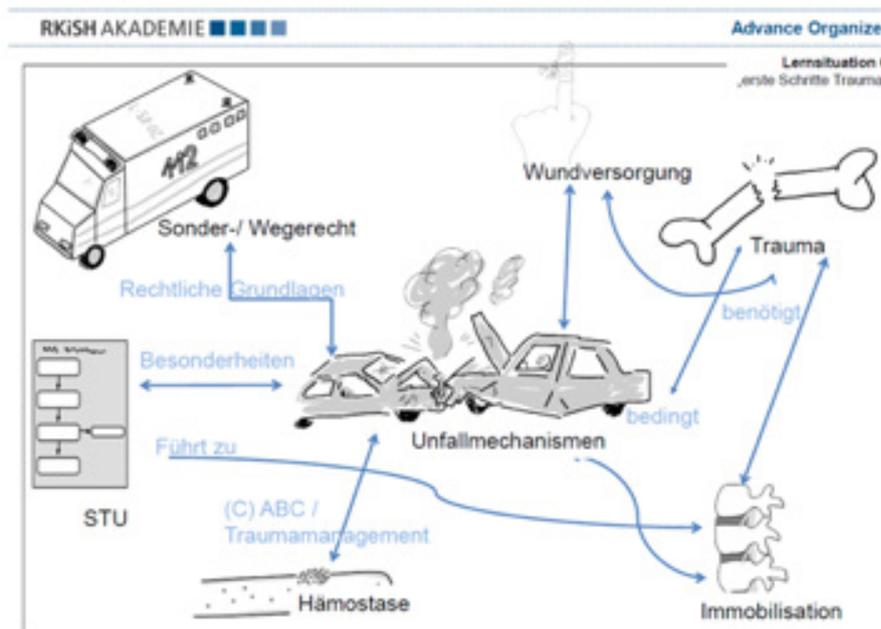


Abb. 3: Advance Organizer (eigene Darstellung)

und seiner Handlungsperspektive aktualisieren.“ (Reich, 2012, S. 72). Im Bereich der Notfallsanitäterausbildung der RKiSH Akademie wird nun vom „Nürnberger Trichter“ abgesehen und stattdessen ein systemisch-konstruktivistischer Lernansatz verfolgt. Indem Simulations- und Skilltrainings durchgeführt und regelmäßig strukturierte Phasen zur Perspektivenverschränkung veranstaltet werden, können die theoretischen Kenntnisse in der Praxis erprobt und verfeinert werden (Friedrich, Langner, Sigmund, 2018). Dabei kann der Lehrende beobachten, welche Lern(fort)schritte gegangen werden und gegebenenfalls Impulse setzen, um ein weiteres Lernen zu fördern. Eine Überlegung, welche sich anstellen ließe, wäre die Frage nach der Möglichkeit Simulationszentren so zu strukturieren, dass alle Kompetenzen mittels Handlungen erlernt werden. Kann eine solche Institution mit vorgesteckten Lernzielen und erarbeiteten Fallbeispielen, ohne den gewohnten Frontalunterricht und Klassenkanon, zu einem gewinnbringenden Resultat führen?

Lernende > Lehrende – Lerntypen und vollständige Handlung

„Jeder Mensch, mit dem ich zu tun habe, ist mir in irgendeiner Beziehung überlegen, und ich kann von ihm lernen“ (Carnegie & Hänseler, 2015, S. 79).

Es ist irrelevant, ob von der Farbenlehre (Scheelen, 2015) oder der hippokratischen Temperamentsstheorie (Boerner, 2015) ausgegangen wird. Rote Choliker, grüne Phlegmatiker, gelbe Sanguiniker und blaue Melancholiker, gibt es in den unterschiedlichsten Mischformen und in sämtlichen sozialen Konstellationen. Wichtig

zu beachten ist aber das Zurückstellen der eigenen Präferenzen als Lehrende und das Eingehen auf die Lernenden. Der Optimalfall ist dann gegeben, wenn jedem Charakter etwas dargeboten wird. Diese Vielfalt an Menschentypen in Verbindung mit einer reichlichen Auswahl an Medien und Methoden finden im Modell der vollständigen Handlung (Abbildung 4) zusammen. Die von der Kultusministerkonferenz empfohlene didaktische Methode vereint alle nötigen Kompetenzen, lässt Interaktionen zu und fördert diese (KMK, 2017). Das sechsstufige Vorgehen ist darüber hinaus so gegliedert, dass die Komplexität immer weiter zunimmt und somit die Handlungskompetenz herausgebildet werden kann. Weiterhin entstehen im Verlauf aus einer Handlungssituation ein oder mehrere Handlungsprodukte. Damit wird ein Lernerfolg fass- und sichtbar und es folgt aus der eigenen Arbeit heraus ein Feedback. Während des Ablaufs können die Auszubildenden auch über ihre jeweiligen

Lernorte, -methoden, -medien und -partner selbst entscheiden.

Innerhalb der ersten zwei Monate der Ausbildung zum NotSan werden diagnostische Tätigkeiten erlernt. Hierzu zählt auch das Messen des Blutdrucks (RR). In der nachfolgenden Tabelle wird ersichtlich, wie das Modell der vollständigen Handlung darauf gemünzt werden kann.

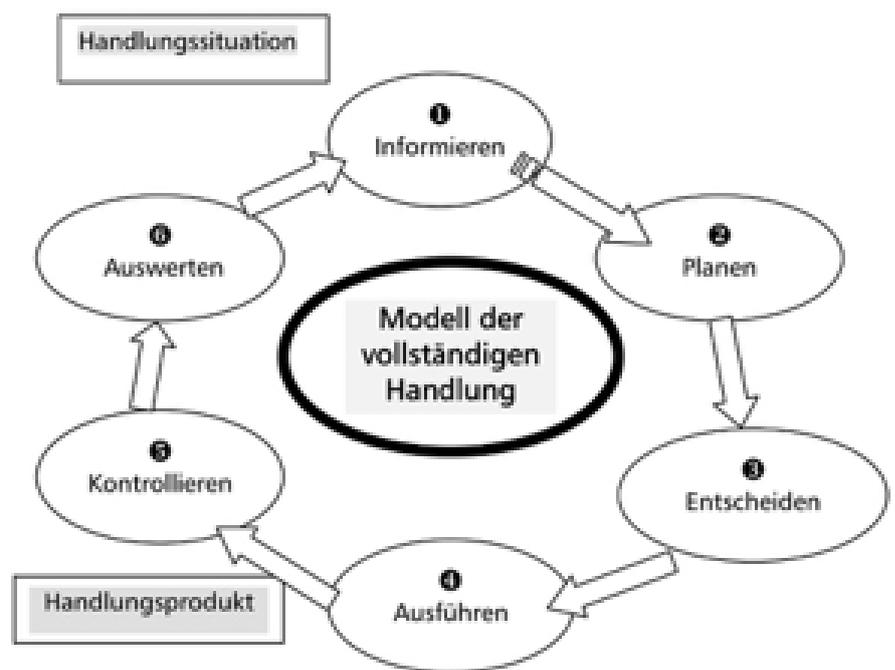


Abb. 4: Modell der vollständigen Handlung (nibis, 2001).

| PHASE | HANDLUNGSSCHRITTE |
|-------------------------|---|
| INFORMIEREN | Welche Inhalte müssen bekannt sein? (Herz-Anatomie, Herzzyklus-Systole/Diastole) Was weiß ich schon? Warum muss ich den RR messen? Wo finde ich Informationen? Welche Messfehler gibt es und wie können sie vermieden werden? Welche Lernorte stehen mir zur Verfügung? Brauche ich Unterstützung durch Mitschüler und/ oder Lehrende? |
| PLANEN | Welche Bücher befinden sich in der Bibliothek, oder müssen beschafft werden? Welche Videos gibt es zu dem Thema? Habe ich schon Unterrichtsmaterial dazu bekommen? Wann sind das Skilllabor, oder der Simulationsraum frei? Wer meiner Mitschüler kann mir helfen? Welcher Lehrende kann mir helfen? |
| ENTSCHEIDEN | Bücher – Icare, Arbeitstechniken Rettungsdienst Videos – Simple Biology 3 Mitschüler sind schon RettSan und können schon RR messen 1 Lehrender steht immer zur Verfügung für Anregungen und Fragen Montag und Mittwoch ist der Simulationsraum frei Dienstag , Donnerstag und Freitag ist das Skilllabor frei |
| DURCHFÜHREN | RR messen an 3 unterschiedlichen Personen in einer 4er-Gruppe, Messprotokoll anfertigen (Werte in Ruhe, nach wenig Anstrengung, nach viel Anstrengung) |
| HANDLUNGSPRODUKT | Messprotokolle |
| KONTROLLE | Welche Ergebnisse haben die anderen Gruppenmitglieder erzielt? Stimmen meine mit den anderen überein? |
| AUSWERTEN | Was lief im Prozess besonders gut? Was bereitete mir Probleme? Wo sehe ich Änderungspotential? Was kann ich aus der Lernsituation für mich mitnehmen? |

Tab.1: Modell der vollständigen Handlung anhand der RR-Messung (eigene Darstellung)

Unterstütze den Lernenden - Motivationstypen

Schon zu Beginn der Ausbildung kann ein Bild darüber gewonnen werden, welche der drei zentralen Motive den Einzelnen dazu bewegt haben ab sofort Notfallsanitäter werden zu wollen. Der Eine träumt davon, Lernumgebungsgestalter werden, um das Berufsbild Notfallsanitäter weiterzuentwickeln (Machtmotiv), die Nächste möchte ihr Wissen ausbauen bevor sie Medizin studiert (Leistungsmotiv) und wieder ein Anderer macht es, weil „Mein Papa macht das auch“ (Anschlussmotiv) (Götz, 2017,

S.95). Wichtig zu beachten sind auch die unterschiedlichen Hoffnungen und Ängste der Motive. Ein durch Macht und Gestaltung motivierter Lerner hat beispielsweise Angst und Bedenken vor Kontrollverlust. Dieser müsste dazu angeleitet und beraten werden ein gutes Teammitglied zu werden und nicht immer die Führungsposition einzunehmen. In den CRM-Leitsätzen nach Rall und Gaba lautet der Punkt 4 „Übernimm die Führungsrolle oder sei ein gutes Teammitglied“ (Moecke et al., 2013).

Lernen kann man lernen, benötigt aber Unterstützung - Lerncoaching

Sobald die Auszubildenden mit dem Konzept des FloW+ in Verbindung kommen wird sichtbar, dass die Fähigkeit des Forschens und Erkundens aus der Kleinkindzeit größtenteils verdrängt wurde. Denn viele Lehrsysteme gehen noch immer zu stark auf die Wissensvermittlung ein ohne das Individuum zu betrachten. Richard David Precht schreibt dazu „Denn nur was mit Neugier gelernt wird, wird unseren Kindern wichtig und bedeutsam. Und nur was ihnen

bedeutsam ist, weckt ihre Kreativität und spornt die Leistungsbereitschaft an.“ Und postuliert: „Unsere Schulen müssen völlig anders werden als bisher. Wir brauchen andere Lehrer, andere Methoden und ein anderes Zusammenleben in der Schule. Mit einem Wort: Wir brauchen keine weitere Bildungsreform, wir brauchen eine Bildungsrevolution!“ (Precht, 2015). Mit dem Weg dahin beschäftigen sich viele Experten und unter ihnen auch verschiedene Berater. „Lernende in ihrem Lernprozess wirksam begleiten und unterstützen“, das hat sich unter anderem Hanna Hardeland (2017) auf die Fahnen geschrieben. Die Themen, welche beim Lerncoaching behandelt werden sind Motivation, Interaktionen und Lerninhalte. Als vorrangiges Ziel wird eine Befähigung zum selbstregulierenden Planen und Durchführen des Lernens angesehen. Bei dieser bewussten Lenkung wirken die Kenntnisse über neurobiologische Grundkenntnisse, wie auch motivationale Theorien und kreative Gestaltungsvarianten mit (ebd.).

Lehrende müssen ausgebildet werden – Ausbildung der Pädagogen

Mit dem Wandel vom Rettungsassistenten zum Notfallsanitäter kam es auch zu Auswirkungen auf die Qualifikationen der Lehrenden. Nun bedarf es eines Hochschulabschlusses, um an Schulen des Rettungsdienstes als Lehrende zu agieren. Der Paragraph 6 des NotSanG regelt hierfür dass die „hauptberufliche Leitung der Schule durch eine entsprechend qualifizierte Fachkraft mit einer abgeschlossenen Hochschulbildung“ (§6 (2)1) vertreten und eine „ausreichende[...] Zahl fachlich und pädagogisch qualifizierter Lehrkräfte mit entsprechender, abgeschlossener

Hochschulausbildung für die Durchführung des theoretischen und praktischen Unterrichts“ (§6 (2)/2) als Mindestanforderung erfüllt sein muss. Welche Art von Studium absolviert werden soll und ob ein Bachelor-, Master- oder Lehramtsstudiengang gefordert wird, ist nicht bundeseinheitlich geregelt. So wird in Thüringen für Lehrpersonen ein Master-, bzw. Lehramtsstudium mit abgeschlossenem Referendariat benötigt. In Schleswig-Holstein hingegen wird ein Hochschul- oder Universitätsabschluss benötigt, jedoch ist derzeit nur ein Bachelorstudium von Nöten. Diese Regelung geht zum einen aus dem Erlass des Landesamtes für soziale Dienste und zum anderen aus der Vergütungsvereinbarung des TVöD (Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst) hervor. Ein Bachelorabschluss im Bereich Medizinpädagogik (B.A.) vermittelt beispielsweise theoretisches Grundlagenwissen in den medizinischen, pädagogischen, psychologischen und rechtlichen Bereichen und leistet wesentlich mehr, als Weiterbildungen zum Praxisanleiter oder zum Dozenten im Rettungsdienst. Auch das curricular verankerte praktische Anwenden in Form von Präsentationen und Prüfungsleistungen in Teamarbeit, fördert in Teilen das Verständnis und das grobe Verstehen von Unterricht. Man könnte es als „Lernen am Modell“ bezeichnen. An Universitäten, Hochschulen und sämtlichen Bildungsstätten fehlt es an Gestaltern und Veränderern, welche die von Precht geforderte Bildungsrevolution vorantreiben (Precht, 2015). Um die Handlungskompetenz der Lehrenden zu fördern und auszubilden, bedarf es beispielsweise auch einer fachlichen Betreuung in der schulpraktischen Studien, gleich dem wie Referendare sie

erleben auf ihrem Weg zum zweiten Staatsexamen. Diese Aufgabe kann jedoch nur übernommen werden, wenn ausreichend Kompetenz erlangt wurde. Hierfür dienlich sind Aspekte, welche das professionelle Ausgestalten von Lehr- und Lernsituationen, die Auseinandersetzung mit gesundheitswissenschaftlichen Themen, tiefere Einblicke in die Sozialwissenschaften und auch die Curriculumentwicklung betreffen.

Kritische Reflexion

Das ‚Freie Lernen mit organisierter Wissens- + Kompetenzentwicklung‘ (FLoW+) hat sich seit der Einführung in vielen Bereichen gewandelt. Mittlerweile verändert sich das berufliche Selbstverständnis weitestgehend in Richtung Pädagogik und dahin, dass eine einheitlichere Sprache im Bereich der Ausbildungsgestaltung gesprochen wird. Dies kann unter anderem beobachtet werden durch eine Vielzahl abgeschlossener pädagogischer Studiengänge, wie auch durch sich noch in der Hochschulbildung befindlicher Kollegen. Unter anderem vertreten sind B.A. Medizinpädagogik, B.A. Betriebliche Bildung, sowie auch M.Sc. Gesundheitswissenschaften. Weiterhin wurden regelmäßige Lehrersprechstunden eingeführt, um sich über didaktische oder personelle Herausforderungen auszutauschen.

Die Kann-Listen werden stetig überarbeitet, so dass sie nun kürzer, strukturierter und übersichtlicher sind. Wichtig hierbei ist, dass der Lernumgebungsgestalter genaue Kenntnisse über die Kompetenzniveaus der einzelnen Punkte besitzt und so unterstützend auf- und erklären kann.

Im Laufe der Zeit wurde dazu

übergegangen, die Lernenden selbstständig Advance Organizer anfertigen zu lassen. Um den Nutzen als vorangestellte Erläuterung beizubehalten, werden weiterhin die vorgefertigten Exemplare ausgehändigt, erläutert und gut sichtbar im Klassenzimmer aufgehängt. Eine Evaluation die AO betreffend im Bereich „lernförderliches Instrument“ steht derzeit noch aus und muss noch in Absprache mit dem Qualitätsmanagement erarbeitet werden.

Ausblick

Wenn die Veränderungen fortgeschritten sind, muss sich gedanklich und umsetzungstechnisch um die Digitalisierung gekümmert werden. Die Implementierung von Flipped Classroom und Blendend Learning wird ins Auge gefasst werden, um das eingangs beschriebene Leben in der VUKA-Welt in Einklang mit der persönlichen Realität der Lernenden und Lehrenden und dem FLoW+-Konzept zu bringen. Auch dadurch ist ein eigenständigeres und selbstorganisiertes Lernen möglich und alternativ zu gestalten, da diese Ansätze unter anderem mehr Freiraum für die Lernortwahl bieten.

Derzeit befindet sich der Rahmenlehrplan für die Ausbildung von Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern in Schleswig-Holstein in der Revision. Dies ermöglicht eine Kooperation aller beteiligter Schulen des Landes zur Konsensbildung über die Ausbildung in Form einer Lehrplankommission. Die dabei verabschiedeten Lernfelder, bilden die Grundlage für eine Umstrukturierung der bereits bestehenden Lernsituationen und das Weiterentwickeln eines Curriculums an der RKiSH Akademie.

Um die geforderten Aspekte zum Leben zu erwecken und auch an anderen Schulen umzusetzen, bedarf es neben Engagement ebenso der stufenweisen Einführung der einzelnen Punkte. Bevor die Effekte beim Lernenden ankommen können, ist eine Implementierung im Lehrendenkreis notwendig. Um dies zu bewerkstelligen, bieten regelmäßige Lehrerfortbildungen einen guten Ansatzpunkt für allmähliches Kennenlernen, Einführen und Erarbeiten im Kollegium.

Ziel soll es sein, ein einheitliches Verständnis und regelmäßige Evaluationen auch mittels Feedbacks zu erreichen, um ein gelingendes Lernen zu gewährleisten.

Und das Alles mit Freude, Engagement, Abwechslung und Spaß.

Literaturverzeichnis

Ausubel, David P.; Novak, Joseph D.; Hanesian, Helen (1974): Psychologie des Unterrichts II. Weinheim: Beltz.

Bloom, S. Benjamin (2001): Taxonomie von Lernzielen im kognitiven Bereich. Weinheim: Beltz.

Böhm, Winfried (2010). Maria Montessori Einführung mit zentralen Texten. Paderborn: Schöningh.

Boerner, Reinhard J. (2015): Temperament. Berlin, Heidelberg: Springer.

Bohrer, Clemens; Gorzolla, Peter; Klees, Guido; Tillmann, Alexander (2013) Interaktive Whiteboards in der Gruppenarbeit: gesteigerte Aufmerksamkeit in unterschiedlichen Rollen. In: Claudia Bremer; Detlef Krömker: E-Learning zwischen Vision und Alltag. Zum Stand der Dinge. Medien in der Wissenschaft (64) S.107-117.

Münster: Waxmann.

Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter. NotSan-APrV, vom 22.05 2013. Online verfügbar unter <https://www.gesetze-im-internet.de/notsan-aprv>, zuletzt geprüft am 26.06.2018.

Erlass des Landesamtes für soziale Dienste (LSD) (2018). Mindestanforderungen an Schulen für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter.

Gesetz über den Beruf der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters. Notfallsanitätergesetz - NotSanG, vom 22.05.2013. Online verfügbar unter <https://www.gesetze-im-internet.de/notsang>, zuletzt geprüft am 26.06.2018.

Carnegie, Dale; Hänseler, Hedi (2015): Wie man Freunde gewinnt - Die Kunst, beliebt und einflussreich zu werden. 2. Aufl. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch.

Cube, v. Felix (1982). Kybernetische Grundlagen des Lernens und Lehrens, 4. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta.

Datscher, Erwin (2014): Abenteurer Führung aus der Praxis für die Praxis. Indigo8 - Netzwerk für Entwicklung. Pucking: Indigo8.

Friedrich, Timo; Langner, Michael; Sigmund, Peter (2018). Simulation in der Rettungsdienstausbildung. In: Simulation in der Medizin: Grundlegende Konzepte - Klinische Anwendung. Michael St.Pierre; Georg Breuer (S. 435–443) Berlin, Heidelberg: Springer.

Götz, Thomas (2017): Emotion, Motivation und selbstreguliertes Lernen. 2., aktualisierte Auflage.

Paderborn: Schöningh.

Haas, Ulrich (2015). Selbstorganisiertes Lernen im Unterricht - Eine unterrichtspraktische Einführung. Weinheim; Basel: Beltz.

Hardeland, Hanna (2017): Lerncoaching und Lernberatung. Lernende in ihrem Lernprozess wirksam begleiten und unterstützen : ein Buch zur (Weiter-)Entwicklung der theoretischen und praktischen (Lern-)Coachingkompetenz. 6. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.

Hattie, John (2015): Lernen sichtbar machen. 3., erweiterte Auflage. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.

Herold, Cindy; Herold, Martin (2013): Selbstorganisiertes Lernen in Schule und Beruf. Gestaltung wirksamer und nachhaltiger Lernumgebungen. 2. Aufl. Weinheim: Beltz.

Hüther, Gerald (2016): Mit Freude lernen – ein Leben lang. Weshalb wir ein neues Verständnis vom Lernen brauchen. Sieben Thesen zu einem erweiterten Lernbegriff und eine Auswahl von Beiträgen zur Untermauerung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Jank, Werner; Meyer, Werner (2014): Didaktische Modelle. 11. Aufl. Berlin: Cornelsen.

Kohler, Richard (2009). Piaget und die Pädagogik. Eine historiographische Analyse. Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt.

Kultusministerkonferenz (23.09.2017): Handreichung für die Erarbeitung von Rahmenlehrplänen der Kultusministerkonferenz für den berufsbezogenen

Unterricht in der Berufsschule und ihre Abstimmung mit Ausbildungsordnungen des Bundes für anerkannte Ausbildungsberufe. KMK, vom August 2001. Online verfügbar unter kmk.org, zuletzt geprüft am 27.06.2018.

Luiz, Thomas (2008): Der psychosoziale Notfall. In: Notfall Rettungsmed 11 (8), S. 547–551. DOI: 10.1007/s10049-008-1106-9.

Luxem, J., Runggaldier, K., Karutz, H., Flake, F. (2016). Notfallsani-täter Heute. München: Elsevier Urban &Fischer.

Moecke, Heinzpeter; Marung, Hartwig; Oppermann, Stefan (2013): Praxishandbuch Qualitäts- und Risikomanagement im Rettungsdienst. Planung, Umsetzung, Zertifizierung. Berlin: Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Niedersächsisches Kultusministerium (nibis). (2001). Rahmenrichtlinien für den Unterricht in den Fächern Ernährung und Betriebs- und Volkswirtschaft im Fachgymnasium Gesundheit und Soziales Schwerpunkt Ökotrophologie.

Precht, Richard David (2015): Anna, die Schule und der liebe Gott. Der Verrat des Bildungssystems an unseren Kindern. 3. Aufl. München: Wilhelm Goldmann.

