LiG

# Lehren & Lernen im Gesundheitswesen

Die Fachzeitschrift für Theorie & Praxis

Ausgabe 1/2018

Heute studieren,
was morgen gefragt ist.

## PFLEGEWISSENSCHAFT

# Master.

Advanced Nursing Practice
Pflegepädagogik
Pflegemanagement

# Doktorat.

Informieren Sie sich zum
Forschungsraum von
Univ.-Prof. Dr. Christa Them
Univ.-Prof. Dr. Bernd Seeberger
Assoc.-Prof. Dr. Gerhard Müller
Assoc.-Prof. Dr. Eva Schulc
Priv.-Doz. Dr. Daniela Deufert

www.umit.at

UMIT
*the health & life sciences university*

## (HOCH-) SCHULDIDAKTIK

**05** **Die Entwicklung eines Methodenkataloges**
Sabrina Behrendt, B.A.
Prof. Dr. paed. Kerstin Ketelhut
Prof. Dr. phil. Matthias Drossel, B.A., M.ScN.

**15** **Selbstorganisiertes Lernen aus Sicht von Lehrenden in der Fort- und Weiterbildung im Bereich Pflege**
Frank Feick, M.A.
Sebastian Koch, B.A., M.Sc.

## PROJEKTE

**26** **Peer-Tutoring in der beruflichen Bildung**
Elke Cieslukowski, B.A.
Stephanie Wiens, B.A.

## BEST PRACTICE

**35** **Gesundheitsförderung an Pflegeschulen**
Dennis Krumpholz, B.Sc., M.A.
Prof. Dr. phil. Matthias Drossel, B.A., M.ScN.

## SCHULLEBEN & MANAGEMENT

**49** **Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung**
Prof. Dr. rer. soc. Hiltraut Paridon

**59** **Aktueller Qualifikationsstand der Lehrkräfte an Gesundheits- und Krankenpflegeschulen in Oberbayern**
Christian Frieß, B.A.
Sebastian Koch, B.A., M.Sc.

**69** **Aktueller Qualifikationsstand der Lehrkräfte an Gesundheits- und Krankenpflegeschulen in Sachsen-Anhalt**
Peggy Zacharias, B.A.
Sebastian Koch, B.A., M.Sc.

**79** **Gesundheitsförderung für Lehrkräfte an Schulen der Gesundheitsberufe**
Ina Güth, B.Sc., B.A.
Prof. Dr. phil. Matthias Drossel, B.A., M.ScN.



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

Herausgeber-Team:
Prof. Dr. phil. Matthias Drossel, B.A., MSc.
Markus Golla, BSc.
Sebastian Koch, B.A., MSc.
Prof. Dr. phil. Patrizia Raschper
Heiko Käding, Dipl. Pflegepädagoge

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

**Redaktion**
Pflege Professionell
Aspangweg 73
3433 Königstetten

**Lektorat**
Dr. Matthias Drossel, B.A., MScN

**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) 2018 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

7. / 8. März 2019
Wien
businesscircle.at/pflege

BUSINESS circle

Für Führungskräfte der Akut-, Langzeit- & mobilen Pflege

# Pflege-Management Forum 2019

**Pflegenotstand in Österreich -**

Leadership in digitalen Zeiten mit knappen Ressourcen

## Liebe Leserinnen, liebe Leser!

**Prof. Dr. phil. Matthias Drossel**

Das erste Vorwort einer Fachzeitschrift zu schreiben ist eine ganz besondere Ehre. Als 2017 die Idee entstand, ein ergänzendes Journal für den Bereich der Pädagogik im Gesundheitswesen zu etablieren, mussten wir nicht lange nach der Begründung suchen. Es gibt bereits etablierte, wie z. B. PADUA, Pädagogik im Gesundheitswesen, die wir, das Herausgeberteam, selbst lesen und sehr schätzen. Wir suchen jedoch ständig nach weiteren Möglichkeiten und Ergebnisse, die die Bildungsforschung liefert und die man zum Beispiel in Form von (Best) Practice in das tägliche Handeln integrieren kann. Wir verstehen uns also als Ergänzung in einem Fachzeitschriftenmarkt, der aus unserer Sicht weitere Journals vertragen kann.

Das Herausgeberteam war zum Gründungszeitpunkt schnell gefunden und sofort wurde in einer differenzierten Analyse festgelegt, welche Bereiche wir inhaltlich abdecken möchten. Mit unseren Bereichen der (Hoch-)Schulbildung, beruflichen Bildung und Praxisanleitung, Skills und Simulationen, aber auch des Schulmanagements und Schullebens, bieten wir ein breites Spektrum an, das unseres Erachtens für den Alltag eines Pädagogen im Gesundheitswesen relevant ist. Da alle Gesundheitsberufe didaktisch vor ähnlichen Herausforderungen stehen, schließen wir alle mit ein. Die Entscheidung mit einem Review und peer-review zu arbeiten, ist ein Versuch, Qualität von Anfang an anzubieten.

Ich finde die erste Ausgabe sehr gelungen und hoffe für die weiteren Ausgaben noch mehr Fachartikel zu erhalten. Die Zentrierung der Artikel auf das Herausgeberteam ist zukünftig nicht gewünscht. Senden Sie uns gerne Ihre Fachartikel und (best) Practice-Beispiele.

Dem Herausgeberteam danke ich sehr. Vor allem aber dem engagierten Redakteur Markus Golla.

Viel Spaß beim Lesen. Feedback ist gewünscht.

**Prof. Dr. phil. Matthias Drossel**

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

# Die Entwicklung eines Methodenkataloges

Eingereicht 14.Februar 2018
Genehmigt 15.Juli 2018

## Ein Instrument zur Steigerung der Gestaltungsvielfalt der Praxisanleitung in der Pflegeausbildung am Beispiel des Lernorts Krankenhaus

### Abstract

Die Gestaltung der Praxisanleitung in der Krankenpflegeausbildung ist besonders wichtig, um dem hohen Bedarf an gut ausgebildetem Fachpersonal und einer fundierten praktischen Berufsausbildung gerecht zu werden.

Anhand einer Literaturanalyse des deutschsprachigen Raums wird das Thema Methoden in der Praxisanleitung erarbeitet und ein Methodenkatalog erstellt.

Es gibt zahlreiche Methoden zur Gestaltung der Praxisanleitung. Dabei fehlt es jedoch an Literatur, in der Methoden vollständig als Übersicht aufgeführt werden. Die innerhalb der Recherche gefundenen Methoden werden entsprechend ihrer Ähnlichkeit und möglicher Zuordnung vorgestellt.

Nach einer Bewertung der Methoden erfolgt die Auswertung und Begründung für die Aufnahme in den Methodenkatalog, der sich im Anhang der Arbeit befindet. Einige Methoden scheinen sich besonders für eine qualitativ hochwertige Praxisanleitung zu eignen, darunter fallen die Fallarbeit, Pflegevisiten, Lernen mit Problemlösung und das Modeling mit Metalog. Es besteht weiterer Forschungsbedarf zum Thema der Häufigkeitsanwendung und der Effektivität der Methoden, die zur Praxisanleitung verwendet werden.

**Schlüsselwörter**
Methodenkatalog, Praxisanleitung, Gesundheits- und Krankenpflege

### Abstract

The organization of the mentorship as a part of the nursing apprenticeship is important to maintain the high standards of future professionals.

The topic methods in apprenticeship will be elaborated based on literature research in the German-speaking area and summarized in a method register.

Although there are numerous methods of mentoring still no all-embracing register of methods exists. The researched methods are categorized and presented by their similarity and correlation to each other.

The evaluation of the methods is followed by a decision about the inclusion of each of these methods to the method register, which is part of the appendix. Some of the methods seem to be particularly suitable for a high-grade nursing mentorship, for example working with cases, nursing ward rounds, learning by problem-solving and Modeling with Metalog. Further research on frequency of method application and efficiency is advised.

**Keywords**
method register, mentorship, nursing practice

## Einleitung

Die Praxisanleitung ist neben der schulischen Praxisbegleitung ein außerordentlich wichtiger Baustein zur Kompetenzentwicklung, Persönlichkeitsreifung und dem Erreichen der Berufsfähigkeit der Lernenden innerhalb der praktischen Ausbildung zu Gesundheits- und Krankenpflegern (Dielmann, 2013, S.191). Die Auszubildenden werden durch gezielte Praxisanleitung befähigt, ihr theoretisches Wissen und in der Pflegepraxis Erlebtes ernst zu nehmen, situationsgeleiteten Wissenstransfer durchzuführen und ihr Handeln aufgrund ihres Wissens zu begründen (Schulze-Kruschke, Paschko & Walter, 2011, S.13). Durch Praxisanleitung soll der Schüler schrittweise an die eigenständige Wahrnehmung der beruflichen Aufgaben herangeführt werden (Ausbildungs- und Prüfungsverordnung, 2003, S.2). Sie findet systematisch zwischen einer entsprechend qualifizierten Pflegekraft und einem Auszubildenden innerhalb der Praxiseinrichtung im jeweiligen Arbeitsfeld statt (Josuks, 2002, S.14). Es soll jeweils eine Lernsituation geschaffen und Zeit für angeleitete Lernphasen eingeräumt werden, „ […] die der Vertiefung und praktischen Umsetzung erworbener theoretischer Kenntnisse gewidmet ist“ (Dielmann, 2013, S.191). In den Einrichtungen der praktischen Ausbildung wird die Praxisanleitung nach § 4 Abs. 5 Satz 3 des Krankenpflegegesetzes (KrPflG) durch dafür geeignete Fachkräfte sichergestellt. Nach § 2 Abs. 2 Satz 3 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (KrPflAPrV) ist ein angemessenes Verhältnis der Anzahl von Schülern zu Praxisanleiter sicherzustellen, eine genauere Bemessung wird jedoch nicht vorgenommen. Praxisanleitung kann auf verschiedene Weisen gestaltet werden. Praxisanleiter arbeiten entweder freigestellt als zentrale Praxisanleiter, stationsübergreifend oder weiterhin im Stationsdienst eingebunden (Bohrer, 2014, S.101). Bisher liegt wenig Literatur mit einer berufspädagogischen methodisch-didaktischen Auseinandersetzung zu betrieblichen Ausbildung in der Pflege vor. Der Vorgang des Lernens in der Praxis sollte jedoch gründlich betrachtet werden (Mamerow, 2016, S.110). Aus diesem Anspruch heraus ergibt sich das Interesse, ein Instrument zur Unterstützung für Praxisanleiter und zur Übersicht über vorhandene Methoden im Anleitungsalltag zu kreieren, um bereits bekannte Methoden zur Praxisanleitungsgestaltung prägnant darzustellen und schnell zugreifbar zu machen.