Reich, Kersten (2012): Konstruktivistische Didaktik. Das Lehr- und Studienbuch mit Online-Methodenpool. 5., erw. Aufl. Weinheim: Beltz.

Scheelen, Frank M. (2015): Menschenkenntnis auf einen Blick. Sich selbst und andere besser verstehen. 1. Aufl. München: Mvg.

Schulz von Thun, Friedemann

(2010). Miteinander reden 1: Störungen und Klärungen: Allgemeine Psychologie der Kommunikation. Reinbek: Rowohlt.

St. Pierre, Michael; Breuer, Georg (2018). Simulation in der Medizin: Grundlegende Konzepte - Klinische Anwendung. Berlin, Heidelberg: Springer.

Tarifvertrag für den Öffentlichen Dienst. Bereich der Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände (VKA) (2018). Abgerufen am 24.02.2019 von <https://oeffentlicher-dienst.info/tvoed/vka/>.

Tillmann, Alexander; Antony, Ingo (2018). Tablet-Klassen. Begleituntersuchung, Unterrichtskonzepte und Erfahrungen aus dem Pilotprojekt „Mobiles Lernen in Hessen – MOLE“. Münster, New York: Waxmann.

Ulrich, Hans; Probst, Gilbert J. (1991): Anleitung zum ganzheitlichen Denken und Handeln. Ein Brevier für Führungskräfte. 3. Aufl. Bern: Haupt.

Wahl, Diethelm (2013): Lernumgebungen erfolgreich gestalten. Vom trägen Wissen zum kompetenten Handeln. 3. Aufl. mit Methodensammlung.

Woolfolk, Anita (2014): Pädagogische Psychologie. Unter Mitarbeit von Ute Schönpflug. 12., aktualisierte Auflage. Hallbergmoos: Pearson (Always learning).

Schemapädagogik – Lösungsansätze bei Störungen im Rahmen der Unterrichtsgestaltung

Eingereicht 02. Oktober 2018
Genehmigt 05. März 2019



Michael Jost

Pflegepädagoge, Bildungszentrum an der Helios Klinik Salzgitter, Schemapädagoge

Kontakt: michajost@gmx.de

Die Kriterien des peer-reviews wurden in diesem Beitrag nicht angewendet.

Nachfolgend wird zur besseren Lesbarkeit die Formulierung Schüler gewählt. Der Begriff des Schülers wird auf Grund des Settings der Schule gewählt. Dieser ist dem Begriff des Auszubildenden gleichwertig zu sehen.

Aus dem Herausgeberteam: Das Thema Schemapädagogik befindet sich im Aufbau und Entwicklung. Der Artikel ist dabei als ein Impuls zu verstehen.

Einleitung

Immer wieder gibt es in der Pflegeausbildung Auszubildende, die versuchen das Unterrichtsgeschehen zu stören. Die Art und Weise, wie Lehrkräfte darauf reagieren, ist genauso vielfältig, wie die Lehrkräfte selbst. Häufig jedoch ohne Erfolg. In der Ausbildung der Gesundheits- und Krankenpflege sind die Schüler oft noch in einer späten adoleszenten Phase. Die Schüler versuchen sich in einem neuen, ihnen noch unbekanntem Umfeld zurecht zu finden. Ihr Verhalten entspricht im Allgemeinen den Erwartungen der Bildungseinrichtungen und ihrem sozialen Umfeld.

Ein Beispiel aus der Praxis in der Pflegeausbildung:

Es ist 14.15h, die letzte Schulstunde hat begonnen. Die Klasse döst vor sich hin. Der Lehrer wiederholt: Wir haben in der vorhergehenden Stunde die Berechnung der Infusionsgeschwindigkeit besprochen. Da haben wir eine ganz einfache Methode gelernt... Stefanie hört schon nicht mehr zu, schaut bei ihrer Nachbarin in die Aufzeichnungen der vorangegangenen Stunde. ... Wieviel Sekunden sind es pro Tropfen? - Stefanie? Sie erschrickt, steht auf, überlegt nervös, schaut an die Decke – natürlich, sie weiß es doch. Nun Stefanie? – Wie viele Sekunden? Sie ist verwirrt. Hilflos suchen ihre Gedanken im Kopf umher. Wie kriegt man den die Sekunden raus? Sie beginnt zu stottern: Das ist – ich habe es noch gewusst ... Hast du es wiederholt? Ja ganz bestimmt. Noch heute Morgen ... bestimmt, ich hab`s gelernt! ... Der Lehrer zückt sein Notenbüchlein. Eine Mitschülerin sagt die richtige Antwort. Stefanie, verwirrt, enttäuscht von sich selbst, setzt sich wieder hin.

Dies Beispiel verdeutlicht wie schnell es bei Schülern zu Missmut und Enttäuschung kommen kann. Dabei ist es unabhängig wie leistungsstark die Schüler eigentlich sind. Es genügt, wie in diesem Beispiel beschrieben auch einfach der falsche Zeitpunkt. Schüler sind nicht (immer) in der Lage sich durchgängig über die gesamte Lehrstunde zu konzentrieren, besonders dann, wenn sie nicht ausreichend gefordert werden. Lange Zeit galt das Lernen als reine Instruktion des Lehrenden (Hüter, 2009).

Methodik, Fragestellung und Ziel

Die möglichen Lösungsansätze sind Ergebnisse einer Literaturanalyse im Zeitraum von Februar 2016 bis August 2016. Ein Suchprotokoll wurde erstellt. Sowohl eine Handsuche, als auch eine Datenbankrecherche erfolgte. Die zugrundeliegende Fragestellung war, ob Schemapädagogik einen Lösungsansatz darstellt, um die Risikofaktoren der Störungen einzelne in der Pflegeausbildung zu verringern? Das Ziel war Möglichkeiten aufzeigen, wie mit einzelnen Schülern in der Pflegeausbildung schülerorientiert durch Lehrer umgegangen werden kann.

Ergebnisse

Mehr als Informationsvermittlung – das Nervensystem

Hermann et al. (2009) haben gezeigt, dass Lernen nicht nur aus Informationsvermittlung besteht, sondern in unserem Gehirn viel mehr passiert. Unser Gehirn hat ein zentrales Bewertungssystem, das limbische System. Das limbische System ist unbewusst und von vielen Faktoren abhängig. Es unterteilt sich in nachfolgende Bereiche (Hermann et al., 2009):

- Limbische Teile der Großhirnrinde (präfrontaler, orbitofrontaler und cingulärer Cortex): Bewusste Emotionen und Motive, bewusste kognitive Leistungen, Handlungs- und Impulskontrolle
- Hippocampus-Formation i.w.S.: Organisator des deklarativen, d.h. bewusstseinsfähigen Gedächtnisses (episodisches Gedächtnis, Faktengedächtnis, Vertrautheitsgedächtnis)
- Amygdala: Emotionale Konditionierung, insbesondere Vermittlung negativer Gefühle (Stress, Furcht)

- Mesolimbisches System: Belohnung durch hirneigene Opiate bzw. Inaussichtstellung von Belohnung durch das dopaminerge System
- Neuromodulatorische Systeme: Steuerung von Aufmerksamkeit, Motivation, Interesse, Lernfähigkeit durch die Neuromodulatoren Noradrenalin (allgemeine Aufmerksamkeit, Erregung, Stress), Dopamin (Antrieb, Neugier, Belohnungserwartung), Serotonin (Dämpfung, Beruhigung, Wohlfühl) und Acetylcholin (gezielte Aufmerksamkeit, Lernförderung) (Hermann et al. 2009)

Diese unterschiedlichen Systeme führen im Ergebnis zu einem guten Lernen. Kommt es in einzelnen Bereichen zu Störungen, kann sich dies bei Schülern durch Verhaltensauffälligkeiten widerspiegeln. Kommt es bei Schülern zum Beispiel durch Unterforderung zu Einschränkungen im limbischen System, könnten die Schüler Abschweifen und dem Unterricht nicht mehr folgen. Sind Schüler in der Lage sehr schnell auswendig zu lernen, wo hingegen andere viel länger benötigen, besteht auch hier die Möglichkeit des nicht mehr Folgens im Unterricht. Hier schließt das mesolimbische System direkt an. Haben Schüler keinen Lernerfolg, kommt es nicht mehr zu Belohnungen durch die hirneigenen Opiate und diese Schüler fragen sich zu Recht, warum sie noch lernen sollten.

Ein Beispiel von Hueter (2016) ist ein 80-jähriger Mann, der sich in eine 70-jährige Chinesin verliebt. Auch wenn dieser Mann bis zum heutigen Tag noch nie chinesisch gesprochen hat. Entwickelt er doch eine intrinsische Motivation nun diese Sprache zu erlernen, damit er mit seiner Frau in Ihre

Heimat kann. Der Glaube, dass das Gedächtnis und unser Gehirn mit steigendem Alter schlechter lernen, ist ein Irrglaube. Dieses Beispiel brachte Gerald Hüther in seinem Vortrag „Gelassenheit hilft: Anregungen für Gehirnbenutzer“. Daraus resultiert, dass auch schon festgefahrene Schema-Modi änderbar sind, dies hängt einzig und allein von der Motivation der Betroffenen ab (Hueter, 2016).

Kommt es zu einer Verminderung von Dopamin und Acetylcholin, sind die Schüler nicht mehr in der Lage, dem Unterricht zu folgen, da sie ihre Aufmerksamkeit nicht mehr bewusst lenken können (Hermann et al., 2009, S. 60, f.).

Exemplarische Vorstellung des Einsatzes der Schemapädagogik/-modus im Ausbildungsgeschehen

Die Schemapädagogik beruht auf den Prinzipien der Schematherapie, diese wiederum hat ihren Ursprung in der Verhaltenstherapie (Zens, Jacob, Hrsg., 2014) Als Lehrender zu wissen, in welchem Modus sich Auszubildende befinden, bietet die Möglichkeit auch dort pädagogisch anzusetzen. Wobei ein Schemamodus den aktuell erfahrbaren Erlebniszustand des Zu-Erziehenden, anders gesagt, seine gerade aktivierte Teil-Persönlichkeit, Rolle beschreibt (Damm, 2010). Ein Schemamodus steht häufig in Zusammenhang mit einem zugrundeliegenden Schema. Konkret gesagt: Ein oder mehrere Schemata treten durch einen spezifischen Modus konkret in Erscheinung. Ist ein Schüler in seiner Rolle, so ist er gedanklich und emotional „voll drin“ und hat seine „fünf Minuten“ (Damm, 2010).

Die Verhaltenstherapie stützt sich auf den Grundgedanken, dass

Fehlverhalten in bestimmten Situationen erlernt wurde. Gelerntes kann aber auch wieder verlernt werden (Margraf, J., 2000). Ein Schwerpunkt der Verhaltenstherapie ist die klassische Konditionierung, die als Grundlage für verschiedene Verhaltensmuster gesehen wird. Ein Grundgedanke der Verhaltenstherapie ist das Aufdecken von Problemen und das Erzeugen von Einsicht auf Seiten der Betroffenen. Die Hauptperspektive der Verhaltenstherapie ist die 3. Person, das heißt, dass sowohl die Betroffenen, als auch die Therapeuten gemeinsam auf eine Situation gucken. In diesem Fall wird auch von der sogenannten Metaebene gesprochen.

Die Schematherapie wurde in New York zur Behandlung schwieriger oder therapieresistenter Patienten mit narzisstischen oder borderline Störungen entwickelt (Roediger, 2016). In den Niederlanden wurde hierzu eine kontrollierte und randomisierte Studie in Bezug auf die Wirksamkeit durchgeführt. In dieser Studie konnte die Wirksamkeit der Schematherapie nachgewiesen werden (Giesen-Bloo et al 2006).

Um schematherapeutisch arbeiten zu können müssen nach Young (2008) drei Elemente gegeben sein:

- Eine auf das Schema- bzw. Modusmodell bezogene Fallkonzeption und Therapieplanung
- Eine therapeutische Beziehungsgestaltung im Sinne der begrenzten elterlichen Fürsorge
- Der auf die Fallkonzeption bezogene, systematische Einsatz von erlebnisaktivierenden Techniken (Roediger, 2016)

Das Konzept der Schemapädagogik bietet eine Möglichkeit der Beziehungsgestaltung von Lehrenden und Schülern.

Lösungsmöglichkeiten sind die sechs Schritte nach Damm (2013):

- Beobachtung
- Komplementärer Beziehungsaufbau
- Problemaktualisierung
- Persönlichkeitsstil-
- Schemamodus- Diagnose
- Problemklärung

Interventionen und Methoden Ressourcenorientiertes Arbeiten

Beobachtung

Bevor es zur Aktivierung eines Schemas kommt, gibt es die sogenannte Aktivierungsphase. In dieser Phase sind die Schüler meistens noch zugänglich. Um aber eben diese Phase aufzudecken, müssen die betroffenen Schüler beobachtet werden. Unter der bewussten Beobachtung werden aber die Persönlichkeitsstile der Schüler aufgedeckt (siehe Abbildung 1). Kommt es zu regelmäßigen Aktionen und Reaktionen, werden innerpsychische Faktoren ein passendes Schema oder einen Schemamodus, einen passenden Stil repräsentieren (Damm, 2013). Einsicht ist während eines Modus von den Betroffenen nicht zu erwarten, da sie nicht in der Lage sind sich selbst in diesem Moment zu reflektieren. Die Reflektion ist lediglich im Erwachsenen Modus möglich (ebd.).

Komplementärer Beziehungsaufbau

Einer der wichtigsten Aspekte der Schemapädagogik ist der Beziehungsaufbau zwischen Lehrern und Schülern. Den meisten schwierigen Schülern geht es nach Sachse (2009) vor allem um

Anerkennung, Solidarität, Wichtigkeit und Verlässlichkeit (Sachse et al., 2009). Der Beziehungsaufbau ist sehr häufig langwieriger Prozess, da die meisten schwierigen Schüler früh gelernt haben, dass ihre Bedürfnisse, selbst wenn sie geäußert werden, nicht befriedigt oder sogar frustriert werden. Deshalb fällt es ihnen häufig schwer, zu glauben, dass sie an dieser Stelle mit ihren Bedürfnissen ernst genommen werden (ebd.).

Problemaktualisierung, Persönlichkeitsstil- Schemamodus- Diagnose

Kommt es nach dem Beziehungsaufbau bei den Schülern, wiederkehrend zu Problemverhalten, kann es mit einem Schemamodus oder einem Persönlichkeitsstil in Verbindung gebracht werden. Beispiele könnte hier das Schikanieren oder verspätetes Erscheinen zu Verabredungen sein (Damm, 2013).

Eine weitere Möglichkeit, sich dem innerpsychischen Konflikt zu nähern, könnten auch nachfolgende Fragen von Damm (2013) sein:

- Zu welcher Reaktion möchte mich „x“ bringen?
- Welche Ziele verfolgt er?
- Welche Gedanken löst sein Verhalten aus?
- Welche Grundbedürfnisse werden kommuniziert?
- Was steckt hinter dem Verhalten?
- Welche Situation löst welchen Schemamodus aus?
- Welche Schemata könnten vorliegen?

(Damm, 2013)

Problemklärung

Sobald genügend Beziehungskredit zwischen Schülern und Pädagogen aufgebaut ist, besteht die Möglichkeit sich mit den Schülern

auch informell zu kommunizieren. Der Grund findet sich in dem immer häufigeren Erwachsenen-Modus. In diesem Modus können Pädagogen den Schülern einen Schemamodus- Arbeitsbegriff anbieten, mit denen die Schüler etwas anfangen können. Zum Beispiel: Immer, wenn Du geärgert wirst Max, kommt in dir der Aggro-Max zum Vorschein. Mit diesem Begriff können die Schüler etwas anfangen und es wirkt auf sie nicht mehr so abstrakt (Damm, 2013). Dies bietet auf Seiten der Schüler, Möglichkeiten der Einsicht.

Intervention und Methoden

Ein Hauptziel der Schemapädagogik ist die Förderung der selbstkontrollierten Emotionskontrolle der Schüler im Alltag. Die Schüler sollen in der Lage sein, selbst zu erkennen, wann Schemamodi auftreten und diese kontrollieren. Die Pädagogen unterstützen die Schüler. Dies kann zum Beispiel dadurch geschehen, dass sie ihnen sagen, wie stolz sie auf sie sind, da die Schüler vielleicht ihr Aggro- Ich im Griff hatten oder sich im Rahmen des Unterrichtes mehr beteiligt haben als sie es sonst tun.

Es gibt nach Damm (2013) spezielle kognitive bzw. erlebnisbasierte Methoden, folgenden werden zwei ausgewählte Methoden näher erläutert:

- Schemamodus- Gespräch
- Schemamodus- Memo
- Schemamodus- Fragebogen
- Schemafragebogen
- Persönlichkeitsstil- Fragebogen
- Stühlearbeit
- Besinnungstext
- Das Schemamodus-Gespräch

Das erste Schemamodus-Gespräch sollte in einem möglichst

informellen Rahmen stattfinden, darüber hinaus unter vier Augen. Mindestens einige Minuten sollten dafür eingeplant werden. Die Einführung in das Thema kann entweder humorvoll-emphatisch oder sachlich-konfrontativ gestaltet werden. Ich empfehle die humorvoll-empathische Variante, ansonsten empfindet sich der Heranwachsende eventuell schnell als defizitär. Ergibt sich dummerweise letzterer Fall, werden seitens des Teenagers schnell „selbstwertdienliche“ Schemamodi aktiviert (Distanzierter Beschützer, Aggressiver Beschützer) – und dann braucht es einen „neuen Anlauf“. (Konfrontative Methoden sind sowieso nur effizient, falls vorher ausreichend Beziehungskredit „erwirtschaftet“ wurde). Im Folgenden sind einige Beispiele für die humor-empathische Version nach Damm (2013) aufgeführt:

| Problem | Beteiligter Schemamodus | Intervention zur Einführung in die Schemamodus-Arbeit |
|----------------------------------|-----------------------------------|--|
| Mobbing | Schikanierer- und Angreifer-Modus | „Manchmal spricht schon so ein kleiner Mobber- [Vornamen des Schülers einfügen] aus Dir, gell?“ |
| Endlosdiskussionen führen wollen | Manipulierer, Trickser, Lügner | „Na, heute hat Dein innerer Diskutier- [Vornamen des Schülers einfügen] viel Aufmerksamkeit auf sich gezogen, ne?“ |

Der an dem jeweiligen Problem beteiligte Schemamodus wird also bestenfalls in die Sprache des Schülers übersetzt, damit er kognitiv leichter erfasst werden und entsprechend als „spätere Arbeitsgrundlage“ dienen kann. Dieser Begriff wird mit dem Vornamen des Schülers verknüpft, damit jener die subjektive Relevanz erkennt.

Der Schemapädagoge beschreibt einfühlsam und wertungsfrei, wie er den Schüler im Mobbing-, Diskutierer- und Krawall-Modus wahrnimmt. Vielleicht bietet sich auch ein Rollenspiel an, um dem Heranwachsenden seine Rolle zu verdeutlichen. Außerdem werden die Folgen für den Unterricht beschrieben.

Die Betreffenden entwickeln rasch die Motivation, sich über das Thema zu unterhalten. Es geht ja um sie, sie bekommen Aufmerksamkeit.

Schuldgefühle beziehungsweise Gewissensbisse werden in diesem Stadium (noch) nicht erweckt, da der Lehrer mit dem Schüler quasi über einen „Dritten“, den Schemamodus, spricht. Der Teenager spürt natürlich mehr oder weniger bewusst seine „Verwandtschaft“

zu seinem inneren Selbstanteil, der ihm im nicht-aktivierten Zustand gewöhnlich kognitiv weniger präsent ist.

Stühlearbeit

Rahmenbedingungen: ein reizarmes Umfeld, nur der Schüler und der Lehrer sind anwesend; vorher sollte die Phase des kom-

plementären Beziehungsaufbaus stattgefunden haben

Material: drei Stühle, Karte

Anlass: vor oder nach dem Schemamodus-Gespräch

Ziel: Förderung des Modus des Gesunden Erwachsenen (= Förderung der Selbstkontrolle im Unterricht)

Zunächst erklärt man dem Schüler, worum es geht. – Mithilfe einer kleinen Übung soll ihm klar werden, dass manchmal ein „Mobber“, „Verarscher“, „Schläger“ usw. in ihm aktiviert wird. Die jeweilige Persönlichkeitsfacette übernimmt dann die Kontrolle über sein Denken und Verhalten im Unterricht, und er hat seine „fünf Minuten“. Dann ist er „voll drin“ in seinem „Film“. Als „Mensch“, so erklärt der Pädagoge, könne er den Teenager super leiden, und der innere „Mobber“, „Verarscher“, „Schläger“ usw. nervt eben manchmal. Da müsse man was machen.

Der Lehrer legt nach der freundlichen Einführung auf den dritten (leeren) Stuhl eine Merkkarte, auf der die Bezeichnung des „schwierigen“ Schemamodus, anders gesagt, der störenden Schülerrolle steht, etwa: „Aggro-Thomas“. Er erklärt dem Heranwachsenden in Schülersprache zunächst authentisch und wertungsfrei, wie genau er den aktivierten „Mobber“, „Verarscher“, „Schläger-Thomas“ im Unterricht erlebt.

Danach kündigt der Pädagoge an, dass er nun in diese eine bestimmte Rolle des Schülers schlüpfen wird, sobald er den leeren Platz einnimmt. Der Schüler wird dazu angehalten, genau aufzupassen, nichts zu sagen und das Ganze auf sich wirken zu lassen.

Dann geht es los. Schauspielerische Kompetenzen sind gefragt. Nach zirka einer Minute „Schemamodus-Rollenspiel“, bei den durchaus prägnanten, problematischen Sätzen mit Wiedererkennungswert fallen müssen, erhebt sich der Lehrer, „switcht“ wieder um und offenbart wieder die Rolle des gesunden Erwachsenen. Nun wird der Heranwachsende zu dem gerade Erlebten befragt („Wie war das für Dich?“, „Erkennst Du den Aggro-Thomas?“ usw.). Dies dient der Förderung der zukünftigen Selbstkontrolle im Unterricht (Damm, 2013).

Es sollte im Anschluss an diese Übung ein Schemamodus-Memo erstellt werden. Ebenfalls kann man mit dem Schüler einen verbalen Vertrag („Ab jetzt bleibst Du im Unterricht cool und kontrollierst Deinen inneren ...!“) schließen, der mit einem symbolischen Handschlag abgesegnet wird.

Ressourcenorientiertes Arbeiten

Der letzte Schritt, versucht die vorhandenen Potentiale der Schüler weiter auszubauen und zu festigen. So sind, nach der Ansicht von Damm, Schüler die sich gern am Wochenende „fetzen“ gut in einem Kampfsport Verein aufgehoben. Hier haben sie nicht nur die Möglichkeit überschüssige Energie loszuwerden, sondern sie lernen gleichzeitig Disziplin, Respekt und Ausdauervermögen (Damm, 2013).

Fazit

Es handelt sich bei dieser pädagogischen Strömung um einen nur teilerforschten, auf verhaltenstherapeutisch, kognitionspsychologischen Grundlagen basierenden Ansatz. Erfahrungen zeigen, dass diese Vorgehensweise einen Lösungsansatz in bestimmten Unterrichtssituationen darstellen

kann. Es sind weitere Studien notwendig, um diesen Ansatz und Vorgehensweise weiter zu belegen. Auch sollte eine differenzierte und ausführliche Betrachtung auf das Schülerklientel in den Gesundheitsausbildungen sowie den Einsatz von Schemapädagogik gelegt werden, da es sich in diesen Klassen nicht nur um Heranwachsende wie in allgemeinbildenden Schulen handelt.

Wenn Schemapädagogik im Unterricht Anwendung findet, bedarf es einer fachlichen Weiterbildung und gezielten Qualifikation des Lehrers, da die Methoden auf Grundlage verhaltenstherapeutischer Ansätze beruhen und die klassische Lehrebildung nicht zum „Therapeuten von innerpsychischen Konflikten“ qualifiziert.

Literaturverzeichnis

Damm, Marcus (2010): Schemapädagogik. Möglichkeiten und Methoden der Schematherapie im Praxisfeld Erziehung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden. Online verfügbar unter <http://dx.doi.org/10.1007/978-3-531-92486-1>.

Damm, Marcus (2013): Der schemapädagogische Handwerkskoffer. 30 praktische Methoden zum Konfliktmanagement in Schule und sozialer Arbeit; mit Online-Materialien. Stuttgart: ibidem-Verl. (Schemapädagogik kompakt, 12). Online verfügbar unter <http://www.socialnet.de/rezensionen/isbn.php?isbn=978-3-8382-0530-4>.

Giesen-Bloo, J., Van Dyck, R., Spinhoven, P., Van Tilburg, W., Dirksen, C., Van Asselt, T., ... & Arntz, A. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Archives of general psychiatry*, 63(6), 649-658.

Hueter, Gerald Gelassenheit hilft: Anregungen für Gehirnbrenner <https://www.youtube.com/watch?v=2XIJmew2IK4> letzter Zugriff: 09.08.2016

Herrmann, Ulrich (Hg.) (2009): Neurodidaktik. Grundlagen und Vorschläge für gehirngerechtes Lehren und Lernen. 2. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz (Beltz-Pädagogik). Online verfügbar unter <http://www.socialnet.de/rezensionen/isbn.php?isbn=978-3-407-25511-2>.

Margraf, J. (Hrsg.) (2000): Lehrbuch der Ver-

haltenstherapie. (2. Auflage; 2 Bd.). Berlin: Springer

Roediger, Eckhard (2016): Schematherapie. Grundlagen, Modell und Praxis. 3., vollständig überarbeitete Auflage. Stuttgart: Schattauer.

Zens, Christine; Jacob, Gitta; Zenz-Jacob (2014): Schwierige Situationen in der Schematherapie. Mit E-Book inside. 1. Aufl. Weinheim: Beltz.



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



Hindernisse und Hürden bei der Einführung von SkillsLab in Berufsfachschulen der Krankenpflege



Regina Scheller
Medizinpädagogin (B.A.),
Berufsfachschule für Altenpflege,
Hofheim



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

Kontakt: matthias.drossel@srh.de

Abstract

Um den Theorie-Praxis-Transfer in der Pflegeausbildung zu erleichtern und aufgrund des Wandels in der Pflegeausbildung hin zu einer generalistischen Ausbildung ist es notwendig, das Erlangen von Handlungskompetenz in der Ausbildung zu fokussieren. Zielsetzung der folgenden Arbeit ist es, Hindernisse und Hürden bei der Einführung von SkillsLab zu identifizieren und darzustellen. Diese Auswertung ermöglicht es den Pflegeschulen, die Risiken besser abzuschätzen und erleichtert daher die Implementierung von Skills Lab.

Es wurden sieben Experteninterviews an Berufsfachschulen für Krankenpflege durchgeführt. Zur Datenauswertung wurde die inhaltlich strukturierende Inhaltsanalyse nach Mayring angewendet.

Die Implementierung von SkillsLab erwies sich als sehr zeitintensiv. Zudem bedarf es der Anschaffung teurer Equipments, welches oft kompliziert zu bedienen ist, sodass dessen Anwendung im Vorfeld trainiert werden muss. Auch die Unterstützung durch Vorgesetzte erwies sich als wichtiger Punkt, um SkillsLab erfolgreich implementieren zu können.

Das größte Hindernis, das überwunden werden muss, sind die anfallenden Kosten für Technik, Material und Mehrarbeit des Personals. Durch vorhergehende Gespräche mit den Vorgesetzten kann der Rahmen, in dem SkillsLab stattfinden wird, geklärt werden und dann auch erfolgreich umgesetzt werden.

Schlüsselwörter: SkillsLab - Einführung - Hindernisse - Berufsfachschulen für Krankenpflege - dritter Lernort

Abstract

In order to facilitate the theory-practice transfer in nursing education and because of the change in nursing education towards a generalist education, it is necessary to focus on acquiring competence in the education. The objective of the following work is to identify and present barriers to introducing SkillsLab. This evaluation allows the nursing schools to better assess the risks and therefore facilitates the implementation of Skills Lab.

Seven experts were interviewed at different schools for general healthcare and nursing in Bavaria. The content-structuring content analysis of Mayring was used for data evaluation.

The implementation of SkillsLab proved to be very time consuming. In addition, it requires the purchase of expensive equipment, which is often complicated to use, so its application must be trained in advance. Support from supervisors also proved to be an important element in successfully implementing SkillsLab. The biggest barrier that needs to be overcome is the cost of technology, materials and extra work of the staff. Previous discussions with supervisors will clarify the framework for SkillsLab and then successfully implement them.

Key words: SkillsLab – introduction – barriers – schools for general healthcare and nursing – third learning location

Eingereicht 15.November 2018
Genehmigt 02.Januar 2019

Einleitung

Die pflegerische Ausbildung besteht aus zwei Anteilen. Der eine Anteil ist das Vermitteln theoretischer Inhalte, der andere Teil ist die Umsetzung des Wissens in der Praxis. Die Vermittlung der praktischen Inhalte erfolgt größtenteils durch die Praxisanleiter in der Praxis. Die Praxisanleiter sind jedoch oft in den Stationsalltag eingebunden und Lernen geschieht zufällig (Breuer & Fichtner, 2013, S. 72). Durch SkillsLab kann sichergestellt werden, dass die Schüler Tätigkeiten erst in einem geschützten Rahmen durchführen und dann am Patienten. Damit steigt die Patientensicherheit (St. Pierre & Breuer, Vorwort, 2013a, S. IX).

SkillsLab wird in Deutschland in der pflegerischen Ausbildung vergleichsweise selten angewendet, andere Länder wie die Schweiz oder auch Österreich wenden diese Methode schon länger an.

Veränderungen in der Pflegeausbildung

Durch das Pflegeberufereformgesetz (2017) werden die bisherigen Ausbildungsrichtungen Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und Altenpflege nicht mehr ausgebildet werden. Deshalb muss eine Neustrukturierung der zu vermittelnden Inhalte erfolgen, um alle relevanten Inhalte der drei Berufsgruppen zu vereinen. Mit der reformierten Pflegeausbildung soll eine Handlungskompetenz vermittelt werden, die lebenslanges Lernen im Fokus hat und es so ermöglicht, in verschiedenen Bereichen der Pflege zu arbeiten (Bundesministerium für Gesundheit; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2016). Eine weitere Forderung

ist, dass berufliche Situationen in den Curricula verankert sind (Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus, Staatinstitut für Schulqualität und Bildungsforschung, 2012). Berufliche Handlungskompetenz kann sich nur in konkreten Pflegesituationen zeigen. Durch Anwendung von SkillsLab können die fachlichen, methodischen, sozial-kommunikativen und personalen Kompetenzen der Auszubildenden gestärkt werden. Auszubildende haben die Möglichkeit, aus ihren Fehlern zu lernen und sich so weiterzuentwickeln (Staudinger, 2015, S. 40 ff.).

Das Wissen, das am ersten und zweiten Lernort vermittelt wird, wird im Moment unzureichend miteinander verknüpft. Der dritte Lernort kann für einen Theorie-Praxis-Transfer sorgen und so das Wissen sinnvoll miteinander verknüpfen.

Begriffsbegrenzung SkillsLab

Der Begriff SkillsLab stammt aus dem Englischen und setzt sich aus dem Wort skills zusammen, was Können oder Geschick bedeutet und dem Wort lab, ausgeschrieben laboratory, was Untersuchungsraum heißt. Es handelt sich also um speziell ausgestattete Unterrichtsräume, in denen praktische Fähigkeiten geübt werden können. Es können realitätsnahe Situationen dargestellt werden und so praktische Kompetenzen trainiert werden (Fichtner, 2013, S. 106).

In anderen Ländern werden SkillsLabs in der pflegerischen Ausbildung eingesetzt, nicht nur in der ärztlichen Ausbildung. In Deutschland dagegen werden SkillsLabs in der Pflegeausbildung noch nicht häufig angewendet. Dabei kann diese Methode auch für Pflege-

berufe viele Vorteile bringen. Die alltagsnahen Situationen werden erst in geschützter Umgebung trainiert und dann werden die Tätigkeiten am Patienten ausgeführt. Dies erhöht die Patientensicherheit und das eigene Selbstvertrauen in durchgeführte Handlungen (Loewenhardt, Wendorff, Büker, & Keogh, 2014, S. 64).

Bei der SkillsLab-Methode können Simulationspatienten eingebunden werden. Die Simulationspatienten können durch professionelle Schauspieler oder Laiendarsteller dargestellt werden (ebd., S. 114). Es gibt aber auch die Möglichkeit, mit technischen Simulatoren zu arbeiten. High-fidelity-Simulatoren geben dem Anwender eine differenzierte Rückmeldung, Low-fidelity-Simulatoren dagegen kommunizieren nur über einfache Vitalparameter mit dem Anwender (Russo & Nickel, 2013, S. 122 ff.).

Ein wichtiger Bestandteil von SkillsLab sind Briefing und Debriefing. Mit Briefing ist eine kurze Besprechung vor der Simulation gemeint. Im Debriefing reflektieren sich die Auszubildenden selbst. Es kann hier auf Stärken und Schwächen eingegangen werden und Lösungsstrategien können entwickelt werden. Im klinischen Alltag fehlt oft die Möglichkeit, ein Debriefing durchzuführen. Im SkillsLab sollte es deshalb fest integriert werden. Eine Möglichkeit, um Debriefing durchzuführen, ist die Verwendung von Videomaterial, um die Handlung zu reflektieren (Dieckmann, 2013, S. 154 f).

Da SkillsLab in der Pflegeausbildung in Deutschland noch nicht weit verbreitet ist, stellt das Netzwerk SimNAT Pflege einen wichtigen Ansprechpartner bei der Einführung von SkillsLab dar. Das

Netzwerk SimNAT Pflege fördert die Einführung von Skillstraining und Simulationen im pflegerischen Bereich (SimNAT Pflege Simulations-Netzwerk, 2018).

Aktueller Forschungsstand

Viele Studien vergleichen den Einsatz von SkillsLab gegenüber anderen Methoden, diese Studien beschäftigen sich aber meist mit der Humanmedizin und nicht mit der Krankenpflege.

Staudinger (2015) beschreibt in ihrer Arbeit ein SkillsLab-Konzept, das an einer Pflegeschule umgesetzt wird. In den Evaluationen der Schüler, die jährlich durchgeführt werden, wird SkillsLab als eine Möglichkeit zum Theorie-Praxis-Transfer gesehen. Die Schüler hatten nur bei den ersten Simulationstrainings Bedenken bei der Durchführung der neuen Unterrichtsmethode. Sie berichteten, dass diese sich mit der Zeit legen würden.

Das Herausgeberwerk von St. Pierre und Breuer (2013) gibt einen guten Überblick über die Implementierung und Durchführung von SkillsLab im medizinischen Bereich. Dabei wird sowohl Bezug auf das klinische als auch auf das universitäre Setting genommen.

Muijsers (1997) beschrieb in seinem Werk Ideen und hilfreiche Hinweise zur Einführung und Durchführung von SkillsLab, jedoch bezogen auf die Krankenpflegeausbildung in der Schweiz.

Da SkillsLab in Deutschland im pflegerischen Bereich noch selten anzutreffen ist, gibt es aktuell wenig Literatur zu diesem Thema, weshalb sich die vorliegende Arbeit mit diesem zukünftig wichtigen Thema befasst.

Methodik

Studiendesign und Ziel der Arbeit

Die Arbeit hat ein empirisches, qualitatives Studiendesign, um das Thema im Ganzen zu erfassen. Um Nachfragen zu ermöglichen und die Gefahr von Missverständnissen zu verringern, wurden Interviews durchgeführt.

Ziel dieser Arbeit ist es, Hindernisse, Hürden und beeinflussende Faktoren bei der Einführung von SkillsLab zu identifizieren, um diese im Vorfeld ausräumen zu können. Es können dabei bereits an anderen Berufsfachschulen aufgetretene Probleme und Erfahrungen gesammelt werden und nach Lösungen für diese gesucht werden. Dies kann das Einführen von SkillsLab an anderen Pflegeschulen erleichtern und die Akzeptanz der Methode SkillsLab erhöhen.

Die Forschungsfragen, die sich ableiten lassen, sind folgende:

„Welche Hindernisse und Hürden können bei der Einführung von Skills Lab an einer Berufsfachschule auftreten?“

„Was hätten die Experten nach der Einführung von SkillsLab rückblickend anders gemacht?“

„Welche Erkenntnisse können aus dem Vorgehen der Berufsfachschulen für die Zukunft gezogen werden?“

Auswahl und Rekrutierung der Experten

Einschlusskriterium bei der Auswahl der Experten war, dass die Interviewpartner SkillsLab an ihrer Berufsfachschule für Krankenpflege eingeführt haben. Ausgeschlossen wurden Lehrer, die die Methode SkillsLab noch nicht an einer Berufsfachschule

implementiert und noch nicht mit dieser Methode gearbeitet haben.

Als Experten werden Personen definiert, die SkillsLab an einer Berufsfachschule eingeführt haben. Es sind keine Experten, die die Situation von Extern begutachten, sie sind im Geschehen (Meuser & Nagel, 2005, S. 73 f.).

Über das SimNAT Pflege Simulations-Netzwerk wurden Berufsfachschulen ausfindig gemacht, die SkillsLab schon eingeführt haben (SimNAT Pflege Simulations-Netzwerk, 2018). Die Schulen, an denen die Interviews durchgeführt wurden, sind alle in Bayern.

Der Interviewleitfaden

Der Interviewleitfaden wurde in Anlehnung an Stelzer (2016) erstellt. Stelzer erhob in ihrer Arbeit Erfahrungen, die mit dem Lernbereich Training und Transfer an einer Schule in der Steiermark (Österreich) gemacht wurden. Sie ging dabei auch auf hemmende und fördernde Faktoren und benötigte Ressourcen zur Umsetzung für den Lernbereich Training Transfer ein. Der Leitfaden von Stelzer wurde für die Zielstellung dieser Arbeit adaptiert. Der Interviewleitfaden wurde vor Beginn der Interviews von einer Expertin für SkillsLab, die die Einschlusskriterien nicht erfüllt, begutachtet und auf Verständnis und Vollständigkeit geprüft. Die Expertin hat einen pädagogischen und gesundheitswissenschaftlichen Hintergrund. Es wurde ein Pretest mit einer Person durchgeführt, die aufgrund der Ausschlusskriterien nicht an den Interviews teilnehmen konnte.

Transkription und Datenauswertung

Bei der Transkription wurden die einfachen Transkriptionsregeln nach Kuckartz verwendet (Kuckartz, 2016, S. 167 f.). Die einfachen Transkriptionsregeln wurden nach Dresing und Pehl (2013, S.23) ergänzt. „\“ steht für einen abgebrochenen Satz. Es wurden alle Äußerungen der Interviewten transkribiert inklusive Fülllaute (ebd.). Die Daten wurden pseudonymisiert. So können sensible Themen in den Interviews angesprochen werden, die ohne Anonymisierung möglicherweise nicht so offen beantwortet worden wären (Kuckartz, 2016, S. 171 f.).

Es wurde die inhaltlich strukturierende Inhaltsanalyse nach Mayring durchgeführt. Die Hauptkategorien leiteten sich aus der Forschungsfrage ab. Die Subkategorien wurden anhand des vorhandenen Materials Subkategorien bestimmt. Anschließend wurde das ganze Material in mehreren Durchgängen codiert und die Subkategorien angepasst. Textstellen, die für das Thema SkillsLab nicht relevant sind, blieben uncodiert.

Ergebnisse der Interviews

Die Auswertung der Ergebnisse der sieben Interviews an sieben Schulen ergab 12 Kategorien. Diese werden in Tabelle 1 nicht hierarchisch geordnet dargestellt.

Im Folgenden werden die wichtigsten Ergebnisse der einzelnen Kategorien dargestellt.

Vorbereitung auf die Einführung

Die Schulen haben sich die benötigten Informationen durch Bücher, den Austausch mit anderen Schulen und SimNAT beschafft. Die Bedeutsamkeit des Austausches mit anderen Schulen zu diesem

Tabelle 1: Übersicht der Kategorien und Anzahl der Subkategorien

| Kategorie | Benennung | Anzahl der Subkategorien |
|--------------|---|--------------------------|
| Kategorie 1 | Vorbereitung auf die Einführung | 0 |
| Kategorie 2 | Fallerstellung | 0 |
| Kategorie 3 | Curriculare Einbindung | 0 |
| Kategorie 4 | Equipment | 0 |
| Kategorie 5 | Technische Schwierigkeiten | 2 |
| Kategorie 6 | Räumlichkeiten | 0 |
| Kategorie 7 | Rolle der Vorgesetzten | 2 |
| Kategorie 8 | Rolle der Kollegen | 2 |
| Kategorie 9 | Vorbehalte der Auszubildenden gegenüber SkillsLab | 0 |
| Kategorie 10 | Zeitlicher Aufwand | 0 |
| Kategorie 11 | Schauspieler | 3 |
| Kategorie 12 | Zufallsbefunde | 11 |

Thema wurde dabei betont. „Also, wir haben mit vielen Schulen gesprochen und hospitiert und uns besucht, haben da ganz viel Nutzen daraus gezogen, dass uns da ganz Viele einfach auch weitergeholfen haben. Also wir waren viel im Austausch mit, mit anderen Schulen, gerade, was so den Aufbau dann angegangen ist“ (I 5, Z. 28-31)

An zwei Schulen besuchten die Lehrkräfte Fortbildungen zum Thema SkillsLab, um sich darauf vorzubereiten.

Fallerstellung

Die Fallerstellung wurde von drei Schulen als sehr zeitaufwendig beschrieben. Die erstellten Fälle können immer wieder verwendet werden, aber sie müssen auch evaluiert und angepasst werden.

Curriculare Einbindung

Drei Schulen haben SkillsLab fest ins Curriculum integriert. Zwei Schulen, die es nicht im Curri-

culum verankert haben, würden dies tun, wenn sie SkillsLab noch einmal einführen würden, da sie sich Vorteile davon versprechen.

Equipment

Fünf der sieben Befragten berichten, dass die Anschaffung der benötigten Materialien für das SkillsLab teuer ist. Alle Schulen haben einen oder mehrere High-fidelity-Simulatoren, deren Anschaffung kostenintensiv ist.

„Also, in allererster Linie ist es natürlich auch (.) eine finanzielle Geschichte, also (.) man braucht einfach finanzielle Mittel, um das ganze aufzubauen. Natürlich gibt es, glaub ich, viele Alternativen und man kann viel improvisieren, trotzdem kostet es am Ende dann doch Geld.“ (I 5, Z. 120-123)

Außer den Simulatoren werden verschiedene Materialien und Patientenbetten zur Durchführung der Pflegehandlungen benötigt. Auch eine Videokamera zum Filmen der

Schüler sowie ein Laptop oder PC und Beamer sind notwendig.

Es ist wichtig, dass die Schulleitung bereit ist für das Beschaffen der benötigten Materialien finanzielle Mittel bereitzustellen.

„man braucht eine Leitung, die dahintersteht und das auch gerne finanziert und einen da unterstützt.“ (I 5, Z. 121,122)

Technische Schwierigkeiten

Vier Schulen berichten über technische Schwierigkeiten, die vor allem bei der Einführung von SkillsLab auftraten. Die Probleme traten entweder im Zusammenhang mit der Videotechnik oder dem High-fidelity-Simulator auf.

Vier Befragte berichten über technische Probleme, die bei dem High-fidelity-Simulator aufgetreten sind.

„eine kurze Einweisung gekriegt, also hoher technischer Aufwand. Also das fand ich, war so ein bisschen schwierig für uns.“ (I 2, Z.121,122)

Ein Experte berichtet darüber, dass es schwierig war, die verschiedenen Geräte in Einklang zu bringen.

„was äh was auch eine Schwierigkeit dargestellt hat, das Ganze sozusagen in Einklang zu bringen, dass alle Geräte funktionieren optional, das haben wir auch von anderen Einrichtungen mitbekommen“ (I 1, Z.214-216)

Räumlichkeiten

Fehlende räumliche Ressourcen erschweren die Durchführung von SkillsLab. Drei Schulen klagen über fehlende räumliche Ressourcen, ihnen fehlt der Regieraum, an einer Schule fehlt zusätzlich der

Debriefingraum.

Rolle der Vorgesetzten

Die Unterstützung durch die Vorgesetzten erwies sich als Voraussetzung für die erfolgreiche Einführung von SkillsLab.

„man braucht eine Leitung, die dahintersteht und das auch gerne finanziert und einen da unterstützt.“ (I 5, Z. 123,124)

An einer Schule würde der Interviewpartner vor der Einführung von SkillsLab an die Geschäftsführung herantreten, um sich hier Unterstützung zusichern zu lassen, da für die Finanzierung von SkillsLab die Befugnisse der Schulleitung nicht ausreichen.

Rolle der Kollegen

Drei Experten berichten, dass er und seine Kollegen Schulungsbedarf hatten, um die Methode SkillsLab sinnvoll umsetzen zu können.

Drei Experten erwähnen, dass SkillsLab anfangs von manchen Kollegen kritisch gesehen wurde, da es schon Praxisbegleitungen und Praxisanleitungen gibt und SkillsLab vor allem als zusätzlicher Zeitaufwand angesehen wurde.

Vorbehalte der Auszubildenden gegenüber SkillsLab

Zwei Experten berichten darüber, dass SkillsLab vor allem bei der Einführung sehr kritisch von den Schülern angenommen wurde, sich die Meinung dazu aber ins Positive wandelte. An einer Schule stehen die Schüler der Methode auch noch nach längerer Durchführungszeit kritisch gegenüber.

Vier Experten berichten, dass die Schüler sagen, dass es ihnen schwerfällt, sich auf die gestellte Situation einzulassen.

Zeitlicher Aufwand

Vier Schulen erwähnen einen hohen Zeitaufwand im Zusammenhang mit SkillsLab. Ein Experte wäre deshalb gerne für die Implementierung freigestellt worden.

„Erst mal braucht man Lehrer, die das Ganze vorbereiten. Und das war das größte Problem, weil wir nicht freigestellt waren. Wir mussten das neben den Unterrichten machen. Und das war, das war schwierig, muss ich Ihnen ganz ehrlich sagen.“ (I 2, Z. 117-119)

Zwei Experten sagen, dass die Vorbereitung und die Nachbereitung der Räumlichkeiten und der Simulatoren sehr zeitintensiv sind.

Auch die intensive Betreuung der Schüler nimmt sehr viel zeitliche Ressourcen in Anspruch.

Schauspieler

Der Einsatz von Schauspielern ist aus organisatorischen Gründen schwierig, da immer damit gerechnet werden muss, dass ein Schauspieler ausfällt und kurzfristig ersetzt werden muss. Auch der finanzielle Aspekt muss berücksichtigt werden.