## Problemstellung und aktueller Forschungsstand

Um Auszubildende in der Gesundheits- und Krankenpflege ideal für ihre spätere Berufsausübung vorzubereiten, wird eine strukturierte Anleitung benötigt. Es gibt zahlreiche Befragungen zum Thema Praxisanleitung, z. B. zur Situation der Praxisanleitung in Baden-Württemberg. 33 Prozent der 220 befragten Praxisanleiter gaben an, die Landesvorgaben von 25 Anleitungsstunden je Halbjahr und Auszubildendem zu erfüllen, 25 Prozent gaben an, dass keine Planung der Praxisanleitung stattfindet (Landespflegerat Baden-Württemberg, 2014, S.16). Laut 34,5 Prozent der befragten Praxisanleitern erfolgen die Vorbereitungen für Praxisanleitung in der Freizeit (ebd. S.14) und damit unbezahlt. Begründet werden die Angaben mit chronischer personeller Unterbesetzung der Pflegekräfte, fehlender Freistellung für die Praxisanleitung, mangelnder Planung und nicht ausreichender

**Sabrina Behrendt, B.A.**
Medizinpädagogin B.A., Praxisanleiterin, Ges.-und Krankenpflegerin, Lehrerin an der Bamberger Akademien für Gesundheits- und Pfleberufe

**Prof. Dr. paed. Kerstin Ketelhut**
Professorin für Gesundheitspädagogik

Professur an der Medical School Berlin Fachbereich Medizinpädagogik

**Prof. Dr. phil. Matthias Drossel, B.A., M.ScN.**
Gesundheits- und Krankenpfleger, Medizinpädagoge, Pflegewissenschaftler, Gesamtschulleitung Berufsfachschulen Bamberger Akademien für Gesundheits- und Pflegeberufe, Professur an der SRH Hochschule für Gesundheit Gera

Zahl von Praxisanleitern (ebd. S.15). Die Arbeitsgruppen Junge Pflege im Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe (2014, S.1) und eine bundesweite Umfrage von ver.di bestätigt dies (Arbeitsgruppen Junge Pflege im Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe / DBfK, 2014, S.1; ver.di, 2012, S. 29). Gerade die Strukturierung und Schaffung einer lernförderlichen und kompetenzorientierten Anleitungssituation trägt jedoch wesentlich zur Entwicklung der Auszubildenden zu professionellen und eigenverantwortlichen Pflegekräften bei. Die reflektierte und kommunizierte Arbeitserfahrung, die innerhalb einer gezielten Anleitung gesammelt werden kann, ist Kernstück der Berufsausbildung (Schulze-Kruschke, Paschko & Walter, 2011, S.12).
Eine Studie der Fachhochschule Bielefeld und des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung zur Altenpflegeausbildung ergab, dass die Anleitungszeit nur bei 8,48 Stunden im Monat liegt (Demal et al., 2013, S.196).

Ein Mangel an qualifiziertem Pflegepersonal und ein hohes Arbeitspensum wirken sich negativ auf Anleitungssituationen aus (Mensdorf, 2014, S.85). Pflegepersonen müssen zunehmend mehr Verantwortung übernehmen und haben wenig zeitliche Spielräume (ebd.), was eine gezielte Anleitung zusätzlich erschwert.

Nach dem Sonderdruck ‚Pflege neu denken' der Robert Bosch Stiftung zur Zukunft der Pflegeausbildung ist „[…] die Qualität der praktischen Ausbildung […] in erheblichem Maße beeinflussbar durch Ideenreichtum, optimale Ausnutzung vorhandener Möglichkeiten, klare Zielvorgabe und transparenter Organisation" (Robert Boch Stiftung, 2001, S.74). Das berufliche Bildungssystem steht vor der Herausforderung, sich flexibel und innovativ den wachsenden Herausforderungen des Beschäftigungssystems zu stellen. Um dies zu erreichen, muss bereits während der Berufsausbildung eine gezielte Kompetenzförderung stattfinden (Dietze, 2011, S.133). Dies deutet eine Forderung nach einer Optimierung der Lehr- und Lernprozesse an, hin zu mehr Persönlichkeitsförderung und mehr Kreativität und Flexibilität in der beruflichen Ausbildung (ebd. S.144f). Das sollte sich nicht nur in der theoretischen, sondern auch in der praktischen Berufsausbildung etablieren, um den in § 3 bezüglich des Ausbildungsziels geforderten Kompetenzen aus dem Krankenpflegegesetz (KrPflG) von 2003 oder dem Entwurf zum Pflegeberufsgesetz (PflBG) von 2016 gerecht zu werden. Aus diesem Stimmungsbild heraus ergibt sich das Anliegen, ein Instrument für die methodische Gestaltung der Praxisanleitung zu gestalten und einen Überblick über die mögliche Methodenvielfalt zu geben. Im Folgenden werden die Rahmenbedingungen für die Durchführung von Praxisanleitung dargestellt und die wesentlichen, für die Erstellung dieser Arbeit relevanten Begriffe erläutert.

## Methode

Als Methode wurde eine teilsystematisierte Literaturrecherche gewählt. Dabei steht im Vordergrund, ein Resümee zum aktuellen Forschungsstand des Themas Methoden der Praxisanleitung zu verfassen. Zur Recherche wird Literatur aus dem deutschsprachigen Raum in die Erstellung des Kataloges einbezogen, da die Organisation der internationalen Pflegeausbildung im Vergleich zum deutschen System sehr unterschiedlich aufgebaut und daher nicht vergleichbar ist. Anhand verschiedener Suchstrings, die mit den Bool´schen Connectoren kombiniert wurden, wurde in verschiedenen Datenbanken recherchiert. Auch eine Handsuche in Fachzeitschriften und Fachbüchern wurde durchgeführt. Die Literaturverzeichnisse der recherchierten Artikel und Bücher führten zu weiteren wichtigen Literaturquellen. Die Verwaltung und Organisation der gefundenen Literatur erfolgt mit dem frei zugänglichen Programm citavi 5. Ein ausführliches Rechercheprotokoll wurde angefertigt.

## Ziel und Forschungsfrage

Mithilfe der gefundenen Ergebnisse soll eine Übersicht über die bekannten Methoden entstehen, um am Ende einen Methodenkatalog zusammenstellen zu können. Dieser soll dann als verständliches Hilfsmittel und Ideengeber für Anleiter in der Gesundheits- und Krankenpflege dienen. Der Katalog soll als unterstützendes Instrument der Gestaltung einer Anleitung dienen und damit eine Sammlung an Hilfsmitteln bzw. Werkzeugen darstellen, um das Lernen für die anzuleitenden Auszubildenden zu strukturieren und eine Lerninfrastruktur am Arbeitsplatz sicherzustellen (Schulze-Kruschke, Paschko & Walter, 2011, S.101). Damit soll eine geplante Anleitung auch unter schwierigen Umständen erleichtert werden, Orientierung gegeben (ebd.) und mehr Abwechslung in die zur Durchführung verwendeten Methoden gebracht werden. Daraus leitet sich die Forschungsfrage ab:

**Welche Methoden kommen im Rahmen der Gestaltung der Praxisanleitung in der Gesundheits- und Krankenpflege zur Anwendung?**

## Ergebnisse der Literaturrecherche

Die Ergebnisse zu den Methoden in der Praxisanleitung werden als Übersicht aufgeführt. Eine ausführliche Beschreibung liegt im Methodenkatalog vor. Dieser kann unter https://ba-afg.de/krankenpflege/krankenpflege-ausbildung/methodenkatalog-praxisanleitung kostenfrei heruntergeladen werden.

Methodenübersicht:

- Differenzierte Anleitungssituation
- Lernen am Modell als Grundlage der Vier-Stufen-Methode
- Arbeiten mit Fällen
- Pflegevisite
- Das Modell der vollständigen Handlung als Grundlage für weitere Anleitungsmethoden
- Lernimpuls
- Lernaufgaben
- Lernen mit Problemlösung
- Leittextmethode
- Pflegequiz
- Cognitive-Apprenticeship als Grundlage des Modeling mit Metalog
- Übergabeauftrag mit Rollentausch
- Einzeldemonstration
- Gruppenanleitungen
- Projektmethode mit Beispiel Lehrstation

## Bewertung der Ergebnisse

In der nachfolgenden Bewertung der Ergebnisse wird begründet, ob eine Aufnahme der jeweiligen Methode in den Methodenkatalog erfolgte oder nicht, und auf Zusammenfassungen von mehreren Methoden unter einer Überschrift verwiesen.

Die Teilschritte des Anleitungsablaufes einer differenzierten Anleitungssituation können und müssen je nach Zielsetzung der Anleitung, Konzept der Schule, den Rahmenbedingungen und dem Ausbildungsstand des Schülers angepasst und ausgestaltet werden (Schewior-Popp, 2014, S.173). Als zentral sieht Schewior-Popp die Zielsetzung der Anleitung, wobei die verschiedenen Zieldimensionen zum Tragen kommen sollen. Die Handlungs- und Sachlogik wird hier als das Kernstück der Handlung gesehen, um eine patientenorientierte, fachlich- reflektierte und sozial kompetente Pflege leisten zu können (ebd.). Denzel hat in ihrem Buch Praxisanleitung für Pflegeberufe den kompletten Strukturierungsleitfaden für eine differenzierte Anleitungssituation von Schewior-Popp übernommen und bestärkt damit deren Gültigkeit. Aus Zeitnot wird in der Praxis häufig Beobachtungslernen vom Schüler beim Praxisanleiter eingefordert, wobei dies nur zu nachhaltigem Lernen führt, wenn ein Beobachtungsauftrag dazu vorgegeben wird (Quernheim, 2013, S.50). Denzel beschreibt das Lernen am Modell als eine der wirksamsten Arten des Lernens an sich, da es prägend für das ganze Berufsleben sein kann (Denzel, 2007, S.65). Da einmal Gelerntes und Verstandenes langfristig gespeichert wird, wird das Lernen durch Einsicht als Folge von Beobachtungslernen und Lernen am Modell auch von Mensdorf als sinnvolle Lernform gesehen (Mensdorf, 2014, S.49). Auch Fichtmüller und Walter beschreiben das erlebte und beobachtete Pflegehandeln als wirksam und messen ihm eine hohe Bedeutung für den Pflegeprozess bei (Fichtmüller & Walter, 2010, S.110). Dabei stellt das Lernen am Modell für die berufliche Ausbildung eine elementare Grundlage dar, es wird jedoch nicht als alleinstehende Anleitungsmethode in den Methodenkatalog aufgenommen, da es sich hierbei vielmehr um eine Vorstufe und Grundlage für weitere Anleitungsmethoden wie einer differenzierten Anleitungssituation handelt.

Die Vier-Stufen-Methode stellt mit ihrem Ablauf eine Erweiterung zur differenzierten Anleitungssituation dar. Sie kommt jedoch schnell an ihre Grenzen, da sie nicht geeignet ist, die vielschichtigen Aspekte der Pflege wahrzunehmen, sondern vielmehr ausschließlich Handlungsabläufe trainiert (Mamerow, 2016, S.110). Damit leitet sie zum Nachmachen an, was für den Wissensstand am Beginn der Ausbildung zum manuellen Erlernen einzelner Tätigkeiten geeignet erscheint (Mensdorf, 2014, S.63). Daher wird die Vier-Stufen-Methode mit einem dementsprechenden Hinweis in den Methodenkatalog aufgenommen und die differenzierte Anleitungssituation zu deren Hintergrund als Hinführung mit angeführt. Das Lernen am Modell findet keine gesonderte Aufführung im Methodenkatalog, da es als übergeordnetes Lernmodell gesehen werden kann und keine strukturierte, kompetenzorientierte Anleitungsform darstellt.

Fallarbeit wird bisher mehr in den theoretischen Unterricht als in die praktische Anleitung eingebaut, ist aber auch für die Schulung der Handlungskompetenz innerhalb der Durchführung einer Praxisanleitung gut geeignet und soll daher mehr dazu genutzt werden. Dies beschreibt auch Hundenborn in ihren Ausführungen, in denen sie Steiner zitiert. Er empfindet es als wichtig, dass Praxisanleiter die Fallarbeit umsetzen und so die Reflexion des Pflegehandelns

bei Auszubildenden einüben und unterstützen (Hundenborn, 2007, S.211, zitiert Steiner, 1998).