Der Einsatz von Lehrern als Schauspieler ist nur als Notlösung anzusehen, da es sowohl für die Lehrer als auch für die Schüler Schwierigkeiten mit sich bringt.

Diskussion

Die Haltung des Lehrerteams, aber auch der Vorgesetzten scheint ein mögliches Hindernis bei der Einführung von SkillsLab darzustellen. Es sollte vor der Implementierung mit der Geschäftsführung Kontakt aufgenommen werden, um abzuklären, in welchem Rahmen eine Umsetzung möglich und auch gewünscht ist.

Denn die Räume, die zusätzlich für SkillsLab benötigt werden, können auch für das Personal der Klinik zu Fortbildungszwecken genutzt werden. Wenn SkillsLab auch anderweitig genutzt werden soll, ist es gegebenenfalls möglich, ein größeres Budget auszuhandeln und man hat somit mehr Möglichkeiten bei der Beschaffung des Equipments und mehr räumlichen Ressourcen. Eine Kooperation mit anderen Schulen könnte auch eine Möglichkeit darstellen, wie es ein Befragter in einem Interview vorschlug.

Mehrere Experten berichten, dass die vorhandenen Räumlichkeiten nicht ausreichen, vor allem wenn kein Debriefingraum oder Regieraum im Rahmen der Umbauarbeiten eingerichtet werden konnte, erwähnten die Experten diese Tatsache als störend. Auch St. Pierre und Breuer (2013b, S. 4) sehen einen Simulationsraum, einen Debriefingraum und einen Regieraum als Voraussetzung für die Durchführung von Simulationen.

Wenn SkillsLab nicht ins Curriculum integriert ist, kann es dazu führen, dass der Ausbildungsstand der Auszubildenden nicht berücksichtigt wird, was zu Demotivation bei Auszubildenden führen kann. Auch den Lehrern kann eine Nichtintegration von SkillsLab ins Curriculum Schwierigkeiten bereiten, wie ein Experte berichtet. Durch die Integration in das Curriculum hingegen kann sichergestellt werden, dass die einzelnen Einheiten aufeinander aufbauen und dass Lernziele vorgegeben sind, die die zu erlangenden Kompetenzen festlegen. Es kann also zu einem planvollen Aufbau an Kompetenz kommen (Ahlers, 2013, S. 78).

Die Erfahrung der Experten zeigte, dass die Auszubildenden SkillsLab anfangs kritisch gegenüberstehen, aber wenn sie mit der Zeit bemerken, dass diese Methode sinnvoll für das Erreichen der Ausbildungsziele ist, akzeptieren die meisten diese Unterrichtsmethode schließlich. Es erscheint wichtig, dass die Einführung für die Schüler transparent gestaltet wird und dass sie auf das Arbeiten im SkillsLab vorbereitet werden. Durch einfühlsames und transparentes Vorgehen kann den Schülern die Angst vor der neuen Methode genommen werden. Dies erscheint erstrebenswert, da Angst ein mögliches Lernhindernis darstellt (Meyer, 2013, S. 66). Fünf von sieben Schulen sprachen die hohen Kosten an, die SkillsLab mit sich bringt. Dabei spielt es auch eine Rolle, ob die Vorgesetzten hinter der Einführung von SkillsLab stehen oder nicht. Denn es tauchen zusätzlich zu den hohen Anschaffungskosten immer wieder unerwartete Kosten auf, die genehmigt werden müssen.

Laut Stricker und Göldner (2013, S. 32) ist die Wahl des richtigen Kamerasystems etwas, das Schwierigkeiten bereiten kann und passend zu den vorhandenen Gegebenheiten ausgewählt werden muss, da es hier keine einheitliche Ideallösung gäbe. Dies wird auch in den Interviews deutlich.

Auch das Equipment ist teuer. Daher sollte man genau überlegen, welche Anschaffungen tatsächlich notwendig sind und an welcher Stelle eine Improvisation möglich ist, ohne dass die Nähe zur Realität leidet. Auch Laamerding-Köppel und Baatz (2013, S. 94) schreiben, dass der Ressourceneinsatz sehr gut überlegt werden muss, da großer Aufwand nicht mit Lernerfolg gleichzusetzen sei. Die Zusam-

menarbeit mit Geräteherstellern kann auch die hohen Kosten senken, die durch die Anschaffung der High-fidelity-Simulatoren entstehen. In die Kostenrechnung sollten auch die Kosten, die durch Auftreten von Fehlern entstehen, miteinbezogen werden (Issleib & Schmidt, 2013, S. 49 ff.) .

Der Einsatz von Schauspielpatienten wird von den Schulen teilweise als schwer organisierbar beschrieben. Trotz des hohen Aufwands spricht die Möglichkeit, ein konstruktives Feedback durch die Schauspielpatienten zu bekommen für diese Möglichkeit. Auch ist es einfacher, eine bestimmte Anzahl an Schauspielern für eine kurze Zeit zu rekrutieren als viele Simulatoren zu kaufen, die möglicherweise nur selten in der großen Anzahl benötigt werden (Schnabel, 2013, S. 117 ff.). Die meisten Befragten haben zuerst SkillsLab nur mit Simulatoren eingeführt und sich dann, wenn das problemlos organisiert war, dem Thema Schauspielpatienten zugewandt.

Limitation

Der Leitfaden, der in Anlehnung an Stelzer (2016) erstellt wurde, erwies sich bei Durchführung der Interviews als zu unspezifisch für die Fragestellung der Arbeit.

Es werden viele Rückschlüsse aus dem medizinischen Bereich und pflegerischen Bereich aus der Schweiz gezogen, da in diesem Bereich SkillsLab schon in einem größeren Rahmen etabliert ist als im Pflegebereich in Deutschland.

Es erscheinen weitere Untersuchungen im speziellen Setting der Pflegeausbildung nötig, da dies ein noch sehr neues Gebiet ist. Die Tatsache, dass sich die Pflegeausbildung im Moment verän-

dert hin zu einer Ausbildung, in der der Fokus auf den dritten Lernort gerichtet ist, verstärkt aus Sicht der Autorin den Forschungsbedarf in diesem Gebiet.

Fazit

Positiv herauszustellen ist, dass die Schulen, die SkillsLab durchführen, von diesem Konzept überzeugt sind und größtenteils Verbesserungen im praktischen Handeln der Auszubildenden erkennen. Ein wichtiger Punkt, der für die Einführung spricht, ist, dass möglicher Schaden vom Patienten abgewendet wird.

Aufgrund der Ergebnisse der Interviews kann man schlussfolgern, dass es eine Grundvoraussetzung für die Einführung von SkillsLab ist, dass die Vorgesetzten das Projekt SkillsLab unterstützen. Es ist sinnvoll, mit der Geschäftsführung zu vereinbaren, in welchem Rahmen SkillsLab stattfinden soll, um ein möglichst großes Budget zu verhandeln. Denn es ist mit Kosten, aber auch mit hohem Zeitaufwand zu rechnen. Die Räumlichkeiten sollten gut durchdacht sein, damit sie für verschiedene Simulations-szenarien genutzt werden können.

Bedenkt man diese Punkte in der Planungsphase des Projekts, kann es trotzdem noch zu unerwarteten Hindernissen kommen, die jedoch im Austausch mit anderen Schulen und im SimNAT- Netzwerk besprochen und gelöst werden können. Es sollte auch über eine mögliche Zusammenarbeit mit anderen Schulen nachgedacht werden. So können die Räumlichkeiten gemeinschaftlich genutzt werden und die Kosten verteilen sich auf die Kooperationspartner.

Die Implementierung von SkillsLab an einer Pflegeschule erscheint trotz der aufgezeigten Hindernisse

und Hürden als wichtig und sinnvoll, da SkillsLab viele Vorteile für die Auszubildenden, die Lehrer und auch für die praktische Arbeit in der Klinik mit sich bringt. Durch den Wandel der Ausbildung hin zu einer generalistischen Ausbildung rückt die Handlungskompetenz stärker in den Fokus. Was im Pflegeberufereformgesetz (2017) gefordert wird, muss von den Berufsfachschulen umgesetzt werden. Damit dies erfolgreich gelingen kann, wird der Schwerpunkt stärker auf die Handlungsorientierung in der Pflegeausbildung gelegt werden. Dies kann mithilfe von SkillsLab gelingen.

Literatur

Ahlers, O. (2013). Der richtige Rahmen entscheidet: Curriculare Implementierung der Simulation. In M. St. Pierre, & G. Breuer, Simulation in der Medizin- Grundlegende Konzepte, Klinische Anwendung (S. 77-82). Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.

Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus, Staatsinstitut für Schulqualität und Bildungsforschung. (2012). Konzept zum Schulversuch „Generalistische Pflegeausbildung mit beruflichem Schwerpunkt“ in Bayern. München. Abgerufen am 23. April 2018 von https://www.isb.bayern.de/download/15213/konzept_gen._pflegeausb._homepage_2012_04_02.pdf

Breuer, G., & Fichtner, A. (2013). Lernen im Vollzug: Der Erwerb praktischer Fähigkeiten. In M. St. Pierre, & G. Breuer, Simulation in der Medizin- Grundlegende Prinzipien, Klinische Anwendung (S. 72-76). Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.

Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend

(BMFSFJ). (2018). Weiterentwicklung der Pflegeberufe. Abgerufen am 17. April 2018 von <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/themen/aeltere-menschen/altenpflegeausbildung/weiterentwicklung-pflegeberufe/weiterentwicklung-der-pflegeberufe/77264>

Bundesministerium für Gesundheit (BMG); Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ). (2016). Eckpunkte für eine Ausbildungs- und Prüfungsverordnung zum Entwurf des Pflegeberufsgesetzes. Abgerufen am 23. Mai 2018 von https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Pflegeberuf/Eckpunkte_APrVO.pdf

Dieckmann, P. (2013). Gute Nachrede- Debriefing. In M. St. Pierre, & G. Breuer, SkillsLab in der Medizin- Grundlegende Konzepte, Klinische Anwendung (S. 154-166). Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.

Fichtner, A. (2013). Lernen für die Praxis: das Skills-Lab. In M. St. Pierre, & G. Breuer, Simulation in der Medizin- Grundlegende Konzepte, Klinische Anwendung (S. 106-113). Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.

Frei Blatter, V., & Ochsner Oberarztbachelor, L. (2008). Der Einsatz von Simulationspatienten (SP) in der Pflegeausbildung eingebettet in die Skillslab-Methode. In G. Nussbaumer, & C. von Reibnitz, Innovatives Lehren und Lernen- Konzepte für die Aus- und Weiterbildung von Pflege- und Gesundheitsberufen (S. 113-132). Bern: Hans Huber Verlag.

Issleib, M., & Schmidt, G. (2013). Simulation trotz knapper Kassen: Finanzplanung. In M. St. Pierre,

- & G. Breuer, Simulation in der Medizin- Grundlegende Konzepte, Klinische Anwendung (S. 47-52). Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.
- Kuckartz, U. (2016). Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung (3. Auflage). Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Loewenhardt, C., Wendorff, J., Büker, C., & Keogh, J. J. (2014). Simulations-Netzwerk Ausbildung und Training in der Pflege e.V. - Simulation in der Pflegebildung. Pädagogik der Gesundheitsberufe, 1, S. 64-68. doi:10293.000/30000-0
- Meuser, M., & Nagel, U. (2005). ExpertInneninterviews- vielfach erprobt, wenig bedacht- Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In A. Bogner, B. Littig, & W. Menz, Das Experteninterview- Theorie, Methode, Anwendung (2.Auflage) (S. 71-95). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Meyer, O. (2013). Simulators don't teach- Lernprozesse und Simulation. In M. St. Pierre, & G. Breuer, Simulation in der Medizin- Grundlegende Konzepte, Klinische Anwendung (S. 56-70). Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.
- North, K. (2016). Wissensorientierte Unternehmensführung, Wissensmanagement gestalten (6.Auflage). Wiesbaden: Springer Fachmedien. doi:10.1007/978-3-658-11250-9_2
- Pflegeberufereformgesetz. (17. Juli 2017). Abgerufen am 08. August 2018 von http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl117s2581.pdf
- Russo, S. G., & Nickel, E. A. (2013). Wie im wahren Leben: Simulation und Realitätsnähe. In M. St. Pierre, & G. Breuer, Simulation in der Medizin- Grundlegende Konzepte, Klinische Anwendung (S. 122-131). Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
- Schnabel, K. (2013). Simulation aus Fleisch und Blut: Schauspielpatienten. In M. St. Pierre, & G. Breuer, Simulation in der Medizin: Grundlegende Konzept- Klinische Anwendung (S. 116-119). Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.
- SimNAT Pflege Simulations-Netzwerk. (2018). Ziele des Netzwerk SimNAT Pflege. Abgerufen am 01. Juni 2018 von <https://simnat-pflege.net/ziele-des-netzwerks-simnat-pflege/>
- SimNAT Pflege Simulations-Netzwerk. (2018). Regionalgruppen des Netzwerk SimNAT Pflege. Abgerufen am 03. Juni 2018 von <https://simnat-pflege.net/verein-simnat-pflege/>
- St. Pierre, M., & Breuer Georg. (2013b). Vom Zimmer zum Zentrum- form follows function. In M. St. Pierre, & B. Georg, Skillslab in der Medizin- Grundlegende Konzepte, klinische Anwendung (S. 3-26). Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.
- St. Pierre, M., & Breuer, G. (2013a). Vorwort. In M. St. Pierre, & G. Breuer, Simulation in der Medizin- Grundlegende Konzepte, Klinische Anwendung (S. IX- XI). Berlin, Heidelberg: Springer- Verlag.
- Staudinger, C. (2015). Skillslab-training an Pflegeschulen. PADUA, 10(1), S. 40-47. doi:10.1024/1861-6186/a000228

Zur Forschungsanwendung nichtärztlicher Mitarbeiter in der Notfall- und Rettungsmedizin

Eine explorative Faktorenanalyse auf Grundlage der Theorie des geplanten Verhaltens nach Icek Ajzen

Sebastian Koch, MSc
Studiengangsleiter für den Bachelor- und Masterstudiengang Medizinpädagogik, Bereich: Organisation, an der SRH Hochschule für Gesundheit Gera
Kontakt: sebastian.koch@srh.de



Abstract

Hintergrund: Forschungsanwendung in der Notfall- und Rettungsmedizin bedeutet, eine wissenschaftlich fundierte, durch Forschungsergebnisse gestützte Erkenntnis systematisch in die notfallmedizinische Praxis zu integrieren. Ziel ist eine evidenzbasierte notfallmedizinische Praxis (EBNM), die sich an aktuellen Forschungserkenntnissen orientiert. Über die Intention nichtärztlicher Mitarbeiter zur EBNM ist bisher noch wenig bekannt.

Methodik: Im Zeitraum von Mai bis Juni 2017 wurde in einer multizentrischen Querschnittsstudie, die Intention eines akademischen Studienganges zum Notfallsanitäter mittels Fragebogen bei 1.585 nichtärztlichen Mitarbeitern in der präklinischen Notfall- und Rettungsmedizin aus allen 16 Bundesländern erhoben. Die Daten wurden inferenzstatistisch mit IBM SPSS Statistics Version 22 ausgewertet.

Ergebnisse: Mit einem Korrelationskoeffizienten von $r \geq 0,3$ sind mittlere und starke (positive) Zusammenhänge zwischen den Dimensionen der Einstellung, des persönlichen Vertrauens, der Vorgesetzten und der Verhaltenskontrolle zu der Intention festzustellen. Das KMO-Kriterium von 0,934 konstatiert eine sehr gute Variablengeamtheit für eine Vier-Faktorenlösung.

Diskussion: Die in dieser Studie erzielten Ergebnisse bestätigen die positive Intention nichtärztliche Mitarbeiter in der präklinischen Notfall- und Rettungsmedizin zur Absolvierung eines akademischen Studienganges zum Notfallsanitäter. Die unterschiedliche akademische Ausrichtung derzeitiger akademischer Studiengänge zum Notfallsanitäter sind hierbei kritisch zu diskutieren.

Schlüsselworte: Nichtärztliche Mitarbeiter – Akademisierung – Hochschulausbildung – Forschung – Notfall – und Rettungsmedizin

Um den Textfluss nicht zu stören wurde bei Personen- und Berufsbezeichnungen die grammatikalisch maskuline Form gewählt. Selbstverständlich sind in diesen Fällen immer Frauen und Männer gleichermaßen gemeint.

Abstract

Background: Research application in emergency and rescue medicine means to systematically integrate a scientifically based knowledge based on research findings into emergency medical practice. The goal is an evidence-based emergency medical practice (EBEM), which is based on current research findings. Little is known about the intention of non-medical staff to the EBEM.

Materials and methods: In the period from May to June 2017, in a multicentre cross-sectional study, the intention of an academic course on emergency paramedics was surveyed by 1.585 non-medical staff in preclinical emergency and rescue medicine from all 16 federal states. The data was evaluated inferential with IBM SPSS Statistics Version 22.

Results: With a correlation coefficient of $r \geq 0.3$, medium and strong (positive) relationships between the dimensions of attitudes, personal trust, supervisors, and behavioral control to intent are noted. The KMO criterion of 0.934 establishes a very good set of variables for a four-factor solution.

Conclusion: The results obtained in this study confirm the positive intention of non-medical staff in preclinical emergency and rescue medicine to complete an academic course in emergency paramedics. The differing academic orientation of current academic programs for emergency paramedics should be discussed critically.

Keywords: paramedic – academic – higher education – research – emergency medicine

Josefine Weinberger, M.A.
Lehrbeauftragte für den Studiengang Rettungswesen/Notfallversorgung im Fachbereich Gesundheit und Pflege an der Ernst-Abbe-Hochschule in Jena



Stefan Riedel
Lehrbeauftragter im Studiengang Medizinpädagogik an der SRH Hochschule für Gesundheit Gera



PD Dr. Gero Langer
Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Koordinator des German Center for Evidence-based Nursing.



Eingereicht 15. Januar 2019
Genehmigt 20. Februar 2019

Notfallmedizinische Forschung hat den Auftrag, Fachwissen zu produzieren, welches die notfallmedizinische Praxis direkt oder indirekt beeinflusst. Als Instrument notfallmedizinischer Wissenschaft hat sie die Aufgabe, Theorien innerhalb der Notfallmedizin zu überprüfen sowie neue Theorien innerhalb der Notfallmedizin zu entwickeln. Des Weiteren soll sie Fragen aus der Praxis beantworten, z.B. bezüglich der Wirksamkeit einer bestimmten notfallmedizinischen Maßnahme.

Im Fokus der vorliegenden Studie steht die Intention (Verhaltensabsicht) nichtärztlicher Mitarbeiter in der präklinischen Notfall- und Rettungsmedizin, sich für eine Aus- bzw. Weiterbildung im tertiären Hochschulsektor zu bewerben und sich damit für eine Forschungsanwendung innerhalb ihres Berufsfeldes zu entscheiden.

Die Grundlage einer Ausbildung im akademischen Bereich zielt auf eine wissenschaftliche Fundierung und die sich daraus ergebenden Erkenntnisse zur Qualitätsentwicklung beziehungsweise Qualitätssteigerung ab, welche für die zu erlernenden Fach-, Methoden-, Sozial- und Handlungskompetenzen nach dem Gesetz über den Beruf der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters (Notfallsanitätergesetz – NotSanG) vom 22. Mai 2013, gefordert sind (Buchmann & Greb, 2008). Mit Inkrafttreten des NotSanG wird erstmalig in der Geschichte der Notfall- und Rettungsmedizin die Möglichkeit eröffnet, zur Erprobung von Ausbildungsangeboten, Modellstudiengängen nichtärztlicher Mitarbeiter in der präklinischen Notfall- und Rettungsmedizin an Hochschulen im Rahmen von Modellvorhaben durchzuführen. In die Konzeption eines Modell-

studienganges nichtärztlicher Mitarbeiter in der präklinischen Notfall- und Rettungsmedizin fließen vielfältige Erwägungen ein, welche sich aus den derzeitigen Diskussionsbeiträgen aller beteiligten Gesellschaften (May, 2012) und beruflichen Institutionen (Burgkhardt, Sefrin, & Riebandt, 2013b; Nöldge-Schomburg, Geldner, & Böttiger, 2012) innerhalb der Notfallmedizin abbilden lassen.

Durch den Gesundheitsforschungsrat des Bundesministeriums für Bildung und Forschung wurden im Dezember 2011 Empfehlungen zur Forschung in den Gesundheitsfachberufen abgegeben und ein entsprechendes Konzeptpapier erarbeitet. Aus diesem Konzeptpapier ist zu entnehmen, dass in deutschen Hochschulen eine auf die Pflege, die Therapieberufe und die Geburtshilfe bezogene Forschung im Vergleich zu den Lebenswissenschaften insgesamt, nur im geringen Maße vorhanden ist sowie zum überwiegenden Teil lediglich auf Individualforschung zurück zu führen ist (Wissenschaftsrat, 2012). Daraus ergibt sich die Forderung, der Etablierung und Schärfung von pflege-, therapie- und hebammenwissenschaftlicher Forschungsprofile und die damit erst ermöglichte Bildung eines disziplinären Selbstverständnisses, welche sich von den Bezugsdisziplinen der Biomedizin und Naturwissenschaften, der Sozial- und Erziehungswissenschaften, der Geisteswissenschaften und der Philosophie sowie der Psychologie, absetzen kann (Wissenschaftsrat, 2012).

Das Konzeptpapier des Gesundheitsforschungsrates des Bundesministeriums für Bildung und Forschung sieht daher vor, Forschungspotentiale in den

Pflege-, Therapie- und Hebammenwissenschaften stärker zu nutzen. Vor dem Hintergrund zukünftiger Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung wird dabei die anwendungsorientierte Forschung explizit hervorgehoben. Die Evidenzbasierung pflegerischer, therapeutischer und hebammenwissenschaftlicher Intervention, die systematische Untersuchung des Nutzen derselben und eventuelle darauf basierende Überführungen in die Routineversorgung, werden zusätzlich in den Vordergrund gestellt (Ewers, et al., 2012; Koch, et al., 2018).

Darüber hinaus bedarf es wissenschaftlicher Methodenkenntnisse, um den Anspruch evidenzbasierter Arbeit nichtärztlicher Mitarbeiter Notfall- und Rettungsmedizin gerecht zu werden genauso wie die Fähigkeiten, Konzepte adressaten- und bedarfsorientiert zu entwickeln und interdisziplinär zu denken. Diesen komplexen Anforderungen wird die heutige Ausbildungssituation an den Berufsfachschulen für die Ausbildung nichtärztlicher Mitarbeiter in der präklinischen Notfall- und Rettungsmedizin und das daraus resultierende Qualifikationsprofil nicht gerecht, so dass es einer gezielten Kompetenzerweiterung bedarf (Koch & Weber, 2017; Walkenhorst & Klemme, 2008).

Die Theorie des geplanten Verhaltens ist eine Erweiterung der von Martin Fishbein und Icek Ajzen (1975) entwickelten Theorie des überlegten Handelns (Ajzen & Fishbein, 1977). Um die Einschränkungen auf Verhaltensweisen, die unter der willentlichen Kontrolle der handelnden Personen stehen, aufzuheben, begann Ajzen ab Mitte der achtziger Jahre die mit Fishbein entwickelte Theorie des geplanten Handelns um eine we-

sentliche Dimension für das Verhalten bzw. Intention zu erweitern. Letztere sozialpsychologische Theorie hat Icek Ajzen um die Dimension der wahrgenommenen Verhaltenskontrolle ergänzt, um den Zusammenhang zwischen Einstellung und Verhalten besser zu beschreiben. Die wahrgenommene Verhaltenskontrolle wird neben Einstellung und subjektiver Norm als eine eigenständige dritte Dimension aufgefasst, die auf die Intention (Verhaltensabsicht) und das sich daraus schließende Verhalten auswirkt (Abbildung 1). Des Weiteren wird auch postuliert, dass wahrgenommene Verhaltenskontrolle auf das Verhalten direkt wirken kann (Reinecke, 1997).

Zielstellung

Ziel dieser Studie war eine bundesweite Erhebung der Intention nichtärztlicher Mitarbeiter in der präklinischen Notfall- und Rettungsmedizin gegenüber einer Absolvierung eines akademischen Studienganges zum Notfallsanitäter. Hierbei sollte die Einstellung, die die soziale Norm und die Verhaltenskontrolle zur Absolvierung eines akademischen Studienganges zum Notfallsanitäter sowie Voraussetzungen für die Umsetzung in die Praxis bewertet werden.

Studiendesign und Methode

Bei der Studie handelt es sich um eine bundesweit durchgeführte-Querschnittsuntersuchung. Da die Studie explorativ angelegt war, gab es keine validen Anhaltspunkte für eine Stichprobenkalkulation. Vor diesem Hintergrund legte die Studie ein besonderes Augenmerk auf die heterogene Auswahl der nichtärztlichen Mitarbeiter in der präklinischen Notfall- und Rettungsmedizin sowie eine hohe Rücklaufquote, um hinreichend aussagekräftige Ergebnisse zu

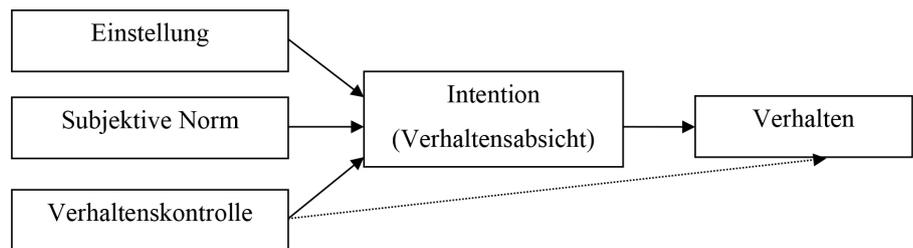


Abbildung 1: Das Modell der Theorie des geplanten Verhaltens (Ajzen, 1991)

erhalten (Koch & Langer, 4/2018).

Erstellung des Fragebogens

Die Intention einen akademischen Studiengang zum Notfallsanitäter zu absolvieren wurde mithilfe eines Fragebogens erhoben. Grundlage für den Fragebogen bildete eine über fünf Jahre angelegte Forschungsarbeit von Jost Reinecke, die als Habilitationsschrift im Fachbereich 6 – Sozialwissenschaften der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster im Januar 1996 eingereicht wurde (Reinecke, 1999) und im Rahmen dieser Studie an den Forschungsbereich der Notfall- und Rettungsmedizin adaptiert wurde.

Der Fragebogen lässt sich in fünf übergeordnete Themen unterteilen:

- I. Wissens- und Informationsgrundlage
- II. Bedeutung einer EBNM
- III. Bedingungen für eine EBNM
- IV. Akademisierung und Forschung in der Notfall- und Rettungsmedizin
- V. Soziodemografische Daten der Studienteilnehmer

Die vorliegende Studie wurde im Rahmen eines Promotionsvorhabens an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg durchgeführt (Koch, et al., 2018). Für die vorliegende Studie wurde das Thema im Fragebogen Akademisierung und Forschung in

der Notfall- und Rettungsmedizin analytisch ausgewertet.

Die insgesamt 26 Einzelfragen (Items) des Themas im Fragebogen Akademisierung und Forschung in der Notfall- und Rettungsmedizin wurden auf einer fünfstufigen Likert-Skala mit den Antwortmöglichkeiten 1 = „trifft definitiv nicht zu“ bis 5 = „trifft definitiv zu“, beantwortet.

Vorgehen bei der Befragung

Nachdem die teilnehmenden Einrichtungen benannt und ihre Bereitschaft zur Teilnahme an der Studie erklärt hatten, wurde mit den jeweiligen Ansprechpartnern vor Ort Kontakt aufgenommen (Koch, et al., 2018). Die Befragung erfolgte im Zeitraum Mai und Juni 2017. Die Fragebögen konnten per Post zurückgesendet oder anonymisiert an den Studienleiter zurückzugeben werden. Die Möglichkeit der Onlinebefragung wurde mittels der Software „SoSci“ Survey realisiert (Koch, et al., 2018).

Datenbereinigung und -auswertung

Die Datenauswertung erfolgte mit Hilfe des Statistikprogrammes IBM SPSS Statistics Version 22. Nach Abschluss der Erhebung wurde stichprobenartig die Eingabe der Fragebögen anhand von zufällig ausgewählten 10% der Fragebögen kontrolliert (Koch, et al., 2018).

Der Datensatz wurde auf eine ungewöhnliche Kombination von Werten bei zwei oder mehr Variablen (multivariate Outlier) sowie auf ein homogenes Antwortverhalten (Standardabweichung (SD) $\leq 0,28$) kontrolliert. Nach der Datenbereinigung konnten 1.585 Fragebögen für die vorliegende Studie ausgewertet werden.

Die inhaltliche Zuordnung und Prüfung der Faktoren wurde über Korrelationskoeffizienten mittels Spearman-Rangkorrelation (ρ) und Zusammenhangsmaß mittels Pearson-Chi-Quadrat-Test statistisch geprüft und ausgewertet (Koch, Riedel, & Langer, 2019). Die Prüfung der TOPB erfolgte mittels explorativer Faktorenanalyse (EFA). Für die Variablenmessung insgesamt wurde das Kaiser-Meyer-Olkin-Kriteriums (KMO) und der Bartlett-Test zur Prüfung der Zusammengehörigkeit der Variablen durchgeführt (Weiber & Mühlhaus, 2014). Zur Faktorenextraktion wurde auf die Methode der Hauptachsenanalyse (HAA) zurückgegriffen.

Für die Rotation der Faktorensstruktur wurde die schiefwinklige Rotation „Promax“ gewählt. Ziel einer Rotation ist es, dass jede Variable auf nur einem Faktor hoch lädt. Sie bezweckt, dass die Variablen möglichst nah an dem Faktor liegen, mit dem sie am stärksten in Zusammenhang stehen (Döring & Bortz, 2016). Ein Faktor repräsentiert dabei ein Cluster von Variablen, die hoch miteinander korrelieren und damit die TOPB repräsentieren. Die Reliabilitätsprüfung der Messvariablen erfolgte in Form der Internen-Konsistenz-Reliabilität. Zu deren Prüfung wurde als Kriterium der Cronbachs Alpha und standardisiertes Alpha statistisch

Tabelle 1: *Berufsjahre im Rettungsdienst*

| | Häufigkeit | Prozent |
|---------------|------------|---------|
| < 5 Jahre | 601 | 37,9 |
| 6 - 10 Jahre | 308 | 19,4 |
| 11 - 15 Jahre | 195 | 12,3 |
| 16 - 20 Jahre | 214 | 13,5 |
| > 21 Jahre | 267 | 16,8 |
| Gesamtsumme | 1.585 | 100,0 |

herangezogen (Weiber & Mühlhaus, 2014).

Ethik

Das Studienprotokoll wurde der Ethik-Kommission der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg vorgelegt und positiv begutachtet (Bearb.-Nr. 2017-16).

Ergebnisse

Von den N = 1.585 Studienteilnehmern waren 238 (15,0%) weiblich und 1.347 (85,0%) männlich. Die Studienteilnehmer waren im Mittel 34,3 (SD = 10,0) Jahre alt. Des Weiteren verfügten 601 (37,9%) Studienteilnehmer über maximal fünf Jahre Berufserfahrung und 308 (19,4%) gaben an, zwischen sechs und zehn Jahren Berufserfahrungen zu haben (Tabelle 1).

Weiterhin gab mit 935 (59%) der Großteil der Studienteilnehmer an, eine allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife/ Abitur (Gymnasium bzw. EOS)

oder die Fachhochschulreife/ Abschluss einer Fachoberschule als höchsten allgemein bildenden Schulabschluss zu haben. Des Weiteren gaben 650 (41%) Studienteilnehmer an, einen Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss) oder Realschulabschluss (mittlere Reife) oder Abschluss der Polytechnischen Oberschule 10. Klasse (vor 1965: 8. Klasse) als höchsten allgemein bildenden Schulabschluss zu haben.

Als höchste rettungsdienstliche Qualifikation gaben 632 (39,9%) der Studienteilnehmer an, den Berufsabschluss zum Rettungssassistenten zu besitzen. Des Weiteren gaben 566 (35,7%) der Studienteilnehmer an, bereits die Qualifikation zum Notfallsanitäter abgeschlossen zu haben (Tabelle 2).

Tabelle 2: *Höchste rettungsdienstliche Qualifikation*

| | Häufigkeit | Prozent |
|---|------------|---------|
| Rettungshelfer (RH)/ Rettungssanitäter (RS) | 199 | 12,6 |
| Rettungsassistent (RA) | 632 | 39,9 |
| Notfallsanitäter (NFS) | 566 | 35,7 |
| in Aus-/ Weiterbildung zum RH, RS, RA oder NFS | 188 | 11,9 |
| Gesamtsumme | 1.585 | 100,0 |

Insgesamt konnten nichtärztliche Mitarbeiter in der Notfall- und Rettungsmedizin aus allen Bundesländern in die Studie eingeschlossen werden. Mit 276 (17,4%) Studienteilnehmer war das Bundesland Hessen am häufigsten vertreten. Weiterhin kamen 221 (13,9%) aus Bayern, 212 (13,4%) aus Thüringen und 207 (13,1%) Teilnehmer aus Sachsen. Aus den übrigen Bundesländern konnten 669 (42,2%) nicht-ärztliche Mitarbeiter in der Notfall- und Rettungsmedizin in die Studie eingeschlossen werden.

Erklärte Gesamtvarianz und Explorative Faktorenanalyse (EFA)

Das KMO-Kriterium von 0,934 konstatiert eine sehr gute Variablenhomogenität für die Anwendung der Faktorenanalyse. Die Feststellung der Homogenität der Varianzen und damit Ablehnung des Bartlett-Test (auf Sphärizität) sowie die Korrelationskoeffizienten von $r \geq 0,5$ (Koch, Riedel,

Tabelle 4: Erklärte Gesamtvarianz

| Faktor | Anfängliche Eigenwerte | | | Extrahierte Summen von quadrierten Ladungen | | | Rotierte Summen von quadrierten Ladungen ^a |
|--------|------------------------|---------------|-------------|---|---------------|---------------|---|
| | Gesamtsumme | % der Varianz | Kumulativ % | Gesamtsumme | % der Varianz | Kumulativ % | Gesamtsumme |
| 1 | 11,570 | 46,279 | 46,279 | 11,280 | 45,118 | 45,118 | 10,810 |
| 2 | 3,138 | 12,552 | 58,831 | 2,886 | 11,544 | 56,663 | 5,700 |
| 3 | 2,161 | 8,643 | 67,474 | 1,816 | 7,264 | 63,927 | 4,492 |
| 4 | 1,273 | 5,093 | 72,566 | ,944 | 3,776 | 67,703 | 4,549 |

& Langer, 2019) weisen auf hinreichende Korrelationen der reflektiven Messindikatoren hin und stützen somit die Annahme des Konzepts multipler Items für die TOPB (Weiber & Mühlhaus, 2014)

Die EFA erbringt nach dem KMO-Kriterium eine Vier-Faktorenlösung mit anfänglichen Eigenwerten von 11,570 bis 1,273 mit einem erklärten Varianzanteil der 4-Faktoren (nach Rotation) von 67,703% (Tabelle 4).

Zunächst ist zu konstatieren, dass Item 1 bis Item 9 mit Werten $\geq 0,871$ hoch auf den Faktor Einstellung laden. Die Item 10, 12, 13 und 15 mit Werten $\geq 0,617$ sind eher mäßig, was bedeutet, dass diese Variablen nicht so gut mit den anderen Items korrespondieren (Tabelle 5) (Weiber & Mühlhaus, 2014). Der Wert von Cronbachs Alpha mit 0,968 liegt für den Faktor Einstellung oberhalb der üblichen Schwellenwerte.

Die Chancen und Grenzen von Teamarbeit



Detlef Scholz

Keiner kann so viel wie alle

Teamarbeit und Teamentwicklung im Sozial- und Gesundheitswesen

Auch als e-book

facultas 2018, 152 Seiten, broschiert
 EUR 18,90 (A) / EUR 18,40 (D) / sFr 23,90 UVP
 ISBN 978-3-7089-1596-8
 e-ISBN 978-3-99030-682-6

Können mehr Mitarbeiter mehr leisten? Was motiviert und was bremst ein Team? Und was brauche ich überhaupt, um Teamarbeit erfolgreich umsetzen zu können?

Detlef Scholz führt in diesem Leitfaden knapp, unterhaltsam und stark praxisbezogen in die Arbeit mit Teams ein. Er beschreibt Grundlagen und Ziele von Teambildung und Teamentwicklung, geht auf Teamdynamiken näher ein und gibt Tipps zu Kommunikation und Teamführung speziell für den Gesundheits- und Sozialbereich.

Mit zahlreichen Anwendungsbeispielen aus der Praxis, Beispielgeschichten und Anregungen für die eigene Umsetzung.

Tabelle 5: *Mustermatrix^a: Faktor 1 - Einstellung*

| Item | | Faktor 1 Einstellung | Cronbachs Alpha (standardisiert) | Cronbach- Alpha, wenn Item gelöscht |
|------|---|-------------------------|-------------------------------------|--|
| IT01 | Für die Entwicklung meines Berufsfeldes wäre ein akademischer Studiengang zum Notfallsanitäter nützlich . | 0,871 | | 0,965 |
| IT02 | Für die Entwicklung meines Berufsfeldes wäre ein akademischer Studiengang zum Notfallsanitäter wichtig . | 0,914 | | 0,965 |
| IT03 | Für die Entwicklung meines Berufsfeldes wäre ein akademischer Studiengang zum Notfallsanitäter sinnvoll . | 0,909 | | 0,964 |
| IT04 | Für meine berufliche Entwicklung wäre die Absolvierung eines akademischen Studienganges zum Notfallsanitäter nützlich . | 0,936 | | 0,964 |
| IT05 | Für meine berufliche Entwicklung wäre die Absolvierung eines akademischen Studienganges zum Notfallsanitäter wichtig . | 0,963 | | 0,964 |
| IT06 | Für meine berufliche Entwicklung wäre die Absolvierung eines akademischen Studienganges zum Notfallsanitäter sinnvoll . | 0,957 | | 0,963 |
| IT07 | Für mich persönlich wäre die Absolvierung eines akademischen Studienganges zum Notfallsanitäter nützlich . | 0,888 | 0,968 (0,967) | 0,964 |
| IT08 | Für mich persönlich wäre die Absolvierung eines akademischen Studienganges zum Notfallsanitäter wichtig . | 0,898 | | 0,964 |
| IT09 | Für mich persönlich wäre die Absolvierung eines akademischen Studienganges zum Notfallsanitäter sinnvoll . | 0,905 | | 0,964 |
| IT10 | Kollegen, die mir wichtig sind , würden einen akademischen Studiengang zum Notfallsanitäter nützlich finden. | 0,658 | | 0,968 |
| IT12 | Kollegen, die mir wichtig sind , würden einen akademischen Studiengang zum Notfallsanitäter sinnvoll finden. | 0,640 | | 0,968 |
| IT13 | Meine Familie würde es wichtig finden , wenn ich einen Studiengang zum Notfallsanitäter absolvieren würde. | 0,617 | | 0,968 |
| IT15 | Meine Familie würde es sinnvoll finden , wenn ich einen akademischen Studiengang zum Notfallsanitäter absolvieren würde. | 0,629 | | 0,967 |

Des Weiteren konnte festgestellt werden, dass Item 23 bis Item 25 mit Werten $\geq 0,895$ hoch auf den Faktor Persönliches Vertrauen laden. Das Item 19 mit einem Wert $\geq 0,640$ ist eher mäßig, was bedeutet, dass diese Variablen nicht so gut mit den anderen Items korrespondieren (Tabelle 6) (Weiber & Mühlhaus, 2014). Der Wert von Cronbachs Alpha mit 0,926 liegt für den Faktor Persönliches Vertrauen oberhalb der üblichen Schwellenwerte.

Mittels EFA konnte ein vierter Faktor, welcher in der TOPB nicht postuliert wird, extrahiert werden. Item 16 bis Item 18 mit Werten $\geq 0,797$ laden hoch auf den Faktor Vorgesetzte. Das Item 11 und Item 14 mit einem Wert $\geq 0,260$ sind zu vernachlässigen, was bedeutet, dass diese Variablen nicht so gut mit den anderen Items korrespondieren (Tabelle 7) (Weiber & Mühlhaus, 2014). Der Wert von Cronbachs Alpha mit 0,792 liegt für den Faktor Vorgesetzte oberhalb der üblichen Schwellenwerte.

Abschließend konnte festgestellt werden, dass Item 20 bis Item 22 mit Werten $\geq 0,714$ hoch auf den Faktor Verhaltenskontrolle laden (Tabelle 8) (Weiber & Mühlhaus, 2014). Der Wert von Cronbachs Alpha mit 0,828 liegt für den Faktor Verhaltenskontrolle oberhalb der üblichen Schwellenwerte.

Korrelationen zwischen Einstellung, Persönliches Vertrauen, Vorgesetzte, Verhaltenskontrolle und Intention

Mit einem Korrelationskoeffizienten von $r \geq 0,3$ sind mittlere und starke (positive) Zusammenhänge (Cohen, 1988) zwischen den Dimensionen der Einstellung, des persönlichen Vertrauen, der Vorgesetzten und der Verhaltenskontrolle zu der Intention (Verhal-

Tabelle 6: *Mustermatrix*^a: Faktor 2 – Persönliches Vertrauen

| Item | | Faktor 2 Persönliches Vertrauen | Cronbachs Alpha (standardisiert) | Cronbach- Alpha, wenn Item gelöscht |
|------|--|---------------------------------------|-------------------------------------|--|
| IT19 | Ich traue mir zu, einen akademischen Studiengang zum Notfallsanitäter erfolgreich abzuschließen . | 0,640 | | 0,950 |
| IT23 | Ich traue mir zu, mich mit Forschung in einem akademischen Studiengang zum Notfallsanitäter auseinander zu setzen . | 0,895 | | 0,893 |
| IT24 | Ich traue mir zu, mich mit evidenzbasierter Notfallmedizin in einem akademischen Studiengang zum Notfallsanitäter auseinander zu setzen . | 0,989 | 0,926 (0,926) | 0,877 |
| IT25 | Ich traue mir zu, mich mit aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen in einem akademischen Studiengang zum Notfallsanitäter auseinander zu setzen. | 0,954 | | 0,887 |

Tabelle 7: *Mustermatrix*^a: Faktor 3 - Vorgesetzte

| Item | | Faktor 3 Vorgesetzte | Cronbachs Alpha (standardisiert) | Cronbach- Alpha, wenn Item gelöscht |
|------|---|-------------------------|-------------------------------------|--|
| IT11 | Kollegen, die mir wichtig sind , würden mich unterstützen , wenn ich einen akademischen Studiengang zum Notfallsanitäter absolvieren würde. | 0,346 | | 0,778 |
| IT14 | Meine Familie würde mich unterstützen , wenn ich einen akademischen Studiengang zum Notfallsanitäter absolvieren würde. | 0,260 | | 0,806 |
| IT16 | Meine Vorgesetzten würde es wichtig finden , wenn ich einen Studiengang zum Notfallsanitäter absolvieren würde. | 0,797 | 0,792 (0,795) | 0,736 |
| IT17 | Meine Vorgesetzten würde mich unterstützen , wenn ich einen akademischen Studiengang zum Notfallsanitäter absolvieren würde. | 0,804 | | 0,719 |
| IT18 | Meine Vorgesetzten würde es sinnvoll finden , wenn ich einen akademischen Studiengang zum Notfallsanitäter absolvieren würde. | 0,850 | | 0,719 |

Tabelle 8: *Mustermatrix*^a: Faktor 4 – Verhaltenskontrolle

| Item | | Faktor 4 Verhaltens- kontrolle | Cronbachs Alpha (standardisiert) | Cronbach- Alpha, wenn Item gelöscht |
|------|--|--------------------------------------|-------------------------------------|--|
| IT20 | Für mich wäre die Absolvierung eines akademischen Studienganges zum Notfallsanitäter finanziell möglich . | 0,714 | | 0,822 |
| IT21 | Für mich wäre die Absolvierung eines akademischen Studienganges zum Notfallsanitäter neben dem Privatleben möglich. | 0,839 | 0,828 (0,890) | 0,709 |
| IT22 | Für mich wäre die Absolvierung eines akademischen Studienganges zum Notfallsanitäter neben dem Berufsleben möglich. | 0,790 | | 0,754 |

tensabsicht) festzustellen (Tabelle 9) (Döring & Bortz, 2016).

Tabelle 9: Korrelationen zwischen Einstellung, Soziale Norm, Verhaltenskontrolle und Intention

| | | Intention | Einstellung | Persönliches Vertrauen | Vorgesetzte | Verhaltenskontrolle |
|--------------|-------------------------------|---|---------------------------|---------------------------|-------------|---------------------|
| Spearman-Rho | Intention | Korrelationskoeffizient 1,000 Sig. (2-seitig) .N 1.585 | | | | |
| | Einstellung | Korrelationskoeffizient 0,730** Sig. (2-seitig) 0,000 N 1.585 | 1,000 . 1.585 | | | |
| | Persönliches Vertrauen | Korrelationskoeffizient 0,454** Sig. (2-seitig) 0,000 N 1.585 | 0,381** 0,000 1.585 | 1,000 . 1.585 | | |
| | Vorgesetzte | Korrelationskoeffizient 0,385** Sig. (2-seitig) 0,000 | 0,501** 0,000 | 0,291** 0,000 | 1,000 . | |
| | Verhaltenskontrolle | Korrelationskoeffizient 0,406** Sig. (2-seitig) 0,000 N 1.585 | 0,352** 0,000 1.585 | 0,488** 0,000 1.585 | 1,000 . | |

** . Korrelation ist bei Niveau 0,01 signifikant (zweiseitig).

Diskussion

Die Studie liefert für die Notfall- und Rettungsmedizin in Deutschland erstmals Ergebnisse zur Intention nichtärztlicher Mitarbeiter in der präklinischen Notfall- und Rettungsmedizin gegenüber einer Durchführung eines akademischen Studienganges zum Notfallsanitäter. Zum derzeitigen Zeit-

punkt lagen hierzu nur Studien der Befragung von Auszubildenden in der Notfall- und Rettungsmedizin vor (Koch & Weber, 2017).