Die Pflegevisite fördert die Zufriedenheit des Pflegebedürftigen und der Pflegefachkraft (Hellmann & Rößlein, 2012, S.7). Eine Nutzung zur Praxisanleitung in der Pflege erscheint daher als sinnvoll, um eine gelungene oder auch nicht gelungene Pflegesituation umfassend zu beleuchten. Der Auszubildende kann in die Ausführung einer Pflegevisite beispielsweise miteinbezogen werden, indem er unter Kontrolle durch den Anleiter die Durchführung moderiert oder eine beobachtende Rolle einnimmt, einen Auftrag dazu bearbeitet und dem Praxisanleiter seine Beobachtungen im Nachgespräch mitteilt. Durch dieses geplante Gespräch mit dem Pflegebedürftigen kann der Schüler lernen, diesen in seiner Individualität kennenzulernen, zu akzeptieren und zu verstehen (Mamerow, 2016, S.117). Pflegevisiten werden bisher kaum zur Gestaltung von Anleitungen genutzt, könnten aber der ganzheitlichen Betrachtung einer Patientensituation mit allen Facetten des Pflegeprozesses dienen und dem Schüler diesen sicht- und erlebbar machen.

Das Modell der vollständigen Handlung stellt eine Grundlage für verschiedene Anleitungsmethoden dar, denn es entspricht einem Durchlaufen der einzeln gesehenen Lernimpulse direkt hintereinander. Falk beschreibt das Modell als komplexe Lernaufgabe mit kompletter Handlungsabfolge, daher stellt es eine anspruchsvolle Aufgabe für einen Auszubildenden im dritten Lehrjahr dar (Falk, 2010, S.191). Im Methodenkatalog fließt das Modell der vollständigen Handlung als Hintergrund und Überbegriff für weitere Methoden ein.

Der Begriff Lernimpuls wird von Bohrer gleichbedeutend mit dem Begriff der Lernaufgabe verwendet (Bohrer, 2014, S.67). Die Ähnlichkeit der beiden Methoden lässt eine Verknüpfung zu und führt unter dem Begriff Lernaufgaben zum gemeinsamen Einfließen beider Methoden in den Methodenkatalog. Quernheim nimmt den Begriff Impulslernen als Überschrift für verschiedene Anleitungsmethoden (Quernheim, 2013, S.205). Darauf folgen in seinen Ausführungen die Formen weiterer, unterschiedlicher Anleitungsmethoden. Die Verwendung des Begriffs Impulslernen als Überschrift spricht für eine fehlende Eindeutigkeit des Begriffs.

Die Lernaufgaben können eine Verbindung zwischen schulischem und praktischem Lernen und damit zwischen Wissensvermittlung und Können herstellen (Kooperationsverbund niedersächsischer Krankenpflegeschulen, 2010, S.71). Praxisanleiter sollen Lernaufgaben nicht nur kennen, sondern die Auszubildenden bei der Bearbeitung auch begleiten und unterstützen (Mamerow, 2016, S.119).

Das Wochenthema beschäftigt sich im Grunde mit einer Lernaufgabe, die über mehrere Tage hinweg bestehen bleibt und dem Schüler damit einen festgelegten Zeitraum zur Bearbeitung gibt. Daher wird das Wochenthema im Methodenkatalog unter der Überschrift der Lernaufgaben mit angeführt.

Das problembasierte Lernen hat den Nachteil, dass es einen Zeitaufwand zwischen zwei und sechs Stunden benötigt, um sinnvoll bearbeitet werden zu können. Der Praxisanleiter muss dabei jedoch nicht kontinuierlich anwesend sein (Schmal, 2014, S.161). Die vermehrte Weiterbildung von Praxisanleitern in Methoden wie dem problemorientierten Lernen wird von Quernheim und Keller gefordert (Quernheim & Keller, 2013, S.295). Generell sind die Leittextmethode, das Impulslernen und die Arbeit mit Problemorientierung als Methoden des selbst gesteuerten Lernens als effizient zu bewerten, da der Schüler durch die Selbstverantwortlichkeit einen großen Einfluss auf seinen eigenen Lernerfolg hat (Mensdorf, 2014, S.68ff).

Die Anleitungsform der Handlungsliste, auch Handlungsbewertungsliste genannt, wirkt simpel und im Grundsatz ähnlich dem Impulslernen als Form der Lernaufgaben, welches jedoch viel ausführlicher erscheint. Daher, und weil sich für die Arbeit von Praxisanleitern mit Handlungslisten keine weitere Literatur finden lässt, werden die Handlungslisten innerhalb des Methodenkatalogs nicht aufgeführt.

Die Leittextmethode wird in Zusammenarbeit von Schule und Ausbildungsort erarbeitet und herausgegeben (Falk, 2010, S.200) und beschränkt sich dadurch stark auf den theoretischen Bereich (Mamerow, 2016, S.114), ähnlich wie die Lernaufgaben. Dem Leittext geht immer eine Arbeitsaufgabe voraus und in der Durchführung schließen sich im Groben die einzelnen Schritte der vollständigen Handlung an. Die Leittextmethode findet sich im Methodenkatalog wieder, es wird jedoch auf die wichtige Abstimmung und Zusammenarbeit von Schule

und praktischem Ausbildungsort verwiesen.

Das Pflegequiz stellt eine willkommene Abwechslung und eine spielerische Variante einer Anleitungssituation dar und eignet sich gut, um den Schüler pflegerische und medizinische Zusammenhänge eigenständig herausfinden zu lassen (Quernheim, 2013, S.214). Das Detektivspielen kann je nach Vorliebe des Auszubildenden als Ansporn im Lernprozess dienen und wird in den Katalog aufgenommen.

Bei genauerer Betrachtung des Cognitive-Apprenticeship ergibt sich eine erhebliche Ähnlichkeit zum Lernen am Modell (Schewior-Popp, 2014, S.171). Dies begründet sich durch die inhaltliche und methodische Nähe und dem gleichen zu Grunde liegenden Problem, der Verknüpfung von kognitiven, praktischen und affektiven Lernleistungen (ebd.). Durch das Modeling mit Metalog wird die Methode greifbar und kann ohne große Vorbereitung und auch unter Zeitdruck angewendet werden, wenn der Lernende einmal mit der Methode vertraut gemacht wurde. Im Prinzip funktioniert das laute Denken ebenso, welches im Katalog neben dem Modeling mit Metalog kurz angesprochen wird.

Der Übergabeauftrag mit Rollentausch ist bei Schülern sehr beliebt und wird von ihnen häufig als Highlight des Einsatzes gesehen (Quernheim, 2013, S.215f). Die Erfahrung der Verantwortung und das Erleben der Fülle an Aufgaben, die in der Bereichspflege für die ausgebildete Krankenpflegefachkraft anfallen, erschließen sich dem Lernenden sehr gut durch diese Form der Anleitung (ebd.). Aus diesen Gründen wird der Übergabeauftrag in den Methodenkatalog eingegliedert.

Denzel sieht die Vorteile der Einzeldemonstration in der individuellen Planung der Anleitungssituation, durch welche Störungen von außen durch Absprachen vermieden und ein für alle Beteiligten passender Zeitpunkt gewählt werden kann. Auch kann bei wiederholter Durchführung einer Anleitungssituation die Vorbereitung und Durchführung zunehmend an den Schüler übertragen werden (Denzel, 2007, S.93). Somit findet auch die Einzeldemonstration ihre Beachtung im Methodenkatalog.

Ein Nachteil der zeitgleichen Anleitung von mehreren Auszubildenden wie bei der Gruppenanleitung ist, dass die betreffenden Schüler zum gleichen Zeitpunkt für die Station im normalen Arbeitsalltag abwesend sind. Dieser Nachteil kann jedoch durch eine gute und vorausschauende zeitliche Planung ausgeglichen werden (Bohrer, 2014, S.140). Da Gruppenanleitungen in ihrem zeitlichen und organisatorischen Ausmaß sehr variabel eingesetzt werden können und die Gruppenmitglieder voneinander profitieren können, stellen sie eine attraktive Methode zur Anleitung dar und werden in den Katalog mit aufgenommen.

Eine Lehrstation beschreibt eine besondere Struktur unter den Anleitungsmethoden und benötigt ein hohes Maß an Zusammenarbeit von Verantwortlichen in Pflegeleitung und Verwaltung. Die dafür nötigen Umstrukturierungen, die Innovationsbereitschaft aller Beteiligten und die Teilhabe vom ärztlichen Dienst zeigen sich als große logistische Herausforderung und sind als interdisziplinäre Lernprojekte bisher mehr die Ausnahme als die Regel (Schewior-Popp, 2014, S.174). Ein einzelner Praxisanleiter kann dieses Beispiel einer Projektmethode nicht ohne Unterstützung umsetzen, sie wird aber dennoch in den vorliegenden Methodenkatalog mit einfließen, da es sich dabei um eine große Chance der Wissenserfahrung für die Lernenden handelt und eine fortgesetzte Etablierung dieser Methode erstrebenswert ist.

Die Qualität der innerhalb der Recherche gefundenen Literatur ist als unterschiedlich zu bewerten. Diese reicht vom kurzen, oberflächlicher gehaltenen und kleinformatigen Heft bis hin zum in dreistelliger Seitenzahl vorliegenden Nachschlagewerk. Generell auffällig bei der Literaturanalyse ist, dass der Stellenwert der methodischen Gestaltung der Praxisanleitung zu steigen scheint. Bei vielen der gefundenen Bücher gibt es ganze Abschnitte, die sich nur dem Thema der Methoden und Modelle der Anleitungsgestaltung widmen, so zum Beispiel bei Falk (2010), Schulze-Kruschke, Paschko & Walter (2011), Mayer et. al (2011), Quernheim (2013), Mensdorf (2014), Schewior-Popp (2014) und Bohrer (2014). Dies spricht für eine wünschenswerte Entwicklung hin zu mehr Aufmerksamkeit für die Ausgestaltung der Praxisanleitung, gerade bei aktuellen Veröffentlichungen beziehungsweise bei Neuauflagen bereits etablierter Fachbücher.

Das Handbuch Praxisanleitung, welches in der Reihe Pflegen lernen vom westermann-Verlag erschienen ist, beschäftigt sich neben den Rahmenbedingungen und der Organisation der Praxisanleitung auch im Besonderen mit der Methodenvielfalt, die zur Verfügung steht, um Anleitungen zu

gestalten. Darin wird mit Beispielen und Schritt-für-Schritt-Erläuterungen der Einsatz der einzelnen Methoden dargestellt (Mayer et. al., 2011, S.3). Die darin vorgestellten neun Methoden lassen sich aber durch die innerhalb der Recherche gefundenen Methoden erweitern und aktualisieren. Dies begründet sich in aktuelleren Literaturveröffentlichungen und der Verwendung von mehr Quellen als für das Handbuch Praxisanleitung verwendet wurden. In diesem Buch ist leider auch nicht nachvollziehbar, welcher der sechs Autoren welchen Teil des Buches verfasst hat und in welchem situativen Rahmen das Buch erstellt wurde, da die Autoren nur aufgezählt und nicht näher vorgestellt werden.
Mit den jeweiligen Büchern von Denzel (2007), Quernheim (2013), Bohrer (2014), Schewior-Popp (2014) und Mamerow (2016) liegen bereits besonders anwenderfreundliche und umfassende Werke für den Handlungsgebrauch von Praxisanleitern vor. Aus diesen fünf Büchern wurden viele der im Methodenkatalog vorkommenden Methoden entnommen. Auch Mensdorf (2014) zeigt eine anwenderfreundliche Gliederung und praxisrelevante Inhalte, wobei hier gerade zur Methodenvielfalt nur Grundlagen und keine Anwendungsbeispiele zu finden sind. Das subjektiv einfacher geschriebene, kleinformatige Buch von Schulze-Kruschke, Paschko und Walter (2011) eignet sich gut zum Mitführen in der Kitteltasche und damit als direktes Nachschlagewerk im Berufsalltag. Es gibt einen unterhaltsamen, aber dennoch fundierten Einblick in die Aufgaben und Belange des Praxisanleiters.