Hervorzuheben ist die grundsätzlich positive Einstellung nichtärztlichen Mitarbeitern in der präklinischen Notfall- und Rettungsmedizin gegenüber

einer Durchführung eines akademischen Studienganges zum Notfallsanitäter (Koch & Langer, 4/2018). So sind mit einem Korrelationskoeffizienten von 0,730 sehr starke (positive) Zusammenhänge zwischen dem Faktor Einstellung und der Intention festzustellen. Die vorliegende Studie bestätigt die Bedeutung eines akade-

mischen Studienganges zum Notfallsanitäter. Hierbei ist auf die Notwendigkeit einer kooperativen Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsfachberufen hinzuweisen, um den Forderungen einer Professionalität, Problemlösungskompetenz sowie der Übernahme von Entscheidungsverantwortungen gerecht zu werden (Matzick, 2008). Internationale Studien konnten bereits belegen, dass eine höhere Dichte an akademisch qualifizierten, nichtärztlichen Personal mit einer sichereren und effektiveren Versorgung einhergeht (Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski, & Silber, 2002). Der Wissenschaftsrat geht davon aus, dass komplexe Fähigkeiten und Kompetenzen vielmehr durch eine hochschulische Ausbildung zu vermitteln sind (Wissenschaftsrat, 2012) und fordert neben dem mit der Akademisierung verbundenen Prozess der wissenschaftlichen Disziplinierung auch den Auf- und Ausbau von Forschung und damit die Entwicklung von wissenschaftlichen Karrierewegen (Wissenschaftsrat, 2012).

Die vorliegende explorative Faktorenanalyse (EFA) erbringt nach dem KMO-Kriterium eine Vier-Faktorenlösung. Die TOPB zur Untersuchung der Intention nichtärztlicher Mitarbeiter in der präklinischen Notfall- und Rettungsmedizin gegenüber einer Absolvierung eines akademischen Studienganges zum Notfallsanitäter mit einer Drei-Faktorenlösung muss daher diskutiert werden. So kommt eine besondere Rolle, bei der Absolvierung eines akademischen Studienganges zum Notfallsanitäter, dem Faktor Persönliches Vertrauen zu. Mit einem Korrelationskoeffizienten von 0,454 sind mittlere Zusammenhänge zwischen dem Faktor Persönliches Vertrauen und der

Intention festzustellen. Der Faktor Verhaltenskontrolle, welcher durch die TOPB als wesentlicher Faktor postuliert wird, weist in der vorliegenden Studie mit einem Korrelationskoeffizienten von 0,406 ebenfalls mittlere Zusammenhänge zur Intention auf.

Nach Ajzen wird das Persönliche Vertrauen dem Faktor Verhaltenskontrolle zugeordnet (Ajzen, 1991). In der vorliegenden Studie wurde mit einem Korrelationskoeffizienten von 0,488 ein mittlerer Zusammenhang zwischen den Faktoren Persönliches Vertrauen und Verhaltenskontrolle festgestellt. Hierbei sind die Konzepte und Theorien zur Selbstwirksamkeit zu diskutieren, welche postulieren, dass eine Person, auch schwierige Situationen und Herausforderungen aus eigener Kraft erfolgreich bewältigen kann, solange Sie von sich selbst überzeugt dazu ist (Bandura, 1977; Schwarzer, Boehmer, Luszczynska, Mohamed, & Knoll, 2005). Das Konzept der Selbstwirksamkeit nichtärztlichen Mitarbeiter in der Notfall- und Rettungsmedizin, sich mit evidenzbasierter Notfallmedizin sowie wissenschaftlichen Erkenntnissen in einem akademischen Studiengang zum Notfallsanitäter auseinander zu setzen, muss hierbei besonders hervorgehoben werden. Die unterschiedliche akademische Ausrichtung derzeitiger akademischer Studiengänge zum Notfallsanitäter, wie die fehlende Konkretisierung von Ausbildungsinhalten der NotSan-APrV sowie ungeklärte wissenschaftliche Karrierewege zukünftiger Notfallsanitäter, sind hierbei kritisch zu betrachten und hinsichtlich der Intention zu diskutieren (Koch & Weber, 2017; Köpke, Koch, Behncke, & Balzer, 2013).

Der Faktor Vorgesetzte konnte als vierter Faktor mittels Faktorenanalyse postuliert werden. Mit einem Korrelationskoeffizienten von ,385 sind mittlere Zusammenhänge zwischen dem Faktor Vorgesetzte und der Intention festzustellen. Die Ergebnisse bestätigen aktuelle Studien, welche als wesentliche Voraussetzung für die Umsetzung von evidenzbasierten Wissen in die berufliche Praxis, die Unterstützung durch Vorgesetzte hervorheben (Koch, et al., 2018 ; Köpke, Koch, Behncke, & Balzer, 2013).

Die Prüfung mit einem Korrelationskoeffizienten von $r \geq 0,3$, zeigt in der Studie mittlere und starke (positive) Zusammenhänge zwischen den Dimensionen der Einstellung, des Persönlichen Vertrauen, der Vorgesetzten und der Verhaltenskontrolle zur Intention. Die Studie weist die prinzipielle Möglichkeit auf, die TOPB (Ajzen, 1991) über verschiedene inhaltliche Bereiche in einer Befragung zu operationalisieren und eine ausreichende Konstruktvalidität sowie eine gute Interne-Konsistenz-Reliabilität zu erhalten.

Limitation

Die Studie untersucht erstmals im deutschen Sprachraum die Intention (Verhaltensabsicht) nichtärztlicher Mitarbeiter in der präklinischen Notfall- und Rettungsmedizin einen akademischen Studiengang zum Notfallsanitäter zu absolvieren. Sie ist konzipiert als Zustandsbeschreibung und liefert keine direkten Hinweise auf Beeinflussungsmöglichkeiten.

So handelt es sich bei der Studie um eine prospektive Querschnittsuntersuchung (Döring & Bortz, 2016). Daher muss bei der Interpretation der deskriptiven Daten beachtet werden, dass statistische

Tendenzen keine eindeutigen Aussagen über Ursache-Wirkung-Beziehungen erlauben und sich auch keine Aussagen über Entwicklungsverläufe innerhalb der Stichprobe treffen lassen.

Ausblick

Zusammenfassend liefert die vorliegende Studie eine positive Intention nichtärztliche Mitarbeiter in der präklinischen Notfall- und Rettungsmedizin einen akademischen Studiengang zum Notfallsanitäter zu absolvieren. Gleichzeitig zeigt sich jedoch ein deutlicher Widerspruch im Anspruch an einen akademischen Studiengang zum Notfallsanitäter und die Umsetzung einer über landes- und organisationsspezifische Grenzen hinweg einheitlichen Forschungsanwendung nichtärztlicher Mitarbeiter in der Notfall- und Rettungsmedizin.

Des Weiteren wurde durch die EFA ein Vier-Faktorenlösung extrahiert. Die Interne-Konsistent-Reliabilitätsprüfung der Messvariablen ermittelte hohe sowie eher mäßige Cronbachs Alpha Werte. In einer weiteren Studie sollte auf Grundlage der EFA, die Anzahl der Faktoren (Konstrukte) und die Zuordnung der empirischen Indikatoren (Item) zu den Faktoren a-priori festgelegt und im Rahmen der Kovarianzstrukturanalyse evaluiert werden.

Literaturverzeichnis

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

Ajzen, I., & Fishbein, M. (1977). Attitude-behavior relations: A theoretical analysis and review of empirical research. *Psychological Bulletin*, Vol 84(5), 888-918.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.

Buchmann, U., & Greb, U. (Mai 2008). Pflegedidaktische Curriculumentwicklung - Neue Anforderungen in der Lehrerbildung. *Pflegewissenschaft* 05/08, S. 301-311.

Burgkhardt, M., Sefrin, P., & Riebandt, F. (5. Dezember 2013b). BAND - Stellungnahme 02/2013 Notarztmangel - kein generelles Problem. S. 1.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral science*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.

Döring, N., & Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation*. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.

Ewers, M., Grewe, T., Höppner, H., Huber, W., Sayn-Wittgenstein, F., Stemmer, R., Walkenhorst, U. (8. Juni 2012). *Forschung in den Gesundheitsfachberufen; Potentiale für eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung in Deutschland*. Deutsche Medizinische Wochenschrift, S. 34-73.

Koch, S., & Langer, G. (4/2018). Zur Implementierung evidenzbasierter Notfallmedizin (EBNM) in der Aus- und Weiterbildung von Notfallsanitätern. *Pädagogik der Gesundheitsberufe*, 280-288.

Koch, S., & Weber, A. (2017). Zur Intention eines akademischen Studiengangs zum Notfallsanitäter. *Notfall+Rettungsmedizin*, Band 20, Heft 1, DOI 10.1007/s10049-016-0186-1, 38-44.

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

Koch, S., Riedel, S., & Langer, G. (2019). Zur Akademisierung nichtärztlicher Mitarbeiter in der Notfall- und Rettungsmedizin. *Pädagogik der Gesundheitsberufe*, vor. 2019.

Köpke, S., Koch, F., Behncke, A., & Balzer, K. (2013). Einstellungen Pflegender in deutschen Krankenhäusern zu einer evidenzbasierten Pflegepraxis. *Pflege*, 26 (3), Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern, 163-175.

May, P.-J. (7. November 2012). Entwurf der Bundesregierung für ein Gesetz über

den Beruf der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters sowie zur Änderung weiterer Vorschriften, Vorläufige Stellungnahme der Deutschen Krankenhausgesellschaft. S. 1.

Nöldge-Schomburg, G., Geldner, G., & Böttiger, B. (26. Oktober 2012). Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes über den Beruf der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters. *Deutsche Gesellschaft für Anästhesie und Intensivmedizin; Berufsverband Deutscher Anästhesisten*, S. 1-3.

Reinecke, J. (1997). *AIDS-Prävention und Sexualverhalten, Die Theorie des geplanten Verhaltens im empirischen Test*. Opladen: Westdeutscher Verlag GmbH.

Reinecke, J. (1999). Interaktionseffekte in Strukturgleichungsmodellen mit der Theorie des geplanten Verhaltens: Multiple Gruppenvergleiche und Produktterme mit latenten Variablen. *ZUMA-Nachrichten* 45, Jg. 23, 88-114.

Schwarzer, R., Boehmer, S., Luszczynska, A., Mohamed, N. E., & Knoll, N. (2005). Dispositional self-efficacy as a personal resource factor in coping after surgery. *Personality and Individual Differences*, 39, 807-818.

Walkenhorst, U., & Klemme, B. (2008). Kompetenzentwicklung und Qualifizierung in der Ergo- und Physiotherapie. In S. Matzick, *Qualifizierung in den Gesundheitsberufen* (S. 179-194). Weinheim und München: Juventa Verlag.

Weiber, R., & Mühlhaus, D. (2014). *Strukturgleichungsmodellierung*. Berlin und Heidelberg: Springer Gabler.

Wissenschaftsrat. (13. Juli 2012). Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. Drs. 2411-12, S. 1-113.

Zu Effekten von Schulungen als Einzelintervention auf die Compianceraten zur Händedesinfektion



Katrin Bufe

Gesundheits- und Krankenpflegerin, Lehrkraft Asklepios Bildungszentrum Weißenfels, Studentin SRH Hochschule für Gesundheit Gera Medizinpädagogik B.A.
Kontakt: katrin.bufe@web.de

Abstract

Die Händedesinfektion ist die wichtigste Maßnahme zur Prävention nosokomialer Infektionen, die Umsetzung ist jedoch mangelhaft. Ziel dieser hermeneutisch-interpretativen Literaturanalyse ist die Untersuchung der Effekte von Schulungsmaßnahmen als Einzelintervention auf die Compiancerate zur Händedesinfektion im Krankenhaus.

Die Suche in den Datenbanken pubmed und Cochrane sowie die Handsuche in Sekundärstudien ergab auf Basis der Ein- und Ausschlusskriterien sechs einzuschließende Studien.

Die größten kurzfristigen Effekte zeigten eine Kombination aus Vortrag, praktischem Training und der Schulung zur Compliancebeobachtung als auch monatliche Hygieneschulungen mit Arbeitsgruppendifkussionen sowie das Training von Vorgesetzten. Wenig effektiv waren Schulungen mit UV-Lampe bei hohen Ausgangswerten, alleinige Präsentationen sowie Hygieneschulungen im Abstand von drei Monaten. Die besten langfristigen Effekte erzielten individuelle Schulungen auf Basis verhaltenspsychologischer Aspekte.

Die Ergebnisse besitzen eine geringe Aussagekraft, da die Qualität eingeschlossener Arbeiten aufgrund von Verzerrungspotential und mangelhafter Interventionsbeschreibung begrenzt wird. Deshalb sollten Wirkungen konkreter Einzelinterventionen zur Verbesserung der Compliance gezielter in zukünftigen Studien untersucht werden.

Schlüsselwörter: Händehygiene, Händedesinfektion, Compliance, Schulung, Training, Gesundheitsfachpersonal

Abstract:

Hand disinfection is the most important measure for the prevention of nosocomial infections, but the implementation is deficient. The goal of this hermeneutic-interpretive literature analysis is the study of the effects of training as a single intervention on hand disinfection compliance in the hospital. The search in the databases pubmed and Cochrane as well as the hand search in secondary studies yielded six studies to be included based on the inclusion and exclusion criteria.

The biggest short-term effects included a combination of presentation, hands-on training and compliance observation training, as well as monthly hygiene training with workgroup discussions, as well as supervisor training. Less effective were UV lamp training at high baseline levels, single presentations and hygiene training sessions spaced every three months. The best long-term effects were achieved by individual training based on behavioral psychological aspects.

The results are of little significance because of the quality of studies included due to the risk of bias and inadequate description of intervention. Therefore, the effects of specific interventions to improve compliance should be more specifically investigated in future studies.

Keywords: hand hygiene, hand disinfection, compliance, training, education, health professionals

Eingereicht 14. Februar 2019
Genehmigt 18. Februar 2019

„In Deutschland treten jährlich zwischen 400.000 bis 600.000 behandlungsassoziierte Infektionen auf [...] mit jährlich 10.000 bis 15.000 Todesfällen [...]“ (Gröhe, 2015, S. 1). Die wichtigste Maßnahme zur Vermeidung ist die Händedesinfektion (WHO, 2009, S. 1; KRINKO, 2016, S. 1191). Die Umsetzung des Personals im Gesundheitswesen in ihrem beruflichen Alltag ist jedoch mangelhaft und muss verbessert werden (Labrague, McEnroe-Petitte, van de Mortel, & Nasirudeen, 2017, S. 336). Kampagnen und Schulungen wurden etabliert, um die Umsetzung zu verbessern (Lydon, et al. 2017, S. 2; Aktion Saubere Hände, 2017, S. 5). Die vorliegende Studie untersucht Effekte von Schulungen als Einzelintervention auf die Complianceraten zur Händedesinfektion.

Gesundheitsfachpersonal im Krankenhaus

Vor allem Pflegekräfte sowie Ärzte repräsentieren das Gesundheitsfachpersonal im Krankenhaus. Die Gesundheits- und Krankenpflege ist zuständig für die Feststellung des Pflegebedarfs, die Planung, Organisation, Durchführung, Dokumentation und Evaluation der Pflege, die Beratung und Anleitung der Pflegebedürftigen und deren Angehörigen, die Durchführung ärztlicher Anordnungen sowie für die Mitwirkung bei Diagnostik, Therapie und Rehabilitation (KrPflG, 2003, S. 6, 7). Im Rahmen des theoretischen Unterrichtes werden Kenntnisse in Hygiene und medizinischer Mikrobiologie vermittelt (KrPflAPrV, 2003, S. 10). Ärzte sind für die Untersuchung, die Diagnosestellung und die Anordnung, Durchführung sowie Überwachung therapeutischer, präventiver und rehabilitativer Maßnahmen zuständig (ÄApprO, 2002, S. 1). Hygiene, Mikrobiologie, Virologie und Infektiologie sind Bestandteil der Ausbildung (vgl. ebd., S. 14).

Infektionen

Erreger von Infektionen sind vor allem Bakterien (Schewior-Popp, Sitzmann, & Ullrich, 2012, S. 1056). Therapeutisch werden Antibiotika zur Abtötung oder Wachstumshemmung eingesetzt (Huch & Jürgens, 2011, S. 269).

Bei einer endogenen Übertragung werden Erreger von der Normalflora an eine andere Eintrittspforte übertragen (Huch & Jürgens, 2011, S. 266). Die exogene Übertragung erfolgt über Wasser, Nahrungsmittel oder die Luft sowie als direkte (ohne Zwischenstation) oder indirekte Kontaktinfektionen über Hände des Personals oder Türklinken (Schewior-Popp, Sitzmann, & Ullrich, 2012, S. 1057-1058). Durch Mund, Nase, Harnröhre oder Wunden gelangen die Erreger in den Körper und vermehren sich (Huch, 2011, S. 266; Schewior-Popp, Sitzmann, & Ullrich, 2012, S. 1058). Eine nosokomiale Infektion steht lt. §2 Abs. 8 Infektionsschutzgesetz (InfSchG) im zeitlichen Zusammenhang mit einer medizinischen Versorgung. Die ersten Symptome treten frühestens am dritten Tag des Krankenhausaufenthaltes auf (KISS, 2016, S. 6). Am häufigsten entstehen Harnwegsinfekte, Lungenentzündungen, Wundinfekte und Infektionen durch Gefäßkatheter. Gefährdet sind ältere Menschen, Schwangere und Kinder. Problematisch sind resistente Bakterien, die trotz eines Antibiotikums überleben (EARS, 2018, S. 3). Schwerwiegende Verlaufsformen bis hin zu Todesfällen sind möglich (ebd., S. 3). Die Ursachen sind zu häufig eingesetzte Antibiotika, Anwendungsfehler und Erregerübertragung durch

mangelnde Händehygiene (vgl. ebd., S. 3). Zur Verhinderung der Übertragung im Krankenhaus dienen die Standardhygiene (Hände- und Flächendesinfektion, Nutzung von Schutzhandschuhen etc.) sowie Isolierungsmaßnahmen (Schewior-Popp, Sitzmann, & Ullrich, 2012, S. 1059).

Hygienische Händedesinfektion

Die Händedesinfektion dient der Reduktion der Erreger auf der Haut zur Senkung des Risikos der Weiterverbreitung (KRINKO, 2016, S. 1192). Eine Unterlassung kann als grober Behandlungsfehler strafrechtliche Konsequenzen haben (vgl. ebd., S. 1208). Voraussetzungen sind saubere, kurze und keine künstlichen Fingernägel, kein Schmuck an Händen und Unterarmen und keine größeren Hautläsionen (vgl. ebd., S. 1193, 1194). Pro Durchführung sind 3-5 ml eines alkoholischen Händedesinfektionsmittels zu entnehmen zur Benetzung der gesamten Hautoberfläche für die vom Hersteller angegebene Einwirkzeit (KRINKO 2016, S. 1196; WHO 2009, S. 2). Die Einreibung der Fingerspitzen, der Nagelfalze und der Daumen ist besonders wichtig. 2009 definierte die World Health Organization (WHO) fünf Indikationen zur Händedesinfektion (WHO, 2009, S. 4, 5; KRINKO, 2016, S. 1194, 1195):

1. Vor Patientenkontakt,
2. Nach Patientenkontakt,
3. Vor aseptischen Tätigkeiten (Verbandswechsel, Injektionen etc.),
4. Nach Kontakt mit potentiell infektiösem Material (Stuhl, Erbrochenes, Blut etc.)
5. Nach Kontakt der direkten Patientenumgebung (Bett und Nachttisch, auf Intensivstationen zusätzlich Geräte).

Ziel ist die leichtere Identifikation

von Situationen mit notwendiger Händedesinfektion in der Praxis. Das Modell bildet die Grundlage für Compliance-Beobachtungen (KRINKO, 2016, S. 1194, 1195).

Compliance der Händedesinfektion

Die Compliance ist die Umsetzung der fünf Indikationen in die Praxis und wird am besten durch direkte Beobachtung evaluiert (KRINKO, 2016, S. 1207). Ein standardisierter Beobachtungsbogen gewährleistet Objektivität (Aktion Saubere Hände, 2017, S. 5). Durch die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs kann ebenfalls die Häufigkeit der Händedesinfektion beurteilt werden, jedoch nicht die Zuordnung der konkreten Indikationen (KRINKO, 2016, S. 1206). Die Compliance von Ärzten und Pflegekräften beträgt ca. 73% (KRINKO, 2016, S. 1204). Aufgrund des Wissens um die Beobachtung und der Verhaltensanpassung sind die Raten höher als bei Nichtbeobachtung (Hawthorne-Effekt). 10% des Personals liegen unter einer Rate von 55% und führen damit in einer von zwei Situationen eine notwendige Händedesinfektion nicht durch (vgl. ebd., S. 1204). Gründe sind mangelndes Wissen, fehlende Produkte und Spender, Zeitmangel durch Überbelegung der Stationen und fehlendes Personal, Hautirritationen und mangelhafte Vorbilder von Vorgesetzten (KRINKO, 2016, S. 1205). Zur Complianceförderung in Deutschland gibt es seit 2008 die Kampagne ASH (Aktion Saubere Hände, 2018), die Schulungsmaterialien bereitstellt und Krankenhäuser auszeichnet.

Schulungsmaßnahmen

Schulungen dienen der Kompetenzförderung in den Bereichen (KMK, 2011, S. 14): Fachkompetenz (Faktenwissen und

Anwendung), Sozialkompetenz (Beziehungsgestaltung, Empathie) und Selbstkompetenz (Selbstständigkeit, Kritikfähigkeit, Zuverlässigkeit). Integriert sind Methodenkompetenz (Probleme strukturiert lösen), kommunikative Kompetenz und Lernkompetenz (Lerntechniken entwickeln). Hygieneschulungen sollen Fach-, Selbst-, Methoden- als auch Lernkompetenzen vermitteln und werden häufig als Frontalunterricht mit Präsentationen gestaltet. Das Modell nach Kirkpatrick mit vier aufeinander aufbauenden Stufen dient der Erfolgsbeurteilung einer Schulung (Maurer, 2015):

1. Stufe eins beinhaltet die Reaktion der Teilnehmer,
2. Stufe zwei ist der konkrete Wissenserwerb,
3. Stufe drei zielt auf Verhaltensänderung ab,
4. Stufe vier definiert das konkrete Ergebnis fürs Unternehmen.

Mit der Compliance zur Händedesinfektion wird Stufe drei angestrebt. Stufe vier entspricht der Infektionsrate, die nicht mit der korrekten Umsetzung der Indikationen assoziiert werden kann aufgrund weiterer Einflussfaktoren wie Antibiotikatherapie oder erhöhter Infektanfälligkeit der Patienten. Lt. KRINKO soll

Personal mindestens jährlich und zeitnah bei auftretenden Problemen geschult werden (KRINKO, 2016, S. 1206).

Aktueller Forschungsstand und Forschungsfrage

Nur ein systematisches Review untersuchte bereits langfristige Effekte von Schulungen auf die Compliance über sechs Monate (Cherry, Brown, Bethell, Neal, & Shaw 2012, S. 2, 17). Aufgrund der Komplexität der Schulungsmaßnahmen kam die Arbeit zu keinem Ergebnis (ebd., S. 2). Damit gibt es keine aktuelle Studie, die sich auch mit langfristigen Effekten von Schulungen auf die Compliance beschäftigt. Dieser hermeneutisch-interpretativen Studie wird deshalb folgende Forschungsfrage zu Grunde gelegt:

Welche Effekte haben Schulungsmaßnahmen als Einzelintervention auf die Compliance zur hygienischen Händedesinfektion von Gesundheitsfachpersonal in der stationären Patientenversorgung im Krankenhaus?

Literatursuche und Auswahl

Die Datenbanken wurden systematisch, die vorhandenen Metaanalysen und systematischen Übersichten zum Thema per Hand durchsucht. Gefundene Studien

Tabelle 1. Ein- und Ausschlusskriterien der Literatur

| | Einschlusskriterien | Ausschlusskriterien |
|--------------|---|---|
| Design | RCT, CT | andere |
| Aktualität | ab 2009 | vor 2009 |
| Sprache | deutsch, englisch | andere |
| Outcome | Complianceraten (in %) | andere |
| Population | Gesundheitsfachpersonal | Patienten, Angehörige, Laien-Pflegekräfte |
| Setting | Stationäre Patientenversorgung im Krankenhaus | Pflegeheime/Langzeitpflegeeinrichtungen, ambulante Tätigkeiten u.a. |
| Intervention | nur Schulungsmaßnahmen | andere, multimodale Strategien |

wurden aufgrund von Ein- und Ausschlusskriterien (Tabelle 1) analysiert.

Gründe für den Ausschluss der Volltexte waren in sechs Arbeiten andere Endpunkte, in acht Arbeiten die Untersuchung multimodaler Interventionen und in zwei Arbeiten die fehlende Ergebnisveröffentlichung. Drei Arbeiten waren ältere Versionen der PSYGIENE-Studie, es wurde nur die aktuelle Version von 2016 einbezogen. Die Literaturrecherche fasst das Fließschema in Abbildung 1 zusammen.

Letztendlich wurden sechs Studien eingeschlossen, davon vier randomisiert kontrollierte Studien im Zeitraum von 2015-17 und zwei Beobachtungsstudien im Zeitraum von 2010-13 (Tabelle 2).

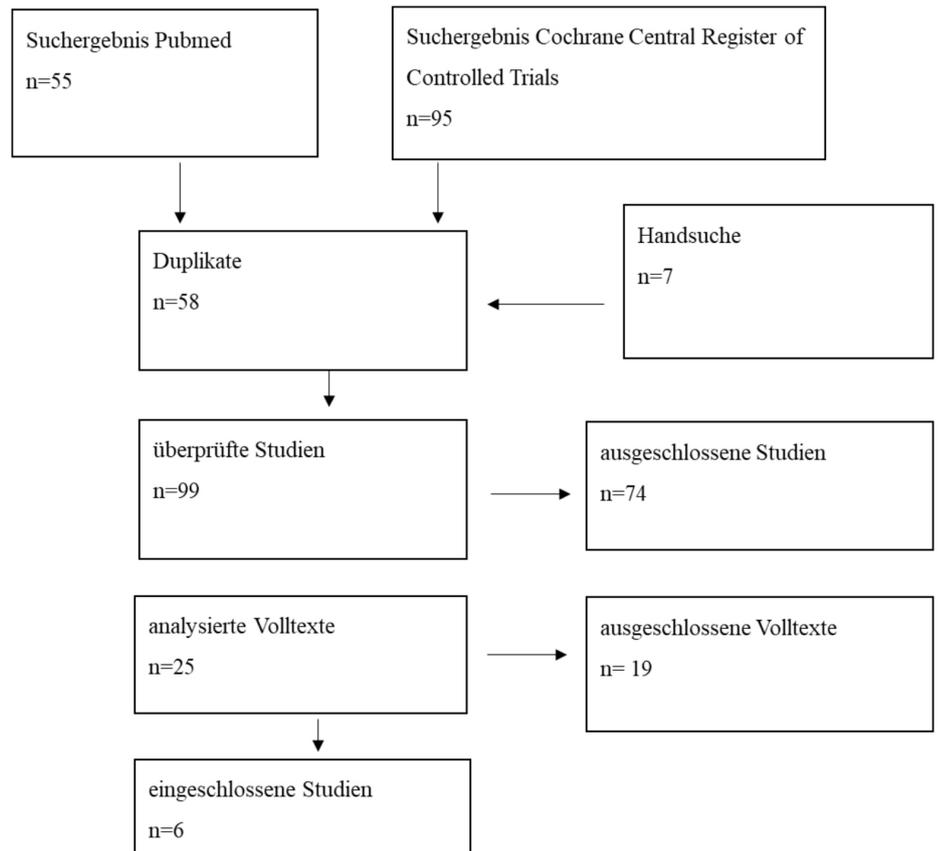


Abbildung 1. Fließschema der Suche (Dezember 2018)

Beschreibung eingeschlossener Studien

Studie 1 wurde als randomisiert kontrollierte Studie (RCT) 2013 in Hamburg auf zehn Intensivstationen und zwei Stammzelltransplantationseinheiten durchgeführt (von Lengerke, et al. 2016, S. 1). Verglichen wurden klassische Schulungen mit Präsentationen und Videomaterial der ASH (ebd., S. 2) mit individuellen Schulungen auf Basis von verhaltenspsychologischen Aspekten in den Bereichen Risikowahrnehmung, Ergebniserwartung, Selbstwirksamkeitserwartung, Verhaltensziele, Bewältigungsstrategien bei Misserfolgen, Handlungskontrolle und Selbstreflexion (ebd., S. 4). Dabei wurden die Schulungen an die konkrete Situation auf den Stationen angepasst (ebd., S. 4) und Feedback-Diskussionen etabliert (ebd., S. 7).

Die Studie 2 verglich als RCT Simulationsschulungen auf einer

Tabelle 2. Überblick eingeschlossener Studien

| Nr. | Titel | Autoren | Jahr | Design |
|-----|---|--|------|--------|
| 1 | Promoting Hand Hygiene Compliance, PSYGIENE – a Cluster Randomized Controlled Trial of Tailored Interventions | von Lengerke, Lutze, Knauth, Lange, Stahmeyer, Chaberny | 2016 | RCT |
| 2 | Simulation education as a single intervention does not improve hand hygiene practices: A randomized controlled follow-up study | Jansson, Syrjälä, Ohtonen, Meriläinen, Kyngäs, Alakokko | 2016 | RCT |
| 3 | Behaviour-Based Interventions to Improve Hand Hygiene Adherence Among Intensive Care Unit Healthcare Workers in Thailand | Apisarnthanarak, Eiamsitrakoon, Mundy | 2015 | RCT |
| 4 | Intervening with healthcare workers' hand hygiene compliance, knowledge and perception in a limited-resource hospital in Indonesia: a randomized controlled trial study | Santosaningsih, Erikawati, Santoso, Noorhamdani, Ratridewi, Candradikusuma, Chozin, Huwae, van der Donk, van Boven, Voor in 't holt, Verbrugh, Severin | 2017 | RCT |
| 5 | A novel approach to improve hand hygiene compliance of student nurses | Salmon, Wang, Seetoh, Lee, Fisher | 2013 | CT |
| 6 | Improving hand hygiene compliance: A multidisciplinary approach | Helms, Dorval, St. Laurent, Winter | 2010 | CT |

Intensivstation in Oulu mit einer Kontrollgruppe (Jansson, et al. 2016, S. 2, 8). Die Compliance wurde initial unter Simulationsbedingungen und sechs sowie 24 Monate nach der Schulung unter Stationsbedingungen ermittelt (ebd., S. 4-7).

Studie 3 fand auf sechs Intensivstationen in Thailand statt (Apisarnhanarak, Eiamsitrakoon, & Mundy, 2015, S. 517). Als RCT wurden Standard-Hygieneschulungen aller drei Monate mit monatlichen Schulungen in Verbindung mit wöchentlichen Arbeitsgruppendifkussionen verglichen (ebd., S. 518). Anschließend wurden die Complianceraten ermittelt.

Studie 4 bildete drei Interventionsgruppen sowie eine Kontrollgruppe mit zufälliger Zuordnung der Fachgebiete (Santosaningsih, et al. 2017, S. 2): In der Pädiatrie wurden Vorgesetzte trainiert, die Chirurgie erhielt eine klassische Präsentation und in der Inneren Medizin wurde eine Kombination beider Interventionen durchgeführt (vgl. ebd., S. 5). Die Kontrollgruppe war die Abteilung Geburtshilfe-Gynäkologie (ebd., S. 5). Die Compliance wurde jeweils acht Wochen vor, während und nach der Intervention ermittelt (ebd., S. 5).

In Studie 5 wurden bei 398 Krankenpflegestudenten Vorträge, praktisches Training sowie Schulungen zur Compliancebeobachtung durchgeführt (Salmon, Wang, Seetoh, Fisher, & Lee, 2013, S. 1, 2-3). Die Teilnehmer absolvierten eine Prüfung und führten in der alltäglichen Stationspraxis Compliancebeobachtungen für 30 Minuten durch (ebd., S. 3).

Studie 6 etablierte als kontrollierte Studie (CT) nach der Einführung eines teamgestützten Programmes eine Schulung mit der UV-Lampe (Helms, Dorval, St. Laurent, & Winter, 2010, S. 1ff). Die Studien wurden anhand festgelegter Kriterien hinsichtlich des Verzerrungspotentials beurteilt und gegenübergestellt (Tabelle 3).

Ergebnisse

Die Ergebnisse wurden tabellarisch zusammengefasst und hinsichtlich der Forschungsfrage ausgewertet (Tabelle 4).

Tabelle 3. *Bewertung der Aussagekraft der eingeschlossenen Studien*

| Kriterium | Studie 1 | Studie 2 | Studie 3 | Studie 4 | Studie 5 | Studie 6 |
|---|--------------------------|--------------|-----------------|--------------|--------------|-------------------|
| Randomisierung | ja | Ja | ja | ja | nein | nein |
| Kontrollgruppe | ja | Ja | ja | ja | ja | nein |
| Verblindung der Teilnehmer | ja | Nein | ja | nein | nein | nein |
| Verblindung der Beobachter | nein (aber kontrolliert) | Nein | ja | nein | ja | nein |
| Beobachtungszeiträume angegeben und vergleichbar | nein | Nein | ja | ja | ja | nein |
| Anzahl der Datenerhebungen angegeben und vergleichbar | nein | Nein | ja | nein | nein | nein |
| Datenverluste dargestellt | ja | Ja | ja | nein | nein | nein |
| Limitationen beschrieben | ja | Ja | ja | ja | ja | nein |
| große Anzahl der Teilnehmer/Zentren | nein | Nein | ja | nein | ja | nein |
| Aussagekraft der Ergebnisse | mittel (6/9) | gering (4/9) | sehr groß (9/9) | gering (4/9) | mittel (5/9) | sehr gering (0/9) |

Die größten Effekte erreichten Schulungsmaßnahmen mit einer Kombination aus Vortrag, praktischem Training und Schulung zur Compliancebeobachtung (Salmon, Wang, Seetoh, Fisher, & Lee, 2013, S. 3), monatliche Schulungen mit Arbeitsgruppendifkussionen (Apisarntharak, Eiamsitrakoon, & Mundy, 2015, S. 517) sowie das Training von Vorgesetzten (Santosaningsih, et al. 2017, S. 2). Langfristige Effekte wurden von drei Interventionen evaluiert, wobei die besten Ergebnisse von Schulungen auf Basis verhaltenspsychologischer Aspekte erreicht wurden (von Lengerke, et al. 2016, S. 2). Die geringsten Effekte zeigten reine Präsentationen (Santosaningsih, et al. 2017, S. 2), Schulungen aller drei Monate (Apisarntharak, Eiamsitrakoon, & Mundy, 2015, S. 517) sowie die Schulung mit UV-Lampe (Helms, Dorval, St. Laurent, & Winter, 2010, S. 4).

Diskussion

Die guten Ergebnisse der Schulung zur Compliancebeobachtung fußen auf der Förderung zur Selbstreflexion und der damit verbundenen Verhaltensänderung. Die Zusammenarbeit von Theorie und Praxis sowie der frühzeitige Beginn der Hygieneschulungen während der Ausbildung sind wichtige Elemente für gute Compliance-Raten des zukünftigen Personals. Die Ergebnisse wurden mit krankenhausesweiten Werten verglichen (Salmon, Wang, Seetoh, Fisher, & Lee, 2013, S. 4-5), wobei die Anzahl der Personen sowie das Procedere unklar bleibt. Die Ergebnisse können aufgrund fehlender Randomisierung nicht auf die Intervention zurückgeführt werden. Die Teilnehmer haben evtl. ihr Verhalten aufgrund einer Erwartungshaltung angepasst, da sie von der Intervention wussten.

Tabelle 4. *Auswertung der Ergebnisse*

| Intervention | Compliance vor Intervention (1), in % | Compliance bis 1 Jahr nach Intervention (2), in % | Compliance nach 2 Jahren (3), in % | Veränderung (1-2/ 2-3/ 1-3), in % |
|---|---------------------------------------|---|------------------------------------|-----------------------------------|
| verhaltenspsychologische Schulung | 54 | 64 | 70 | +10/+6/+16 |
| klassische Präsentation (ASH) | 55 | 68 | 64 | +13/-4/+9 |
| Simulationsschulung | 40,8 | 59,2 | 50,8 | +18,4/-8,4/+10 |
| Schulung aller 3 Monate | 68 | 71 | k.A.* | +3 |
| Schulung monatlich + Arbeitsgruppendifkussion | 65 | 85 | k.A.* | +20 |
| Training von Vorgesetzten Präsentation | 24,1 | 43,7 | k.A.* | +19,6 |
| Präsentation | 18,9 | 24,9 | k.A.* | +6 |
| Training von Vorgesetzten + Präsentation | 5,2 | 18,5 | k.A.* | +13,3 |
| Vortrag + praktisches Training + Schulung zur Compliancebeobachtung | 43 | 64 | k.A.* | +21 |
| Schulung mit UV-Lampe | 90 | 90 | k.A.* | +/- 0 |

* Keine Angabe

Aufgrund der fast doppelt so hohen Anzahl der Beobachtungssituationen nach der Intervention (ebd., S. 4-5) sowie fehlender Angaben über Datenverluste sind die Ergebnisse verzerrt. Zusammenfassend haben die Ergebnisse nur eine mäßige Aussagekraft.

Ähnlich positive Effekte zeigten Arbeitsgruppendifkussionen, in denen konkrete Probleme auf den Stationen besprochen wurden (Apisarntharak, Eiamsitrakoon, & Mundy, 2015, S. 518). Dies fördert die eigene Reflexion und die Mitarbeiter werden aktiv beteiligt an einer Problemlösung. Die Wirkung der engeren Zeitabstände der Schulungen ist nicht beurteilbar, da zeitgleich die Arbeitsgruppendifkussionen eingeführt wurden. Das Ergebnis der Schulung aller drei Monate

(+3%) unterstützt nicht die KRINKO-Empfehlung zur jährlichen Schulung. Die Übertragbarkeit auf Deutschland ist aufgrund der Durchführung der Studie in Thailand fraglich (ebd., S. 517). Die Ergebnisse haben dennoch ein geringes Verzerrungspotential und sind sehr aussagekräftig.

Das Training von Vorgesetzten bestand aus Präsentationen, praktischem Training, Schulung zur Compliance-Beobachtung sowie Diskussionen (Santosaningsih, et al. 2017, S. 5-9). Aufgrund der Komplexität ist der Vergleich mit der Präsentationsschulung erschwert und Effekte der Maßnahmen sind nicht klar definierbar. Das Verhalten der Führungskräfte folgt dem Prinzip Lernen durch Nachahmung und es werden Vorbilder geschaffen. Die Studie

wurde in einem Krankenhaus mit limitierten Ressourcen in Indonesien durchgeführt (ebd., S. 2), sodass die Übertragbarkeit auf Deutschland fraglich ist. Die Ergebnisse könnten durch die unterschiedlichen Fachgebiete mit unterschiedlicher Anzahl der Patienten sowie indifferentem Personal-Patienten-Verhältnis verzerrt sein (ebd., S. 4). Die Anzahl der beobachteten Situationen schwankte zwischen 245 und 440 (ebd., S. 6-9). Aufgrund der deutlich niedrigeren Basiscompliance-Raten (ebd., S. 6-9) sind wesentlich andere Voraussetzungen gegeben als in anderen Arbeiten. Bei gleichzeitiger Akkreditierung beeinflussten weitere Maßnahmen wie Erinnerungsschilder in den Patientenzimmern die Ergebnisse. Die Studie ist nur wenig aussagekräftig.

Bei der Beurteilung verhaltenspsychologischer Schulungen kamen in der Kontrollgruppe ebenfalls 15 von 29 dieser Maßnahmen zum Einsatz und verzerren den Vergleich (von Lengerke, et al. 2016, S. 7). Praktisch erfordern diese Hygieneschulungen einen erheblichen Arbeitsaufwand: Die Stationen müssen analysiert und die Schulungen individualisiert werden. Kenntnisse in der Verhaltenspsychologie sind notwendig. Die Beobachter waren nicht verblindet, wurden aber kontrolliert und begleitet (ebd., S. 10). In 2013 wurden wesentlich mehr Situationen in der Interventionsgruppe sowie in 2015 mehr Situationen in der Kontrollgruppe beobachtet (ebd., S. 10ff). Die Aussagekraft dieser Arbeit wurde mittelmäßig eingestuft.

Im Vergleich zu den Simulationsschulungen wurden in der Kontrollgruppe die gleichen Inhalte gemäß den aktuellen Richtlinien

zur Händehygiene vermittelt (Jansson, et al. 2016, S. 2ff). Die Studie wurde nur auf einer Intensivstation durchgeführt (ebd., S. 2), sodass sich die Teilnehmer austauschen und damit die Ergebnisse beeinflussen konnten. Die Basisdaten wurden unter Simulationsbedingungen erörtert, die Nachbeobachtungen auf Station (ebd., S. 4ff) – die Vergleichbarkeit ist erschwert. In der Praxis müssten Simulationen zu mehr Indikationen durchgeführt werden – ein zeitaufwendiges Procedere. Die Compliance der Kontrollgruppe wurde als Händehygienscore angegeben und ist damit nicht vergleichbar (vgl. ebd., S. 4ff). Bei der Erhebung nach zwei Jahren erfolgte keine Angabe über die Wiederholung der Schulung. Die Ergebnisse waren nicht signifikant (ebd., S. 2), was mit der geringen Teilnehmeranzahl zusammenhängen könnte. Die Ergebnisse sind insgesamt nur gering aussagekräftig.

Die Schulung mit der UV-Lampe wurde nach der Einführung eines teamgestützten Programmes mit starkem Complianceanstieg evaluiert (Helms, Dorval, St. Laurent, & Winter, 2010, S. 3f). Geringere Ausgangswerte könnten andere Ergebnisse liefern. Die Beobachtungen wurden innerhalb eines Monats durchgeführt, sodass die Ergebnisse aufgrund weniger Erhebungen wenig repräsentativ sind (ebd., S. 4). Die Arbeit hat insgesamt ein großes Verzerrungspotential und damit sehr gering aussagekräftige Ergebnisse.

Die Ergebnisse stimmen mit der systematischen Übersichtsarbeit von Cherry et al. von 2012 überein. Es gibt weiterhin nur wenige Studien, die nur Schulungsmaßnahmen zur Complianceverbesserung betrachten. Diese sind

unzureichend hinsichtlich Sozialform und Inhalten beschrieben. Aufgrund der Studienqualität sind die Ergebnisse nur mäßig aussagekräftig. Es können keine sicheren Aussagen über Ursache-Wirkungs-Beziehungen der Interventionen getroffen werden.

Limitationen

Ein vorher definiertes Protokoll wurde nicht registriert. Nur deutsch- und englischsprachige Studien wurden eingeschlossen. Nicht publizierte Arbeiten wurden nicht gefunden. Die Anzahl der eingeschlossenen Arbeiten war insgesamt gering. Die Qualität wurde nicht objektiv anhand eines Scores beurteilt. Die Aussagekraft der Ergebnisse ist aufgrund des Verzerrungspotentials nur mäßig bis gering. Die Inhalte und Durchführung der Schulungen waren unzureichend beschrieben, sodass keine sicheren Aussagen zu konkreten Effekten getroffen werden können.

Implikationen für die Forschung

Es sind weitere wissenschaftliche Arbeiten notwendig zur Untersuchung von Effekten konkreter pädagogischer Einzelmaßnahmen auf die Compliance zur Händedesinfektion. Die Inhalte der Schulungen müssen detailliert beschrieben werden. Um Aussagen zu Ursache-Wirkungs-Beziehungen treffen zu können, sollten die Arbeiten als randomisiert kontrollierte Studien mit Kontrollgruppe gestaltet werden. Der zeitliche Abstand von Hygieneschulungen sowie langfristige Effekte auf die Compliance und Gründe für den Abfall der Rate nach der Intervention sind mögliche Untersuchungsgegenstände.

Literaturverzeichnis

- Aktion Saubere Hände (2017). Anleitung zur Beobachtung der Händedesinfektion. https://www.aktion-sauberehaende.de/fileadmin/ash/downloads/pdf/Compliance/1_Anleitung_zur_Beobachtung_Januar_2017.pdf (letzter Zugriff 05.01.2019).
- Aktion Saubere Hände (2018). Elemente der Kampagne. <http://www.aktion-sauberehaende.de/ash/elemente> (letzter Zugriff 03.07.2018).
- Apisarnthanarak, A., Eiamsitakoon, T., & Mundy, L. (2015). Behaviour-Based Interventions to Improve Hand Hygiene Adherence Among Intensive Care Unit Healthcare Workers in Thailand. doi: 10.1017/ice.2015.1. https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/D0372E98AD17D838116E56D382F5DA7B/S0899823X1500001Xa.pdf/behaviorbased_interventions_to_improve_hand_hygiene_adherence_among_intensive_care_unit_healthcare_workers_in_thailand.pdf (letzter Zugriff 12.02.2019).
- ÄApprO (2002). §1 Ziele und Gliederung der ärztlichen Ausbildung. §27 Zulassung zum Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung. https://www.gesetze-im-internet.de/_appro_2002/ÄApprO_2002.pdf (letzter Zugriff 11.07.2018).
- Cherry, M., Brown, J., Bethell, G., Neal, T., & Shaw, N. (2012). Features of educational interventions that lead to compliance with hand hygiene in healthcare professionals within a hospital care setting. A BEME systematic review: BEME Guide No. 22. doi: 10.3109/0142159X.2012.680936. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/0142159X.2012.680936> (letzter Zugriff 12.02.2019).
- EARS (2018). Surveillance and disease data for antimicrobial resistance. European Centre for Disease Prevention and Control, Abgerufen am 11. 07. 2018 von <https://ecdc.europa.eu/en/antimicrobial-resistance/surveillance-and-disease-data>
- Gröhe, H. (2015). 10-Punkte-Plan zur Bekämpfung resistenter Erreger. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/2015/10-punkte-plan-zu-antibiotika-resistenzen.html> (letzter Zugriff 12.02.2019).
- Helms, B., Dorval, S., St. Laurent, P., & Winter, M. (2010). Improving hand hygiene compliance: A multidisciplinary approach. doi: 10.1016/j.ajic.2009.08.020. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0196655310000076?via%3Dihub> (letzter Zugriff 12.02.2019).
- Huch, R., & Jürgens, K. (2011). Mensch Körper Krankheit. (6. Auflage). München: Elsevier GmbH.
- Jansson, M., Syrjälä, H., Ohtonen, P., Meriläinen, M., Kyngäs, H., & Ala-Kokko, T. (2016). Simulation education as a single intervention does not improve hand hygiene practices: A randomized controlled follow-up study. doi: 10.1016/j.ajic.2015.12.030. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0196655316000080?via%3Dihub> (letzter Zugriff 12.02.2019).
- KISS (2016). Definitionen nosokomialer Infektionen für die Surveillance im Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System – KISS-Definitionen. http://www.nrz-hygiene.de/fileadmin/nrz/module/KISS_Definitionen_Version_12_2016.pdf (letzter Zugriff 03.07.2018).
- KRINKO (2016). Händehygiene in Einrichtungen des Gesundheitswesens. Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert-Koch-Institut (RKI). doi: 10.1007/s00103-016-2416-6. https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Kommission/Downloads/Haendehyg_Rili.pdf?__blob=publicationFile (letzter Zugriff 12.02.2019).
- KrPflAPrV (2003). Abschnitt 5 Übergangs- und Schlussvorschriften. https://www.gesetze-im-internet.de/krpflaprv_2004/KrPflAPrV.pdf (letzter Zugriff 11.07.2018).
- KrPflG (2003). Abschnitt 2 Ausbildung §3 Ausbildungsziel. https://www.gesetze-im-internet.de/krpflg_2004/KrPflG.pdf (letzter Zugriff 11.07.2018).
- KMK (2011). Handreichung für die Erarbeitung von Rahmenlehrplänen der Kultusministerkonferenz für den berufsbezogenen Unterricht in der Berufsschule und ihre Abstimmung mit Ausbildungsordnungen des Bundes für anerkannte Ausbildungsberufe. https://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluesse/2011/2011_09_23_GEP-Handreichung.pdf (letzter Zugriff 14.07.2018).
- Labrague, L., McEnroe-Petitte, D., van de Mortel, T., & Nasirudeen, A. (2017). A systematic review on hand hygiene knowledge and compliance in student nurses. doi: 10.1111/inr.12410. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/inr.12410> (letzter

Zugriff 12.02.2019).