## Limitation und Fazit für die Praxis

Die gestellte Forschungsfrage, welche Methoden zur Gestaltung der Praxisanleitung innerhalb der Gesundheits- und Krankenpflege zur Anwendung kommen, konnte zufriedenstellend beantwortet und mit der strukturierten Darstellung innerhalb der Ergebnisse der Literaturrecherche erarbeitet werden. Jedoch wird in vielen Fachbüchern hauptsächlich auf die differenzierte Anleitungsmethode beziehungsweise die Vier-Stufen-Methode eingegangen, hier findet sich also kaum eine Vielfalt der Methoden. Innerhalb der in dieser Arbeit verwendeten Literatur finden sich unter verschiedenen Überschriften noch einige weitere Methoden, die nicht in die Ergebnisdarstellung mit aufgenommen wurden, da es sich hierbei um Methoden handelt, die sich besser für die methodische Gestaltung und Organisation schulischer Lernsituationen eignen. Darunter fallen die Methoden Skills-Lab, auch Skill-Training genannt, Rollenspiel bzw. Szenisches Spiel und die Lernwerkstatt. Auch der Tätigkeitskatalog und die Lernbegleitmappe wurde nicht weiter dargestellt, da es sich dabei um einen Nachweis der einzelnen erlernten Tätigkeiten handelt und nicht im direkten Sinne um eine Anleitung. Die hier aufgelisteten Methoden werden dennoch öfters in der Literatur im direkten Zusammenhang mit Praxisanleitungsmethoden genannt. Der Umfang der Arbeit hat hier eine Prioritätensetzung verlangt, es wäre jedoch eine weitere Prüfung vor der Weiterarbeit mit diesen Ergebnissen zu erwägen.

Die Lehrstation als Beispiel für eine Projektmethode wurde dagegen in die Ergebnisdarstellung zum Methodenkatalog aufgenommen, da es sich hierbei um eine direkte Anleitungsmethode handelt, auch wenn deren Organisation im Gegensatz zu anderen aufgeführten Methoden wesentlich aufwendiger und nur in Zusammenarbeit mit dem schulischen Träger der Ausbildung umsetzbar ist.

Im Bereich der Pädagogik besteht die vorhandene Literatur zum Großteil aus Buchveröffentlichungen und Publikationen in Zeitschriften. Diese können von jeder Person in Kooperation mit dem Lektor eines Verlags verfasst und veröffentlicht werden (Panfil, 2013, S.62). Dadurch ist die Qualitätsbeurteilung der gefundenen Literatur erschwert. Gleichzeitig ist die innerhalb der Recherche gefundene Literatur nicht vollständig beschaffbar, was an damit verbundenen hohen Kosten und teilweise nicht mehr verfügbaren Artikeln liegt. Daher kann nicht von einer Vollständigkeit der bekannten Methoden zur Praxisanleitung ausgegangen werden.

Der entstehende Methodenkatalog steht indessen als Hilfestellung zur Verfügung, um beispielsweise eine Grundlage für Praxisanleiter - Workshops zu bieten.

Eine Bewertung der einzelnen Methoden wird nur selten in der Literatur ersichtlich. Hier besteht weiterer Forschungsbedarf, der beispielsweise durch empirische Forschungsarbeit die Wirksamkeit der verschiedenen, vorgestellten Anleitungsmethoden wissenschaftlich belegen könnte. Ebenso lässt sich aus der gefundenen Literatur keine Häufigkeitsverteilung innerhalb der Anwendung der einzelnen Methoden herausfinden. Dies würde auch eine interessante und neue Forschungsfrage zur weiteren Bearbeitung darstellen.

Zusammenfassend lässt sich vermuten, dass mit dem vermehrten Einsatz der Methoden Fallarbeiten, Pflegevisiten, dem Lernen mit Problemlösungen und dem Modeling mit Metalog eine qualitativ hochwertige und kompetenzorientierte Praxisanleitung möglich ist und die Gestaltungsvielfalt der Praxisanleitung gesteigert werden kann. Auch die Projektmethode mit dem Beispiel der Umsetzung einer Lehrstation stellt eine Aufwertung der praktischen Ausbildungsqualität dar. Um der Frage jedoch zufriedenstellend nachzugehen, wird eine weiterführende, empirisch durchgeführte, wissenschaftliche Erarbeitung des Themas empfohlen.

## Literaturverzeichnis


Adl-Amini, B. (1993). Systematik der Unterrichtsmethode. In B. Adl-Amini, T. Schulze & E. Terhart (Hrsg.), Unterrichtsmethode in Theorie und Forschung. Bilanz und Perspektiven (S.82-110). Weinheim & Basel: Beltz.

Arbeitsgruppen Junge Pflege im Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK). (2014). Positionspapier zur Situation der Praxisanleitung in der Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflege. Berlin. Zugriff am 08.10.2016 unter https://www.dbfk.de/media/docs/download/DBfK-Positionen/Position-Situat-Praxisanleitung_2014-10-16.pdf.

Bohrer, A. (3. aktualisierte und erweitere Auflage 2014). Lernort Praxis. Kompetent begleiten und anleiten. Brake: Prodos Verlag.

Bröker-Brandt, S., Diendorf, S. (2011). Problemorientiertes Lernen in der Gesundheits- und Krankenpflege und in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege. In M. Bonse-Rohmann & H. Burchert (Hrsg.), Neue Bildungskonzepte für das Gesundheitswesen (S.149-174). Bonn: Bildungsinstitut für Berufsbildung.

Brühlmann, J. (2011). Modeling mit Metalog macht berufliches Wissen in der Praxis lebendig. Wissenstransfer in der Ausbildung, PADUA, 6 (1) 11-16.

Bundesministerium für Gesundheit, Bundeministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMG / BMFSFJ). (2016). Eckpunkte für eine Ausbildungs- und Prüfungsverordnung zum Entwurf des Pflegeberufsgesetzes (PflBG-E). Zugriff am 27.11.2016 unter http://www.pflegeausbildung-generalistisch.de/images/Eckpunkte_APrVO.pdf.

Bundesministerium für Justiz. (2003). Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV). Gesetze im Internet. Zugriff am 22.09.2016 unter https://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/krpflaprv_2004/gesamt.pdf.

Bundesministerium für Justiz. (2003). Krankenpflegegesetz (KrPflG). Gesetze im Internet. Zugriff am 22.09.2016 unter https://www.gesetze-im-internet.de/krpflg_2004/BJNR144210003.html.

Bundesregierung. (2016). Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Pflegeberufe – Pflegeberufereformgesetz (PflBRefG). Zugriff am 27.11.2016 unter http://www.pflegeausbildung-generalistisch.de/images/20160113_KabinettentwurfPflBG.pdf.

Demal, B., Knigge-Demal, B., Kluwe, S., & Schürmann, M. (2013). Evaluationsbericht zur Befragung der Schüler/-innen und Lehrenden sowie der Praxisanleiter/-innen in der Altenpflegeausbildung. Fachhochschule Bielefeld Fachbereich Wirtschaft und Gesundheit; Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (dip) e.V. Bericht aus Lehre und Forschung Nr. 31. Zugriff am 01.11.2016 unter http://www.fh-bielefeld.de/fb5/bereich-pflege-und-gesundheit/ueber uns/publikationen/evaluationsbericht-zur-befragung-der-schueler/-innen-und-lehrenden-sowie-der-praxisanleiter/-innen-in-der-altenpflegeausbildung.

Denzel, S. (3. überarbeitete Auflage 2007). Praxisanleitung für Pflegeberufe. Beim Lernen begleiten. Stuttgart New York: Thieme.

Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe (DBR). (2010). Pflegebildung offensiv. Handlungsleitende Perspektiven zur Gestaltung der beruflichen Qualifizierung in der Pflege. Berlin. Zugriff am 07.01.2017 unter http://bildungsrat-pflege.de/wp-content/uploads/2014/10/dbr_broschuere_perspektiven_web.pdf.

Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG). (1992). DKG-Positionspapier zu Einsatz, Qualifikation und Personalbedarfsermittlung von Mentoren für die Ausbildung in Krankenpflegeberufen. Das Krankenhaus, 12, 590-591.

Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG). (2006). DKG-Positionspapier zur Praxisanleitung und Praxisbegleitung auf der Grundlage des Krankenpflegegesetzes vom 16. Juli 2003. Zugriff am 01.11.2016 unter http://www.dkgev.de/pdf/1137.pdf.

Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG). (2015a). DKG-Empfehlung für die Weiterbildung zur Praxisanleitung vom 29.09.2015. Zugriff am 26.11.2016 unter http://www.dkgev.de/media/file/23631.DKG-Empfehlung_Praxisanleitung.pdf.

Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG). (2015b). DKG-AG Weiterbildung zur Praxisanleitung. Zugriff am 27.11.2016 unter http://www.dkgev.de/media/file/22132.01_PA_Anlage_I_Moduluebersicht_Module_ME.pdf.

Dielmann, G. (3. Auflage 2013). Krankenpflegegesetz und Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe der Krankenpflege. Text und Kommentar für die Praxis. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.

Dietze, K. (2011). Schlüsselkompetenzen in der beruflichen Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflege - Eine emipirische Analyse. In M. Bonse-Rohmann & H. Burchert (Hrsg.), Neue Bildungskonzepte für das Gesundheitswesen (S.133-147). Bonn: Bildungsinstitut für Berufsbildung.

Duden. (2016a). Online-Wörterbuch. Zugriff am 17.12.2016 unter http://www.duden.de/suchen/dudenonline/methode.

Duden. (2016b). Online-Wörterbuch. Zugriff am 17.12.2016 unter http://www.duden.de/suchen/dudenonline/methodik.

Duden. (2017). Online-Wörterbuch. Zugriff am 08.01.2017 unter http://www.duden.de/rechtschreibung/Instrument.

Döring, N., & Bortz, J. (5. Auflage 2016). Forschungsmethoden und Evaluation. Berlin

Heidelberg: Springer-Verlag.

Falk, J. (2010). Methoden selbst gesteuerten Lernens für Gesundheits- und Pflegeberufe - Lern und Arbeitsbuch zur Methodenkompetenz. Weinheim und München: Juventa.

Fichtmüller F. & Walter, A. (2010). Pflege gestalten lernen - pflegedidaktische Grundlagenforschung. In R. Ertl- Schmuck & F. Fichtmüller (Hrsg), Theorien und Modelle der Pflegedidaktik (S.91-123). Weinheim und München: Juventa.

Fichtmüller F. & Walter, A. (2007). Pflegen lernen. Göttingen: V&R Unipress.

Generalistische Pflegeausbildung - Bearbeiter. (2016). Meilensteine. Generalistische Pflegeausbildung. (Hrsg.), Zugriff am 27.11.2016 unter http://www.pflegeausbildung-generalistisch.de/index.php?title=Meilensteine&oldid=1302.

Hellmann, S., & Kundmüller, P. (2. aktualisierte Auflage 2006). Pflegevisite in Theorie und Praxis für die ambulante und stationäre Pflege. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.

Hellmann, S., & Rößlein, R. (3. aktualisierte Auflage 2012). Pflegevisite in Theorie und Praxis für die ambulante und stationäre Pflege. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.

Hundenborn, G. (2007). Fallorientierte Didaktik in der Pflege - Grundlagen und Beispiele für Ausbildung und Prüfung. München: Elsevier.

Josuks, H. (2002). Grundlegende Begriffe zur Praxisanleitung. In H. Josuks, G. Pech & F. Woecht (Hrsg), Praxisanleitung in der Intensiv- und Anästhesiepflege (S.14-18). Hannover: Schlütersche.

Kooperationsverbund niedersächsicher Krankenpflegeschulen. (Hrsg). (2010). Das Curriculum für den Lernstandort Praxis. Lern- und Arbeitsaufgaben als reflexionsfördernde Instrumente des Theorie-Praxis-Transfers. Frankfurth am Main: Mabuse-Verlag.

Landespflegerat Baden-Württemberg. (2014). Befragung zur Situation der Praxisanleitung in der Pflege in Baden Württemberg. Zugriff am 10.10.2016 unter http://www.lpr-bw.de/pdf/2014_3009_Praesentation_V14.pdf.

Mamerow, R. (5. Auflage 2016). Praxisanleitung in der Pflege. Berlin Heidelberg: Springer.

Mayer, M., Baader, K., Engel, S., Gindele, E., Jobst, R. & Schirmer, U. (2011). Pflege Lernen - Handbuch Praxisanleitung. Braunschweig: westermann.

Mensdorf, B. (5. Auflage 2014). Schüleranleitung in der Pflegepraxis. Hintergründe, Konzepte, Probleme, Lösungen. Stuttgart: Kohlhammer.

Meyer, H. (7. Auflage 2014). Leitfaden Unterrichtsvorbereitung. Berlin: Cornelsen.

Müller, K., Koeppe, A. (2008). In guten Händen. Handbuch für die praktische Pflegeausbildung. Berlin: Cornelsen.

Panfil, E.-M. (2. Auflage 2013). Publikationsarten richtig einschätzen. In E.-M. Panfil (Hrsg.), Wissenschaftliches Arbeiten in der Pflege (S.45-62). Bern: Huber.

Panka, C. (2014). Qualitätssicherung. Pflegebegleitung und Pflegevisite. Reihe Managementbibliothek. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.

Pätzold, G. & Lang, M. (3. Auflage 2005). Lernaufgabe. In W. Wittwer (Hrsg.), Methoden der Ausbildung – Didaktische Werkzeuge für Ausbilder (S.60-73). Konstanz: Verlag Dr.-Ing. Paul Christiani GmbH & Co. KG.

Quernheim, G. (4. Auflage 2013). Spielend anleiten und beraten. Hilfen zur praktischen Pflegeausbildung. München: Elsevier.

Quernheim, G. & Keller, C. (2013). Praxisanleitung. Zur Situation der praktischen Pflegeausbildung - Teil 1. PADUA, 8 (5). 291-295.

Robert Bosch Stiftung GmbH. (2001). Sonderdruck Pflege neu denken. Zur Zukunft der Pflegeausbildung. Stuttgart: Schattauer.

Rothgang, H., Müller, R. & Unger, R. (2012). „Themenreport Pflege 2030“. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.

Schewior-Popp, S. (2. aktualisierte Auflage 2014). Lernsituationen planen und gestalten. Handlungsorientierter Unterricht im Lernfeldkontext. Stuttgart und New York: Georg Thieme Verlag.

Schewior-Popp, S. (2011). Praktische Ausbildung - Eine Standortbestimmung. Berufliche Handlungskompetenz als übergeordnetes Ziel. PADUA, 6 (1), 6-10.

Schmal, J. (2014). Probleme konstruieren und lösen lassen. Die Methode der Problembasierten Praxisanleitung. PADUA, 9 (3), 159-162.

Schrems, B. (2013). Fallarbeit in der Pflege. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.

Schulze-Kruschke, C., Paschko, F., & Walter, A. (2011). Praxisanleitung in der Pflegeausbildung für die Aus-, Fort- und Weiterbildung. Berlin: Cornelsen Verlag.

Simon, W. (7. Auflage 2012). GABALs großer Methodenkoffer - Grundlagen der Kommunikation. Offenbach: GABAL.

Steffan, S. & Knoch, T. (2015). Anleitung im Erleben der Studierenden. PADUA, 10 (4), 263-269.

Steiner, E. (2004). Erkenntnisentwicklung durch Arbeiten am Fall. Ein Beitrag zur Theorie fallbezogenen Lehrens und Lernens in Professionsausbildungen mit besonderer Berücksichtigung des Semiotischen Pragmatismus von Charles Sanders Peirce. Zugriff am 22.12.2016 unter http://opac.nebis.ch/ediss/20050080.pdf.

Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di). (2012). Ausbildungsreport Pflegeberufe 2012. Berlin. Zugriff am 28.10.2016 unter https://www.verdi.de/++file.../download/pflegereport-2012final.pdf.

Verwaltungsgericht Berlin. (2011). Urteil vom 6. April 2011. Az. 3 K 3.10. Zugriff am 08.01.2017 unter https://openjur.de/u/284480.html.

Wittwer, W. (3. Auflage 2005). Einsatz von Methoden in der Ausbildung. In W. Wittwer (Hrsg.), Methoden der Ausbildung – Didaktische Werkzeuge für Ausbilder (S.11-25). Konstanz: Verlag Dr.-Ing. Paul Christiani GmbH & Co. KG.

# Unsere Ausbildungen für Health Professionals

**Start im Herbst 2018**
**Online-Studium**

## HEALTH INFORMATION MANAGEMENT

_ Attraktives Weiterbildungsangebot für Pflegefachpersonen

_ Brücken bauen zwischen Informatik und klinischer Anwendung

_ Online-basiert und berufsbegleitend Kompetenzen erwerben

_ Studieren in einer interdisziplinären Gruppe

_ In drei Semester zur Akademischen Expertin/zum Akademischen Experten

_ In fünf Semester zum Master-Abschluss (Master of Arts)

**Informationen und Anmeldung unter:** www.umit.at/him

**www.umit.at**

UMIT
*the health & life sciences university*

Eingereicht 14. Mai 2018
Genehmigt 31. Juli 2018

# Selbstorganisiertes Lernen aus Sicht von Lehrenden in der Fort- und Weiterbildung im Bereich Pflege

**Abstract**

Das Ziel ist es, zu untersuchen, welche Einstellungen und Erfahrungen Lehrende in der Fort- und Weiterbildung im Bereich Pflege in Bezug auf selbstorganisiertes Lernen haben und welche Methoden sie zur Lernbegleitung anwenden. In der Weiterbildungspraxis bleibt für Beratung selten Zeit und die Lehrenden haben darüber hinaus oft wenig Erfahrung in der Lernbegleitung oder nur wenig pädagogische Kenntnisse.

Im qualitativen Forschungsdesign wurden sieben Lehrende aus Bayern und Thüringen mit der Hilfe von halbstrukturierten, leitfadengestützten Interviews befragt. Die Datenanalyse erfolgte nach Mayring (2010) und in der strukturierten Inhaltsanalyse wurden Kategorien gebildet.

Alle Lehrenden haben eine positive Einstellung gegenüber selbstorganisiertem Lernen, jedoch beschreiben sie Schwierigkeiten und Herausforderungen wie z. B. fehlende Kompetenzen in der Umsetzung, Zeitmangel oder eine unzureichende materielle Ausstattung. Diskussion: Es besteht eine Diskrepanz zwischen der Einstellung und der Umsetzung aufgrund der Hindernisse.

Die Lehrenden benötigen Unterstützung bei der Umsetzung von selbstorganisiertem Lernen, z. B. durch den Erwerb einer besseren Methodenkompetenz oder die Verbesserung der institutionellen Rahmenbedingungen. Darüber hinaus müssen die Kompetenzen in einem Qualifikationsrahmen definiert werden.

**Schlüsselwörter**
Selbstorganisiertes Lernen – Lehrende – Fort- und Weiterbildung – Pflege – Einstellung – Lernbegleitung

**Abstract**

The aim of this paper is to investigate attitudes and experiences teachers have in continuing education in nursing compared to self-organized learning and the methods they use to support learning. In the everyday teaching experience in continuing education there often remains little time for individual mentoring and the teachers usually do not have much experience in learning support.

In the qualitative research design, seven teachers from Bavaria and Thuringia were interviewed. The interviews were semi-structured and based on a guide. The data analysis was carried out according to Mayring (2010) and categories were developed out from the structured content analysis.

All teachers have a positive attitude towards self-organized learning, but they describe obstacles, e.g. the lack of competence in its realization, the lack of time or material equipment.

There exists a discrepancy between the intention and the implementation due to the above mentioned obstacles. Conclusion: Teachers need support in implementing self-organized learning, e.g. better methodological competence or institutional frameworks and the competences must be defined in a qualification framework.

**Key words**
Self-organized Learning – Teachers – Continuing Education – Nursing – Attitude – Learning Support

Die Institutionen in der Erwachsenenbildung haben das Ziel, die Kompetenz im selbstorganisierten Lernen zu fördern und individuelle Lernprozesse flexibel zu unterstützen (Dietrich, 1999, S. 1). In der vierten Empfehlung der Kultusministerkonferenz zur Weiterbildung (2001) ist Qualität als eine Voraussetzung für die Akzeptanz und den Erfolg des Bildungsangebots genannt. Sie ist vor allem als Schutz für die Lernenden sowie als Gütenachweis für die Einrichtungen der Weiterbildung unverzichtbar (Kultusministerkonferenz, 2001, S. 15). Meist bezieht sich ein Qualitätssiegel von Institutionen in der Fort- und Weiterbildung ausschließlich auf die organisatorische Ebene, z. B. ISO, EFQW. Im Allgemeinen wird zwischen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität unterschieden (Hartz, 2011, S. 11). Im Lehr-Lernprozess sind die Lehrenden und die Lernenden die Haupakteure, wobei sich ihre Rollen im Rahmen des selbstorganisierten Lernens verändern. Lehrende haben die Aufgabe, die Selbststeuerung des Lernens in der neuen Lernkultur zu fördern und die Rolle des Lernbegleiters in der beruflichen Weiterbildung zu gestalten sowie die Lernenden zu aktivieren (Arnold, Gomez Tutor, & Kammerer, 2002, S. 35). In diesem Spannungsfeld zwischen Teilnehmerorientierung und Aktivierung der Lernenden im Rahmen von selbstorganisiertem Lernen bewegen sich auch die Lehrenden in der Fort- und Weiterbildung im Bereich der Pflege. Die Lernenden haben im Laufe ihrer Bildungsbiografie subjektive Lerntheorien entwickelt und bestimmte Erwartungen an eine Weiterbildung, die dem Konzept des selbstorganisierten Lernens widersprechen können (Siebert, 2009, S. 46). Diese Diskrepanz beschreibt auch Gudjons (2014), wobei er auf die Unterschiede zwischen den Lehrzielen der Lehrenden und den Handlungszielen der Lernenden eingeht, die Berührungspunkte haben können, aber nicht identisch sind (Gudjons, 2014, S. 151-152).

Im Gegensatz zur niedrigen Rate an qualifizierten pädagogischen Mitarbeitern in der Weiterbildung stehen die hohen Anforderungen an die Lehrenden und Lernenden. So lauten die Ziele der Weiterbildungen der DKG (2017), dass die Teilnehmenden lernen in komplexen beruflichen Situationen individuell zu handeln sowie ihre fachlichen, personalen, sozialen und methodischen Kompetenzen vertiefen und erweitern (Deutsche Krankenhausgesellschaft, 2015, S. 4). Um diese Ziele zu erreichen und die Teilnehmenden im Prozess des lebenslangen Lernens zu unterstützen, ist selbstorganisiertes Lernen aus konstruktivistischer Sicht in der Fort- und Weiterbildung unabdingbar (Siebert, 2009, S. 5).