Lydon, S., Power, M., McSharry, J., Byrne, M., Madden, C., Squires, J., & O'Connor, P. (2017). Interventions to Improve Hand Hygiene Compliance in the ICU: A Systematic Review. doi: 10.1097/CCM.0000000000002691. <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=28857850> (letzter Zugriff 12.02.2019).

Maurer, D. (2015). Klassiker: Evaluation von Trainingsprogrammen: Die vier Stufen von Kirkpatrick (1959). <https://www.evalea.de/klassiker-evaluation-von-trainingsprogrammen-die-vier-stufen-von-kirkpatrick-1959> (letzter Zugriff 03.07.2018).

Oelke, U., & Meyer, H. (2013). Didaktik und Methodik für Lehrende in Pflege- und Gesundheitsberufen. Berlin: Cornelsen Schulverlage GmbH.

Salmon, S., Wang, X., Seetoh, T., Fisher, D., & Lee, S. (2013). A novel approach to improve hand hygiene compliance of student nurses. doi: 10.1186/2047-2994-2-16. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3679881/> (letzter Zugriff 12.02.2019).

Santosaningih, D., Erikawati, D., Santoso, S., Noorhamdani, N., Ratridewi, I., Candradikusuma, D., Chozin, I., Huwae, T., van der Donk, G., van Boven, E., Voor in 't holt, A., Verbrugh, H., & Severin, J. (2017). Intervening with healthcare workers' hand hygiene compliance, knowledge and perception in a limited-resource hospital in Indonesia: a randomized controlled trial study. doi: 10.1186/s13756-017-0179-y. <https://aricjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13756-017-0179-y> (letzter Zugriff

12.02.2019).

Schewior-Popp, S., Sitzmann, F., & Ullrich, L. (2012). Thiemes Pflege. (12. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage). Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.

von Lengerke, T., Lutze, B., Knauth, C., Lange, K., Stahmeyer, J., & Chaberny, I. (2016). Promoting Hand Hygiene Compliance, PSYGIENE – a Cluster-Randomized Controlled Trial of Tailored Interventions. doi: 10.3238/arztebl.2017.0029. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5551068/> (letzter Zugriff 12.02.2019).

WHO (2009). Hand Hygiene: Why, How & When? http://www.who.int/gpsc/5may/Hand_Hygiene_Why_How_and_When_Brochure.pdf?ua=1 (letzter Zugriff 03.07.2018).



ENI2019

European Nursing Informatics

HOCHSCHULE FLENSBURG
5. - 6. SEPTEMBER 2019

Brücken bauen - Grenzen überwinden
Innovationen in der ambulanten und stationären Pflege

CALL FOR
ABSTRACTS

WWW.KONGRESS-ENI.EU

hpsmedia

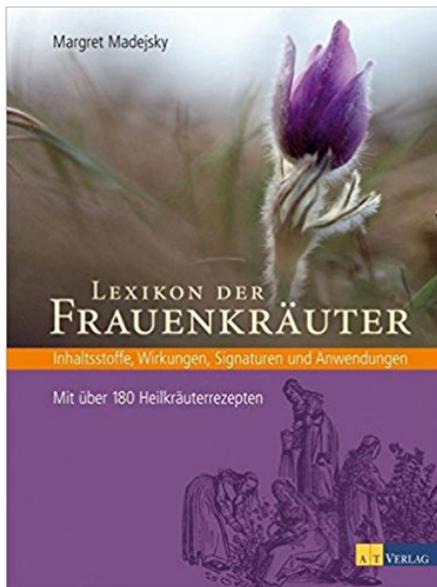


Institut für eHealth und Management
im Gesundheitswesen



Hochschule
Flensburg
University of
Applied Sciences





Autorin: Margret Madejsky
Sprache: Deutsch
Verlag: AT Verlag
Seitenumfang: 320 Seiten
ISBN: 978-3-03800-417-2

Lexikon der Frauenkräuter

Kurzbeschreibung

Pflanzliche Mittel erobern seit einigen Jahren zunehmend die Frauenarzt- und Hebammenpraxen. Antibiotische Kräuter wie etwa Bärentraube, Kapuzinerkresse und Knoblauch oder hormonartig wirkende Pflanzen wie Frauenmantel, Mönchspfeffer und Silberkerze konnten sich einen festen Platz in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe erobern. Doch das Pflanzenreich bietet unzählige weitere Frauenkräuter, deren Heilkräfte ein ganzes Frauenleben bereichern und hilfreich begleiten können. Auf der Grundlage ihrer langjährigen Forschung und heilpraktischen Erfahrung zeigt die Autorin, wie sich das traditionelle Pflanzenwissen in ein ganzheitliches Konzept zeitgemäßer Frauenheilkunde integrieren lässt. Egal ob Blasenentzündung, Endometriose, Kinderwunsch, Myom, Osteoporose, Menstruations-, Schwangerschafts- oder Wechseljahrbeschwerden – hier werden Therapeuten wie auch Frauen jeden Alters fündig.

Das Lexikon erhält 110 ausführliche Frauenkräuterporträts mit Angaben zu Inhaltsstoffen, Wirkungen, Signaturen, Anwendungen und Hinweisen auf Handelsprodukte. Dazu über 180 Heilkräuterrezepte und zahlreiche wertvolle Praxistipps und Therapievorschlüsse. Mit umfassendem medizinischem Glossar. Ein unentbehrliches Nachschlagewerk für alle, die an Frauengesundheit interessiert sind.

Persönliches Fazit:

Margret Madejsky hat uns mit der mittlerweile 6. Auflage des Lexikons der Frauenkräuter mit einem umfassenden Werk versorgt, das beginnend von jungen heranwachsenden Frauen bis hin zu Frauen älteren Alters unterstützt und hilfreich ist.

Mit einem historischen Einblick in die Frauenkräuter mit mystischen Hintergründen, Göttinnen geweihten Kräutern und Pflanzenhormonen bietet dieses Buch einen guten und lehrreichen Einstieg in das Thema.

Die umfangreichen Pflanzenportraits enthalten botanische Grundlagen, Anwendungsgebiete und nützliche, einfach machbare Rezepte und Tipps in der Frauenheilkunde. Ein medizinisches Glossar vervollständigt das wertvolle Nachschlagewerk.

Selbst Kräuterkundige finden sicher neue und hilfreiche Informationen in diesem Buch über hormonwirksame, pflegende oder vorsorgende Kräuter für Frauen in allen Lagen. Ein so gut strukturiertes und informatives Buch über Frauenheilkunde ist ein absolutes Muss für jeden Haushalt. (KS)

Ins Leben verrückt

Das Atriumhaus als Pionier einer offenen Psychiatrie

Was brauchen Sie, wenn Sie in eine seelische Krise geraten? Die Antworten auf diese Frage können sicher vielfältig sein. Eine Einrichtung, die seit Jahren nicht nach den einfachen Erwidern auf schwierige Situationen sucht, ist das Atriumhaus in München. Für viele Akteurinnen und Akteure in der deutschsprachigen psychiatrischen Versorgungsszene gilt es als ein Ort, dessen Gütesiegel man selbst einmal erreichen will.

Dabei stellt sich natürlich die Frage, was die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Atriumhauses im Münchner Osten ausmacht. Da kommt man zuerst einmal auf die Grundhaltung, die seit der Gründung in der zweiten Hälfte der 1990er Jahre gelebt wird. Es ist eine konsequente sozialpsychiatrische Haltung, die das Modellprojekt auszeichnet. Es ist sicher die Orientierung an den Bedürfnissen und den Bedarfen betroffener Menschen.

Dies zeigt beispielhaft das Nachdenken über die „Balance zwischen Nähe und Distanz“. Schleuning und Menzel beschreiben das Atriumhaus als einen „Behandlungsort mit einer besonderen, sehr individuellen Atmosphäre“ (S. 180). Weil die therapeutische Arbeit von dem Wunsch nach möglichst viel Normalität getragen sei, „kommt man sich unweigerlich sehr nahe“ (S. 180). Und trotzdem: „... und jederzeit gilt es darauf zu achten, dem Menschen in der Krise nicht zu nahe zu treten, seinen „Eigensinn“ zu achten, ihm den Kontakt nicht aufzudrängen“ (S. 180).

Das Buch „Ins Leben verrückt“ kommt sympathisch bei der Leserin und dem Leser an. Denn die kreative Gestaltung des Buchs spiegelt sicher den Alltag im Atriumhaus ab. Es gibt keine schablonenhaften Dokumentationen der inhaltlichen Grundsätze. Die Texte sind übersichtlich und inhaltlich komprimiert gehalten. Die unzähligen Fotos geben einen Eindruck von dem Miteinander von Helfenden und Hilfebedürftigen. Sie zeigen viel Atmosphäre und viel Wärme. Die abwechslungsreiche Gestaltung lässt für die Leserin und den Leser niemals Langeweile aufkommen.

Das Atriumhaus wird als ein Ort der Gastlichkeit dargestellt. Dies ist unbedingt gewollt. Dieser Anspruch sei nicht leicht einzulösen, bedeute er doch für die Mitarbeitenden, „den Neuankömmling primär nicht als Objekt unseres professionellen Könnens wahrzunehmen, zu beschreiben, zu beurteilen, sondern eben als Gast“ (S. 162). Betrete man das Atriumhaus, „findet man sich in einem Mikrokosmos sozialer Begegnungen und Ereignisse wieder“ (S. 162).

Das Atriumhaus sieht den eigenen Auftrag in der Krisenintervention bei seelischen Notlagen. Mit einem vielfältigen Angebot werden die Mitarbeitenden dieser Aufgabe



Autorinnen: Gabriele Schleuning, Susanne Menzel

Sprache: Deutsch

Verlag: Psychiatrie-Verlag

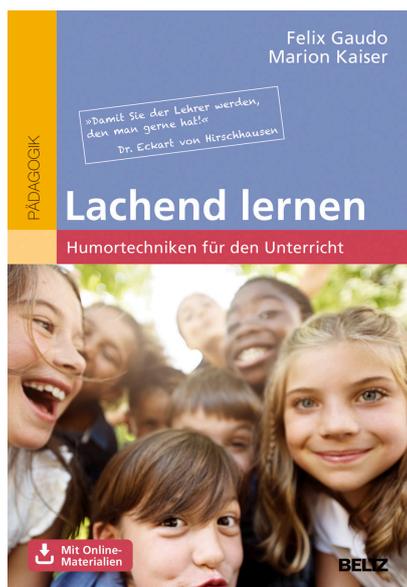
Seitenumfang: 223 Seiten

ISBN: 978-3-88414-696-5

gerecht. Sie leisten stationär, teilstationär und vor allem aufsuchend Hilfe. Dies machen viele Akteurinnen und Akteure in der psychiatrischen Versorgung. Doch unterscheidet die Mitarbeitenden in München sicher die Fokussierung auf den Begriff der Krisenintervention, der Klarheit schafft.

Es gehe unter anderem darum, „miteinander die wichtigsten und dringendsten veränderungsbedürftigen Aspekte der Krise herauszufinden“ (S. 111). Inmitten der eigenen Hilflosigkeit und Orientierungslosigkeit könne ein solcher Fokus helfen, erste Bezugspunkte wiederzufinden und dadurch ein Gefühl für die Endlichkeit und Bewältigbarkeit der Krise zu entwickeln (S. 111).

Irgendwie ist das Buch „Ins Leben verrückt“ ein Lichtblick inmitten einer Fülle von Veröffentlichungen, die evidenzbasiert und sachorientiert daherkommen. (CM)



AutorInnen: Felix Gaudo / Marion Kaiser

Sprache: Deutsch

Verlag: Beltz-Verlag

Seitenumfang: 183 Seiten

ISBN: 978-3-407-63017-9

Lachend lernen

Humortechniken für den Unterricht

Kurzbeschreibung

Erinnern Sie sich an eine Lehrerin oder einen Lehrer aus der Schulzeit, die oder der sie mit einem feinsinnigen Humor beeindruckt hat? Sind Sie gerne zu einem Unterricht gegangen, weil die Schulstunde einen gewissen Unterhaltungswert hatte? Fragen dieser Art sind schwerlich mit einem Ja zu beantworten. Schließlich haben die meisten die Schulen als ernste bis lustfeindliche Bildungseinrichtungen erlebt.

Die Lehrerin Marion Kaiser und der Komiker Felix Gaudo wollen, dass diese Zeiten vorbei sind. Einer Atmosphäre von Leistungsdruck und Niedergeschlagenheit wollen die beiden Freude und Begeisterungsfähigkeit entgegensetzen. Damit dies gelingen kann, erzählen Kaiser und Gaudo viele Geschichten, die sie selbst erlebt haben oder die ihnen Menschen aus der persönlichen Umgebung erzählt haben.

Sähen Bildungseinrichtungen aus, wie es Kaiser und Gaudo skizzieren, so gäbe es keine morgendliche Antriebs- und Lustlosigkeit, wenn der Aufbruch der Kinder und Jugendlichen in die Schule ansteht. Natürlich gelten die Grundideen Kaisers und Gaudos in gleicher Weise für die Hochschulen und die Erwachsenenbildung an sich. Im Humor sehen sie einen Lernbeschleuniger. Was Schülerinnen und Schüler lernten, liege am Pädagogen, stellen sie fest (S. 14).

Gerade Lehrerinnen und Lehrer werden eine Abwehrhaltung zeigen, wenn sie das Buch Gaudos und Kaisers in die Hand bekommen. Es sei nicht ihre Sache, werden sie rationalisieren. Gaudo und Kaiser rechnen mit Reaktionen dieser Art. Deshalb schreiben sie: „Humor funktioniert nicht auf Knopfdruck. Es bedarf der Übung. Doch schon mit wenigen gezielten Einsätzen erreicht man eine hohe Wirkung“ (S. 14).

Zu einem humorvollen Unterrichten gehören nach der Ansicht der Autoren Humorroutinen. Dies liest sich befremdlich. Doch geben gerade Humorroutinen die Gelegenheit, eine gemeinsame Geschichte von Lehrenden und Unterrichteten zu schreiben. Beispielhaft nennen sie das Erzählen eines Witzes des Tages, eines Humormottos der Woche oder auch einen Lachkasten. Entgegen des Charakters eines Kummerkastens soll der Lachkasten den Blick auf das Positive wenden.

Wenn es um Humortechniken geht, so tauchen Begriffe auf, die aus anderen Bereichen humorvoller Interventionen bekannt sind. Gaudo und Kaiser brechen sie inhaltlich auf den Gestaltungsraum Schule herunter. Sie geben auch Impulse, wie Konflikte unter Schülerinnen und Schülern humorvoll entschärft und aggressive Schüler mit Humor überrascht werden können.

Gaudo und Kaiser nehmen auch das Scheitern humorvoller Interventionen in den Blick. Für diesen Fall sei es unverzichtbar, eine eigene innere Haltung und die Fähigkeit zum Entschuldigen zu haben. Sie betonen: „Nur wenn ich selbst Humor in meinem Leben wertschätze und auf die Suche danach gehe, wird der Humor auch meine Arbeit in der Schule prägen“ (S.69).

Mit dem Buch „Lachend lernen“ gelingt Gaudo und Kaiser nicht nur eine überzeugende Einladung zu einem humorvollen Unterrichten zu schreiben. Ihnen gelingt die Balance zwischen einem theoretischen Fundament und vielfältigen Praxis-Handreichungen. Schülerinnen und Schülern, Studierenden und Menschen in Fort- und Weiterbildungen ist viel Lachen und Optimismus zu wünschen. Kaiser und Gaudo haben einen Schritt in diese Richtung getan.

Kollegiale Beratung für Gesundheitsberufe

Ein Anleitungsprogramm

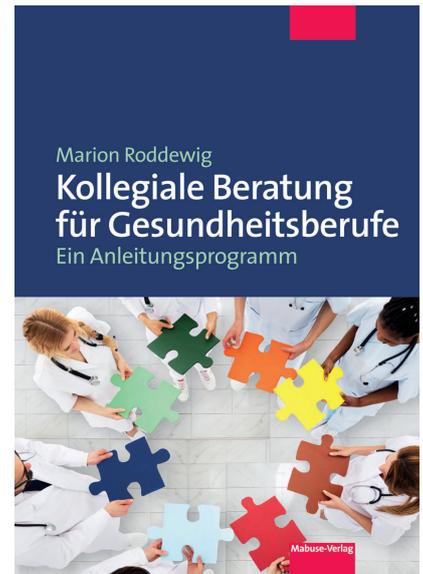
Professionell Pflegende stehen immer wieder vor vielen komplexen Aufgaben. Die Gratwanderung zwischen einer kompetenten Lösung anstehender Probleme und einer Überforderung fällt im beruflichen Alltag schwer. Ein Instrument, das den professionell Tätigen helfen kann, ist die kollegiale Beratung. Die Pflege-Dozentin Marion Roddewig sieht in der kollegialen Beratung einen Weg, „Handlungs- und Problemlösekompetenz zu entwickeln und die Widerstandsfähigkeit gegenüber Stress zu erhöhen“ (S. 9). Nicht nur dies, kollegiale Beratung könne auch bei der Begleitung von Veränderungsprozessen oder der Bewältigung neuer Aufgaben eine wertvolle Unterstützung sein.

In pflegerischen oder interprofessionellen Teams zu arbeiten bedeutet für viele professionell Tätige schon an sich einen unglaublichen Stress. Verletzlichkeiten Einzelner stehen genauso im Fokus wie das Streben Einzelner, Prozesse oder Situationen zu dominieren. Deshalb macht es Sinn, wie Roddewigs Buch auch zeigt, kollegiale Beratung nicht nur als Methode wertzuschätzen. Aus der humanistischen Psychologie kommend geht es gleichzeitig um gelebte Haltungen. So unterstreicht Roddewig die Wichtigkeit von Akzeptanz, Kongruenz und Empathie.

Beispiel Kongruenz – Roddewig definiert sie als „Einklang der eigenen Emotionen, dem Bewusstsein dieser Emotionen und der daraus resultierenden Kommunikation“ (S. 22). Als sie diesen Begriff der Echtheit in den Diskurs einbringt, geht Roddewig leider nicht in die Tiefe. Sonst könnte deutlich werden, dass gerade in einer kollegialen Beratung dies spürbar werde. Sich in einem solchen Setting eine Maske aufzuziehen, lohnt nicht. Genauso wenig macht es Sinn, nur aus Gründen der Anpassung Kompromisse bei einem Team-Geschehen einzugehen.

Diejenigen professionell Pflegenden, die die kollegiale Beratung in einer Einrichtung einführen wollen, haben mit Roddewigs Grundlagenbuch eine Hilfe. Sehr systematisch arbeitet sie den Implementierungsprozess durch. Als implementierende Verantwortliche oder implementierendes Team kann es wie eine Checkliste genutzt werden.

Dabei lässt Roddewig keine Kreativität vermissen. Die methodischen Zugänge erscheinen praktikabel. So wird bei der Methode „Rollenhut“ die eigene Rolle als Pfleger im Versorgungsbereich klar. Bekanntlich sind Rollen charakteristische Verhaltensweisen, die stark an die jeweilige Situation gebunden sind (S. 122). Im pflegerischen Alltag werden die Rollen unbewusst



Autorin: Marion Roddewig
Sprache: Deutsch
Verlag: Mabuse Verlag
Seitenumfang: 166 Seiten
ISBN: 978-3-86321-402-9

wahrgenommen. Die Methode „Rollenhut“ versetzt den professionell Pflegenden in die Lage, sich der Rollen bewusst zu werden. So können anschaulich auch Interrollenkonflikte deutlich werden, die im beruflichen Alltag gerne übergangen werden.

Roddewig betont, dass kollegiale Beratung grundsätzlich kein therapeutisches Geschehen sei (S. 25) sowie kein Allheilmittel für jedes Problem oder jede Lebenslage (S. 23). Es ist wichtig, um die Begrenzungen der kollegialen Beratung zu wissen. Denn dann können die Chancen dieser Methode noch signifikanter genutzt werden.

Der Wert des Roddewig-Buchs liegt in der Niederschwelligkeit. Die klare Struktur und die gute Verständlichkeit sind für diejenigen Kolleginnen und Kollegen eine Unterstützung, um die Skepsis und die Verunsicherung der kollegialen Beratung gegenüber für die Umsetzung in den Hintergrund zu drängen.



POSTGRADUATE
MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT WIEN
Intensivpflege

Start: September 2019
Jetzt anmelden bis 30. April!

Universitätslehrgang Intensivpflege

**Praxisorientiertes, evidenzbasiertes
Wissen für den Intensivbereich**

Zielgruppe sind Personen des gehobenen Dienstes aus der Gesundheits- und Krankenpflege, die im Intensivbereich tätig sind oder eine Tätigkeit in diesem Bereich anstreben.

Ihre Vorteile:

- Abschluss als Akademische/r Expertin/Experte für Intensivpflege in 2 Semestern
- Verknüpfung von Wissenschaft und Praxis
- Wissensvermittlung mit hochschuldidaktischen Methoden
- Weiterqualifizierung im Intensivbereich und Steigerung der Karrierechancen

Informationen und Anmeldung unter www.meduniwien.ac.at/ulg-intensivpflege

In Kooperation mit



**BARMHERZIGE BRÜDER
PFLEGEAKADEMIE WIEN**

“Ich möchte
das Gesundheits-
wesen in Zukunft
mitgestalten”

Katharina, Studierende

CHECK IN

www.fh-krems.ac.at

KREMSGENIAL GESUNDHEIT STUDIEREN

LEHRGANG

- Krankenhaushygiene

BACHELOR

- Betriebswirtschaft für das Gesundheitswesen
- Ergotherapie
- Gesundheits- und Krankenpflege
- Hebammen
- Musiktherapie
- Physiotherapie

MASTER

- Advanced Nursing Practice
- Angewandte Gesundheitswissenschaften
- Management von Gesundheitsunternehmen
- Musiktherapie

23. Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegekongress

5. – 7. Juni 2019
Congress Salzburg



Die Vielfalt der Pflege
Pflege 4.0



ÖGKV-FV

www.oegkv.at


GOURMET
CARE

 UNIQA


QUALITY OF LIFE SERVICES