## Selbstorganisiertes Lernen

In vielen Darstellungen werden die Begriffe selbstgesteuertes, selbstreguliertes und selbstorganisiertes Lernen als Synonyme verwendet und oft nicht explizit erklärt. Gemeint ist in allen drei Fällen die erhöhte Eigenaktivität des Lernenden im Lernprozess, sodass sich dieser eigene Lernziele setzt und erlernte Strategien und Techniken nutzt, um diese zu erreichen (Merkens, 2010, S. 158). Im weiteren Verlauf wird zum besseren Verständnis nur der Begriff „selbstorganisiertes Lernen“ (SOL) verwendet. Der amerikanische Andragoge Malcolm S. Knowles (1975) beschreibt selbstorganisiertes Lernen als Konzept und Prozess:

**Frank Feick, M.A.**
Frank Feick arbeitet an der REGIO-MED Akademie und ist dort im Bereich der Fort- und Weiterbildung tätig. Er arbeitete viele Jahre als Fachkrankenpfleger für Anästhesie und Intensivpflege und als Honorardozent in verschiedenen Bildungseinrichtungen des Gesundheitswesens. Er studierte Medizinpädagogik M.A. an der SRH Hochschule für Gesundheit Gera und ist dort seit 2016 als Lehrbeauftragter im Studiengang Medizinpädagogik B.A. tätig

**Sebastian Koch, B.A., M.Sc.**
Sebastian Koch ist als organisatorischer Studiengangsleiter im Bachelor- und Masterstudiengang Medizinpädagogik an der SRH Hochschule für Gesundheit in Gera tätig. Nach Qualifizierung zum staatlich geprüften Rettungsassistent graduierte Herr Koch an der SRH Hochschule für Gesundheit Gera zum Bachelor of Arts in Medizinpädagogik sowie an der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität in Halle-Wittenberg zum Master of Science in Gesundheits- und Pflegewissenschaften.

„In its broadest meaning ›self-directed learning‹ describes a process in which individuals take initiative, with or without the help of others, in diagnosing their learning needs, formulating learning goals, identification human and material resources for learning, choosing and implementing appropriate learning strategies, and evaluating learning outcomes“ (Knowles, 1975, S. 18).

In ähnlicher Weise geht Weinert davon aus (2001), dass selbstorganisiertes Lernen mit einem hohen Grad an Selbstständigkeit einhergeht und die Lehrenden als Moderatoren von Lerngruppen agieren (Weinert, 2001, S. 23). Selbstorganisiertes Lernen zeichnet sich im Vergleich zum lehrerzentrierten Lernen dadurch aus, dass primär die Lernenden mit einem hohen Grad an Autonomie ihren eigenen Lernprozess in Bezug auf Ziele, Methoden und Tempo steuern (Merkens, 2010, S. 155). Dietrich (2001) beschreibt die veränderten Aufgaben der Beteiligten im selbstorganisierten Lernprozess als eine Art Rollentausch. Die Festlegung der Lernziele, Methoden und des Inhalts erfolgt nicht durch den Lehrenden, sondern durch den Lernenden (Dietrich, 2001, S. 123).

Um einen Kompetenzzuwachs bei den Lernenden durch selbstorganisiertes Lernen zu ermöglichen, verlangt Bönsch (2009), dass Lernangebote (z. B. Lernstationen und Lernecken) bereitgestellt und Lernanforderungen klar definiert werden. Die Lernbegleitung mit Beratung und Hilfestellung durch den Lehrenden bildet daher einen wichtigen Baustein (Bönsch, 2009, S. 273). Das bedeutet auch, dass selbstorganisiertes Lernen aus konstruktivistischer Sicht nur

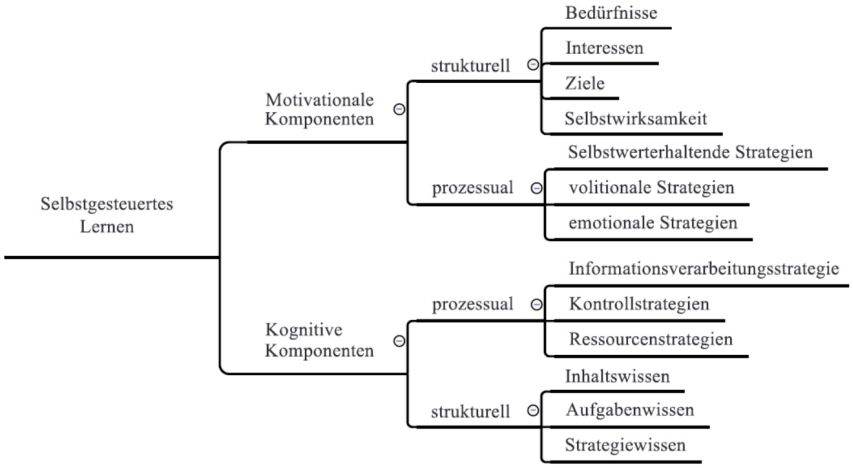



**Abbildung 1. Motivationale und kognitive Komponenten selbstorganisierten Lernens. (nach Mandl & Friedrich, 1997, S. 243)**

gelingen kann, wenn die Lernenden an vorhandenem Wissen und Anregungen anknüpfen können (Siebert, 2012, S. 126-127). Helmut Friedrich und Heinz Mandl (1997) haben ein Komponentenmodell des selbstorganisierten Lernens entwickelt (Abbildung 1) und unterscheiden darin motivationale und kognitive Komponenten (Mandl & Friedrich, 1997, S. 243).

Abbildung 1 stellt die genannten kognitiven und motivationalen Voraussetzungen für selbstorganisiertes Lernen dar. Strukturell meint in diesem Zusammenhang die Verhaltensdisposition der Lernenden, prozessual das Verhalten in konkreten Lernsituationen. Die Unterscheidung wird vorgenommen, da der Lernerfolg nicht nur von z. B. der Intelligenz abhängig ist, sondern auch von der aktuellen Lernsituation (ebd., S. 242-243). Die strukturellen motivationalen Komponenten sind z. B. Bedürfnisse aus der Selbstbestimmungstheorie, welche das Streben nach Autonomie und Kompetenz der Lernenden beschreibt. Jene Bedürfnisse bilden die Grundlage für die intrinsische Motivation. In diesem Zusammenhang kann der Lehrende durch die Gestaltung der Lernumgebung Einfluss nehmen. Zu den prozessualen motivationalen Komponenten werden Bewältigungsstrategien des Lernenden gezählt, durch die das Selbstkonzept und die Lernmotivation erhalten bleiben (ebd. S. 243-245). Bei den kognitiven Komponenten geht es in erster Linie um die mentale Auseinandersetzung mit dem Lerngegenstand. Die strukturellen kognitiven Komponenten bezeichnen das Wissen, welches für den Lernprozess notwendig ist, wie z. B. inhaltliches Vorwissen, um an ein Thema anzuknüpfen. Zu den prozessualen kognitiven Komponenten werden Lernstrategien gerechnet, die das Verstehen und Behalten von Lerninhalten beschreiben. Dies können Memotechniken zur besseren Aufnahme von Informationen, oder aber die Nutzung von sozialen Ressourcen sein, um durch die Unterstützung von anderen Personen den Lernerfolg zu ermöglichen. (ebd., S. 247-251).

Selbstorganisiertes Lernen und Selbsttätigkeit des Lerners sind Begriffe, die differenziert zu betrachten sind. Selbstorganisiertes Lernen umfasst nicht nur die Eigenaktivitäten des Lerners, sondern betrachtet den Lernprozess als Ganzes. Das Konzept fordert vom Lernenden nicht nur Aktion und Reaktion, sondern auch Re-

flexion und Kontrolle. Lernende müssen begleitet werden, wenn die Selbststeuerung des Lernens gefördert werden soll und gleichzeitig müssen sie lernen, ihre Motivation und kognitiven Leistungen zu bewerten und eventuell zu korrigieren. (Merkens, 2010, S. 151-152).

Trotz der hohen Relevanz und der Frage, wie man selbstorganisiertes Lernen in der beruflichen Weiterbildung realisieren kann, liegen nur wenige Forschungsbefunde zum Thema vor (Sembill, Wuttke, Egloffstein, & Rausch, 2007, S. 1). Auch wenn viele Vorteile in Bezug auf das selbstorganisierte Lernen genannt werden, beschreibt Faulstich (2002) die Skepsis von Dozenten, welche ihren bisherigen Lehrstil mit Lehrerzentrierung weiterführen wollen. Gleichzeitig besteht die Befürchtung, dass durch die Umsetzung von selbstorganisiertem Lernen versucht wird, Finanzen und Ressourcen zu streichen und letztendlich Lehrende und damit Kosten einzusparen. Allerdings zeigt sich, dass die pädagogischen Anforderungen an Lehrende steigen und deshalb keineswegs eine Kosteneinsparung angestrebt werden sollte (Faulstich, 2002, S. 91). Die Kultusministerkonferenz (2011) hat in Deutschland das selbstorganisierte Lernen im Rahmen der beruflichen Bildung als Handlungskompetenz definiert. Sie wird als die Bereitschaft und Befähigung des Einzelnen verstanden, sich in beruflichen, gesellschaftlichen und privaten Situationen sachgerecht durchdacht sowie individuell und sozial verantwortlich zu verhalten (Kultusministerkonferenz, 2011, S. 13-15). Dies bezieht sich in dieser Handreichung in erster Linie auf die berufliche Ausbildung, allerdings ist diese Definition auch auf die Fort- und Weiterbildung übertragbar.

**Lernbegleitung**

Die Rollenentwicklung des Lehrenden zeigt sich besonders in der Vielfalt der Bezeichnung. So werden gängige Formulierungen wie Dozent, Referent oder Trainer benutzt, aber auch neuere Etiketten wie Moderator, Facilitator, Coach oder Supporter sind gängig. Die Lernbegleitung entwickelt sich nicht nur in der Bezeichnung des Lehrenden weiter, sondern spiegelt sich auch in einem Perspektivwechsel (Faulstich, 2002, S. 92). Im Rahmen der Lernbegleitung und Teilnehmerorientierung ist eine Verständigung zwischen Lehrendem und Lernendem unabdingbar, um eine an der Lernbiographie ausgerichtete Partizipation der Teilnehmer zu ermöglichen. In diesem Zusammenhang hat für das selbstorganisierte Lernen die Lernbiografie eines jeden Lerners eine große Bedeutung, denn die Selbststeuerung des Lernens verläuft phasenweise mit unterschiedlichen Ausprägungen. Somit ist es wichtig, als Lehrender die biografische Situation eines Lernenden wahrzunehmen und als Ressource in der Lernbegleitung zu nutzen (Faulstich, et al., 2005, S. 13).

Die Aufgaben der Lehrenden sind in der Lernbegleitung vielfältig, denn nicht nur die bereits beschriebene Partizipation und Lernbiografie der Lernenden sind von Bedeutung, es stellt sich darüber hinaus die Frage, welche Lernziele erreicht werden sollen. Weiterhin brauchen die Lernenden Unterstützung bei der Auswahl der Lerninhalte, Methoden und Lernmittel, die wiederum bereitgestellt werden müssen. In einer Lerngruppe muss auf eine gute Kommunikationsstruktur und auf ein vertrauensvolles Lernklima geachtet werden. Ebenso von Bedeutung ist das Sichern und Aufzeigen von Lernfortschritten, um die Lernmotivation zu erhöhen, und zu erhalten (Faulstich, 2002, S. 99). Der Lehrende muss darüber hinaus entscheiden, wie viel Freiheit er den Lernenden zugesteht, besonders wenn sich die Meinungen über den Lernprozess in unterschiedliche Richtungen bewegen (Dietrich, 2001, S. 130).

In der Weiterbildungspraxis bleibt für die individuelle Beratung jedoch häufig wenig Zeit und die Lehrenden haben meist wenig Erfahrung in der Lernbegleitung, denn die erforderlichen Kompetenzen werden in der Regel nicht ausgebildet. Hinzu kommt noch, dass es den Lernenden oft schwerfällt, ein Angebot der Lernberatung auch zu nutzen (ebd., S. 126). Die Lernenden wünschen sich in diesem Zusammenhang vom Lehrenden eine schrittweise Begleitung im komplexen Lernprozess, um ein Gefühl für die eigenen Lernbedürfnisse, Widerstände und Lernstrategien zu entwickeln (ebd., S. 123).

**Zielstellung und Forschungsfrage**

Die Veränderungen in der Gesellschaft und im Gesundheitswesen stellen die Weiterbildungsinstitutionen und ihre Lehrenden vor Herausforderungen. Schüßler und Thurnes (2005) beschreiben zum einen eine „Zuliefererumwelt“ mit inhaltlichen und finanziellen Rahmenbedingungen und zum anderen eine „Kundenumwelt“, die einem gesellschaftlichen Wandel unterliegt (Schüßler & Thurnes, 2005, zitiert nach Zech, 1999, S. 70). In diesem Zusammenhang steigen die pädagogischen Anforderungen im Hinblick auf die Lernbegleitung durch die Lehrenden und die Partizipation der

Lernenden.

Ziel dieser Arbeit ist es, mit wissenschaftlichen Methoden die Sicht von Lehrenden in der Fort- und Weiterbildung auf das Thema selbstorganisiertes Lernen und die dazu notwendige Lernbegleitung zu erfassen sowie aus den Ergebnissen eine Handlungsempfehlung für Lehrende und Ratschläge für Institutionen abzuleiten. Hieraus ergibt sich folgende Forschungsfrage:

Welche Einstellungen und Erfahrungen haben Lehrende gegenüber selbstorganisiertem Lernen von Pflegenden in der Weiterbildung?

**Methodik**

Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurde ein qualitatives Forschungsdesign mit halbstrukturierten, leitfadengestützten Interviews durchgeführt, um so die subjektive Sicht der Lehrenden zum Thema selbstorganisiertes Lernen und Lernbegleitung erfassen zu können.

Es wurden sieben Interviews mit Lehrenden geführt, welche im Bereich der Fort- und Weiterbildung von Pflegenden tätig sind. Die Anzahl der geführten Interviews entspricht einem nach Helfferich (2011) mittleren Stichprobenumfang von sechs bis 30 Einzelfällen (ebd., S. 173). Als Einschlusskriterien für die Auswahl zum Interview wurde eine Festanstellung als Lehrende an einer Institution für pflegerische Fort- und Weiterbildung gewählt, gleichzeitig sollten die Personen auch organisatorisch tätig sein, z. B. in der Kursleitung. Mögliche Bereiche sind u.a. die Weiterbildungen nach der Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft z. B. in der Intensiv- und Anästhesiepflege, Pflege in der Stroke Unit und in der außerklinischen Intensivpflege.

Die sieben Interviews wurden im Zeitraum von Oktober bis November 2017 in der jeweiligen Institution der Interviewpartner durchgeführt. Alle Settings hatten eine ruhige Atmosphäre und unterlagen vergleichbaren Rahmenbedingungen. Die Teilnahme an den Interviews war freiwillig. Die Interviewpartner erhielten mindestens eine Woche vor dem Interview das Informationsblatt und die Einverständniserklärung per E-Mail. Somit waren diese über den Ablauf und die freiwillige Teilnahme vorinformiert und kannten das Thema und dessen Einzelaspekte, die in den Forschungsfragen formuliert wurden.

Von den sieben Studienteilnehmern waren drei weiblich, vier männlich. Sie verteilten sich auf vier Institutionen für Fort- und Weiterbildung in Bayern und Thüringen. Die Altersspanne der Befragten war zwischen 40 und 61 Jahren. Alle hatten eine Berufsausbildung in einem Gesundheitsberuf absolviert und sich anschließend weiterqualifiziert, jedoch lediglich drei mit einer pädagogischen Ausrichtung.

Die Interviews wurden mit einem digitalen Aufnahmegerät aufgezeichnet und anschließend nach den Regeln von Dresing & Pehl (2018) mithilfe der Software f4 wörtlich transkribiert und als RTF-Format digital gespeichert.

Die Datenanalyse ist angelehnt an das siebenstufige Ablaufschema der inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2016) und wurde mit der Software MAXQDA 12 durchgeführt. Von den Forschungsfragen geleitet, ergaben sich, unabhängig vom Datenmaterial, drei Hauptkategorien (Kuckartz, 2016, S. 102-110).

Angelehnt am Prozessmodell induktiver Kategorienbildung nach Mayring (2010), wurden anschließend am codierten Datenmaterial Subkategorien gebildet (Mayring, 2010, S. 84).

**Ergebnisse**

Aus den Forschungsfragen wurden deduktiv die Hauptkategorien „Einstellungen und Erfahrungen der Lehrenden“, „Lernbegleitung im Rahmen von SOL“ und „Unterstützungsbedarf der Lehrenden bei der Umsetzung von SOL“ abgeleitet.

**Einstellungen und Erfahrungen der Lehrenden**

In der Subkategorie Beschreibung von SOL definieren und beschreiben die Lehrenden selbstorganisiertes Lernen als Methode und Handlungsmuster in der Unterrichtsgestaltung. Ein Lehrender nennt die konstruktivistische Lerntheorie als Grundlage von selbstorganisiertem Lernen. Die Nutzung einer digitalen Lernplattform bringen drei Lehrende mit SOL in Verbindung und einer trifft die Aussage, dass selbstorganisiertes Lernen in der Weiterbildung von Pflegenden nicht definiert ist. Zwei Lehrende machen zu dieser Subkategorie keine relevanten Aussagen.

„Also selbstorganisiertes Lernen (.) unter dem Begriff verstehe ich, ein Thema theoretisch anzuschneiden, aufzubereiten und den Praxistransfer begleitend mit selbstorganisiertes Lernen zu verknüpfen oder diesen Praxistransfer herzustellen.“
B 4, Absatz 4

Die Lehrenden führten in der Subkategorie Methoden und

Umsetzungshinweise von SOL verschiedene Methoden der Umsetzung von selbstorganisiertem Lernen an, wie z. B. Arbeits- und Lernaufträge, Facharbeiten, Vertiefungsfragen und Lernaufgaben. Allerdings wurde in einem Interview auch Unsicherheit darüber geäußert, ob dies Methoden sind, und ob es überhaupt festgeschriebene SOL-Methoden gibt. Inhaltlich wurden keine festen Themen genannt, da diese nach Bedarf ausgewählt werden.

„Also ein selbstorganisiertes Lernen, was, wo ich in der Fort- und Weiterbildung begleite ist letztendlich die Facharbeit, z. B. spezielle Pflege bei Stroke Unit.“ B 4, Absatz 6

„Also momentan ist es so, dass wir die Weiterbildung jetzt so gestaltet haben insgesamt, dass man die 720 Stunden als Präsenzunterricht anbieten. Das selbstgesteuerte Lernen ist dann mehr oder weniger die Ausfallkompensation.“ B 4, Absatz 52

In der Subkategorie Hindernisse bei der Umsetzung wurden 32 relevante Textstellen aus dem Datenmaterial codiert. Als Hindernisse wurden u.a. die fehlende Zeit zur Umsetzung, eine geringe Methodenkompetenz bei den Lehrenden und die beruflichen Rahmenbedingungen der Pflegenden definiert.

„Das (..) habe ich eigentlich wenig Erfahrungen, einfach weil ich feststelle, dass das immer wieder Probleme macht (..) in den letzten Jahren. Das heißt, unser Zeitkontingent, das wir zur Verfügung haben, das ist eher zu knapp.“ B 1, Absatz 48

„Und, aber alles, das ist eben in diesem Dreischicht, durch dieses Dreischichtsystem und Urlaube zwischendrin. Also von den Teilnehmern ist alles so, so der Versuch das in ein Fenster zu fassen (.) scheitert im Grunde genommen.“ B 3, Absatz 77

Neun relevante Textstellen wurden in dieser Subkategorie Informationsquellen für SOL codiert, in der Aussagen zu Informationsquellen zum Thema selbstorganisiertes Lernen getroffen werden und in denen Lehrende diese benennen.

„Ja. Also ich bin, ja genau, und ich habe auch ein paar Fortbildungen kommen mir gerade wieder in den Sinn. In der katholischen Akademie in Regensburg auch gemacht. Da ging es dann auch um Methoden. Da hatten wir eine gute Referentin von der Hochschuldidaktischen Institut in Regensburg. Und die hat uns dann auch so einen ganzen Reader mitgegeben. Zum Beispiel so ganz konkrete Sachen zum Einstieg.“ B 3, Absatz 107

„Sage mal so, wir reden mit Kollegen in der Anfangszeit. Wie das so, was machen die? Was machen wir? Dann, klar habe ich mich im, auch im Netz informiert. Geschaut, was geben Bücher her? Aber, jetzt das mir jemand gesagt hat ok, ich bin da, oder ich gehe auf ein Seminar für selbstgesteuertes Lernen. War ich nicht.“ B 7, Absatz 248

Die Erwartungen und Erfahrungen im Rahmen von selbstorganisiertem Lernen sind im Lehr-Lernprozess aus zwei Perspektiven zu betrachten. In der Subkategorie Rückmeldung der Teilnehmer wurde zum einen festgestellt, wie die Lehrenden diesen gestalten und zum anderen, welche Rückmeldungen die Lernenden den Lehrenden geben.

„Den Lernzuwachs? Ich glaube im Moment empfinden sie es noch als Belastung, als volle Belastung. Weil sie diese Form in der Fort- und Weiterbildung noch nicht kennen und auch nicht in der Ausbildung vielleicht auch gehabt haben. Im Moment sehen die Teilnehmer alles als Belastung.“ B 4, Absatz 8

„Ja, die formulieren, die formulieren, dass sie Unterstützung brauchen. Und die wollen, die wollen, also die MEISTEN, sagen wir mal 90 Prozent, nicht alle, aber 90 Prozent wollen ein klares Feedback haben. Wollen eine Rückmeldung haben und eine gewisse Einschätzung.“ B 3, Absatz 85

In der Subkategorie Kompetenzentwicklung wurden 14 relevante Treffer von fünf Lehrenden herausgefiltert, in denen es um die Einschätzung der Lehrenden geht, wie sich die Kompetenzen der Lernenden im Rahmen von selbstorganisiertem Lernen entwickeln.

„Also die Vorteile, ist sicher, dass die, dass das Langfristergebnis sicherlich besser ist? Das eben auch die, das Selbstbewusstsein gestärkt wird dadurch. Dass die Leute das sicher lernen, dass sie das auch, dass sie auch selber überzeugt sind davon.“ B 1, Absatz 8

„Dieses Ziel Methodenkompetenz, selbst Wissen zu generieren (..) (unv.) wie sind sie auch in der Methodenkompetenz da weitergekommen. Und gleichzeitig noch an Fachkompetenz dazu gewonnen. Und da war die mündliche Prüfung quasi die Evaluation dieser SOL.“ B 5, Absatz 6

Die letzte Subkategorie Sonstiges fasst thematisch Aspekte wie Dokumentation und Motivation der Lehrenden zusammen. Es wurden in fünf Interviews acht Aussagen dazu getroffen.

„Und ich denke das ist so, das ist das wo man sich als Lehrender darauf einlassen muss. Dass der Weg nicht halt unbedingt der ist, den ich selber gehen würde." B 1, Absatz 8

„Die Teilnehmer dokumentieren das auf einem Formblatt. Das geben sie alle Quartal, jedes Quartal ab. Wieviel Stunden UE, wieviel Stunden SOL sie geleistet haben und zu welchem Thema sie was gemacht haben. Z. B. mit einer Literaturangabe oder Inhaltsangabe." B 5, Absatz 36

**Lernbegleitung im Rahmen von SOL**

Bei der Lernbegleitung durch den Lehrenden treten viele Hindernisse auf. In der Subkategorie Hindernisse bei der Umsetzung wurden diese in Form von fehlenden Zeitressourcen und einer schlechten Erreichbarkeit der Lehrenden festgestellt.

„Das ist auch ein Stück weit selbstorganisiertes Lernen. Und (..) ich erlebe das als sehr aufwendig. Sehr, ja, sehr gesprächsintensiv und wie soll ich sagen, auch so im Nachhinein muss man im Moment sehr viel klären." B 4, Absatz 6

„Mit Lernbegleitung selber bin ich dünn aufgestellt." B 5, Absatz 42

In der Subkategorie Umsetzungsbeispiele für Lernbegleitung wurden hier Methoden und Umsetzungsbeispiele für Lernbegleitung beschrieben, welche die Lehrenden anwenden.

„Auch die Auftragsvergabe und das Hinführen, das ist klar. Denn das ist klar, weil das ist ja ein dialogischer Prozess." B 3, Absatz 18

„Dass ich bestimmte Aufgaben mache und dass die zur Auflage haben, ein selbstgesteuertes Lernen (.) Projekt, schließt immer mit einer Prüfung ab."
B 7, Absatz 330

**Unterstützungsbedarf der Lehrenden bei der Umsetzung von SOL**

Bei der Umsetzung von selbstorganisiertem Lernen und der Lernbegleitung wurden in der Subkategorie Institutioneller Bedarf bei den Lehrenden Bedürfnisse festgestellt.

„Plus natürlich auch, das sind nachher die Arbeitgeberseiten, kann man das einrechnen? Oder wie geht ihr damit um? Ist es Freizeit, Arbeitszeit? Ist es eben ein Anteil? Das sind ja nachher noch die, auch wo zum Lehrenden dazu gehört. Wäre auch die Sache, wie macht man ein Feedback, eine Leistungsüberprüfung? (..) Also, weil man will ja immer Zahlen, Daten, Fakten haben. Und das ist schwierig finde ich bei selbstgesteuertem Lernen."
B 7, Absatz 294

Abschließend wurde durch zwei Lehrende in der in der Subkategorie Weiterbildung der Bedarf für eine Weiterbildung zum Thema selbstorganisiertes Lernen und Lernbegleitung festgestellt.

„Da ich ja nicht aus der pädagogischen Ecke komme, würde ich mir das wünschen. Ich habe auch ganz am Anfang, wo ich hier in die Fort- und Weiterbildung gewechselt bin, war eigentlich auch vereinbart, dass ich eventuell da nochmal (..) eine geeignete Weiterbildung selber belegen kann."

Interviewer: Mhm (bejahend)

Befragter: „Mangels Angeboten ist das, hat sich das leider nie realisiert. Und da ich ja eher aus der Fachecke und nicht aus der pädagogische Ecke komme, also fachmedizinischen und nicht aus der pädagogischen Ecke. Da habe ich persönlich, hätte natürlich Bedarf. Keine Frage."
B 1, Absatz 64-66

**Diskussion**

Bei der Beschreibung der Lehrenden wurde bereits dargestellt, dass diese in ihrer pädagogischen Qualifikation sehr heterogen sind und es keine verlässlichen Daten zu den Lehrenden in der Weiterbildung im Bereich Pflege gibt. In der Untersuchung von Oehmen (2013) zeigte sich ein ähnliches Bild mit Bezug auf die pädagogische Qualifikation. Die befragten Lehrenden haben zwar eine positive Einstellung gegenüber selbstorganisiertem Lernen, jedoch fehlen ihnen, neben Zeit, die pädagogische Kompetenz zur Umsetzung der Lernbegleitung sowie klar definierte Rahmenbedingungen zur Umsetzung von selbstorganisiertem Lernen (Oehmen, 2013, S. 297-299). Kritisch zu betrachten ist auch die Bereitschaft dieser, die Lehrenden-Rolle aufzugeben und die Rolle des Lernbegleiters einzunehmen. Für Faßnacht (2001) ist ein Beweggrund dafür, dass die eigene Lernerfahrung und Lernbiografie eine große Rolle spielt, wie und in welchem Umfang selbstorganisiertes Lernen ermöglicht wird. Er beschreibt, dass positive Lernerfahrungen durch Weiterbildung oder Zusatzqualifikationen zum Thema selbstorganisiertem Ler-

nen das Verhalten der Lehrenden beeinflussen und somit auch den Lehr-Lernprozess durch ein verändertes Rollenverständnis prägen kann. Jedoch ist der Lehrende nicht der einzige Faktor, wenn es um den Erfolg von selbstorganisiertem Lernen geht. Vielmehr sind auch unterstützende Strukturen in der Institution und den rechtlichen Rahmenbedingungen von großer Bedeutung (Faßnacht, 2001, S. 137). Dies entspricht auch den Ergebnissen, die in der vorliegenden Arbeit aus den Aussagen der Lehrenden gezogen werden konnten. Diese machten zwar grundsätzlich positive Erfahrungen im Rahmen von selbstorganisiertem Lernen und stehen der Methode positiv gegenüber, jedoch stellen der Zeitmangel und die geringe Methodenkompetenz Barrieren bei der Umsetzung dar. Ein zentrales Ergebnis dieser Arbeit ist, dass kein Lehrender Inhalte in einem zeitlichen Umfang curricular geplant hat, sondern diese erst im Rahmen der konkreten Unterrichtsplanung oder situativ zur Anwendung brachte, z. B. bei Dozentenausfall. Dies steht im Widerspruch zur Forderung nach der Professionalität der Lehrenden so Faulstich (2002), der eine Kompetenz zur Planung offener Curricula mit hohen Anteilen von selbstorganisiertem Lernen beschreibt (Faulstich, 2002, S. 100). Ein möglicher Grund für dieses Verhalten könnte sein, dass die Lehrenden sich ungern auf eine unsichere Planung von Unterricht einlassen, wodurch sie einen Teil der Steuerung des Lehr-Lernprozesses abgeben müssten (ebd. S. 138). Zu beachten sind aber auch die Rahmenbedingungen der Lernenden in der beruflichen Weiterbildung, die gerade in der Pflege durch die Arbeitsbelastung im Dreischicht-System nicht ideal sind. Dies wurde durch die Aussagen der Lehrenden zum Thema Rückmeldungen durch die Teilnehmer bestätigt. In der vierten Empfehlung der Kultusministerkonferenz zur Weiterbildung (2001) werden Programme, organisatorische Strukturen und Rahmenbedingungen (Räumlichkeiten, Medien, Betreuung etc.) gefordert. Eine weitere Forderung ist, dass die Bildungsziele vor dem Hintergrund von pädagogischen und fachlichen Standards erfüllt werden. Folglich müssen entsprechende Kompetenzen der Lehrenden ausgebildet und durch das Angebot regelmäßiger Fortbildungen gefördert werden, um die Lehrenden in ihrer veränderten neuen Rolle als Lernbegleiter zu qualifizieren (Kultusministerkonferenz, 2001, S. 16). Durch die fehlende staatliche Regelung eines Qualifikationsrahmens für Lehrende im Bereich der Fort- und Weiterbildung in der Pflege kommt es, bedingt durch die Heterogenität in der Gruppe der Lehrenden, zu Problemen bei der Umsetzung von selbstorganisiertem Lernen, welche durch die Aussagen der Interviewpartner bestätigt wurden. In den Ergebnissen zur Lernbegleitung berichteten die Lehrenden von Schwierigkeiten in Bezug auf fehlende Kenntnisse und Fähigkeiten bei der Umsetzung der Lernbegleitung. Dies steht im Widerspruch zu den Forderungen von Faulstich (2002), der argumentiert, dass eine Kompetenz zur Gestaltung von Lernarrangements und der Beratung entsprechend den Interessen der Lernenden ein Ausdruck von Professionalität ist (Faulstich, 2002, S. 100).

**Implikationen für das Forschungsgebiet und zukünftige Arbeiten**

In der Meta-Meta-Analyse von Hattie (2013) ist die zentrale Aussage, dass ein guter Lehrender dem Lernprozess viel Aufmerksamkeit entgegenbringt, moderiert und gestaltet und die Rolle eines Aktivators einnimmt (Hattie, Beywl, & Zierer, 2013, S. 31). Ein weiteres Ergebnis lautet, dass eine Unterrichtsgestaltung, die die Steuerung des eigenen Lernens zulässt, die Leistungen der Lernenden signifikant erhöht (Hattie, Beywl, & Zierer, 2013, S. 224). Wichtig ist hierbei die Beziehung zwischen dem Lehrenden und dem Lernenden. Der Lehrende sollte mit Leidenschaft, Mitgefühl und Respekt am Lernprozess teilnehmen und somit die Begeisterung an den Lernenden weitergeben (Hattie, Beywl, & Zierer, 2014, S. 78). Daraus lässt sich ableiten, dass die notwendigen Kompetenzen für Lehrende in der Fort- und Weiterbildung definiert und die pädagogischen Kompetenzen verbessert werden müssen. Dies könnte durch regelmäßige Fortbildungen in Form eines Qualitätszirkels innerhalb einer Bildungseinrichtung realisiert oder durch einen kollegialen Austausch in den Weiterbildungen auf der Ebene von Fachgesellschaften verwirklicht werden. Auf dieser Basis müssen für die Zukunft einheitliche Handlungsempfehlungen für die Lernbegleitung im Rahmen des selbstorganisierten Lernens erarbeitet, zur Anwendung gebracht und evaluiert werden. In diesem Zusammenhang könnte auch untersucht werden, wie sich die pflegerische Ausbildung in Zukunft auf den Bereich der Fort- und Weiterbildung auswirkt, denn hier ist eine stärkere Verzahnung notwendig, um den hohen Anforderungen in der Pflege und der unterschiedlichen Teilnehmer gerecht zu werden. Ein weiterer wichtiger Punkt stellt die curriculare Einbindung von selbstorganisiertem Lernen und die Anerkennung der geleisteten Stunden dar.

Dies könnte durch die Anwendung von Lernaufgaben mit einer klaren Aufgabenstellung und einer festgelegten Stundenabrechnung gewährleistet werden.

Eine andere Perspektive nimmt Faulstich (2002) in der Fokussierung auf selbstorganisiertes Lernen ein. Die Gefahr sei, dass die Handlungsbegründungen der Lernenden durch neue Lernarrangements gestaltet werden und dadurch der Schein der Partizipation und Kooperation im Lehr-Lernprozess erzeugt wird (Faulstich, 2002, S. 93). Deshalb muss die Umsetzung von selbstorientiertem Lernen in weiteren empirischen Arbeiten untersucht werden, sodass nachvollziehbar wird, wie die Lernenden in der Fort- und Weiterbildung im Bereich der Pflege diesen Rollentausch erleben und die Partizipation am Lernprozess beurteilen. Von Interesse ist in diesem Zusammenhang auch, welche Hindernisse die Lernenden identifizieren und mit welcher Methode sich der Kompetenzzuwachs verwirklichen lässt. Hier ist besonders die Nutzung von E-Learning von Interesse. In Bezug auf das Ergebnis, dass die Lehrenden eine bessere materielle Ausstattung wie z. B. WLAN, Notebooks und bessere Räumlichkeiten fordern, sollte betrachtet werden, ob dieser Bedarf flächendeckend vorherrscht, oder nur bei der kleinen Stichprobe von Relevanz ist.

Für die Zukunft sind verschiedene Untersuchungen und Maßnahmen zur Verbesserung von selbstorganisiertem Lernen notwendig, um ein Bündel von konkreten methodisch-didaktischen Maßnahmen, wie z. B. eine Empfehlung für die Lernbegleitung durch die Lehrenden zu erstellen. Hierbei sind alle Beteiligten einzubinden, um eine kompetenz-, aber auch teilnehmerorientierte Ausgestaltung der Fort- und Weiterbildung zu ermöglichen und auf die Anforderungen der Zukunft vorbereitet zu sein.

## Literaturverzeichnis


Arnold, R., Gomez Tutor, C., & Kammerer, J. (2002). Bundesinstitut für Berufsbildung. Zugriff am 19. 08 2017 unter https://www.bibb.de/veroeffentlichungen/de/publication/download/716

Bönsch, M. (2009). Sebstgesteuertes Lernen. Zu einer sehr aktuellen Entwicklungsaufgabe im Unterricht heute. In S. V. Hohengehren, Hrsg. PÄD Forum, S. 272-274. Zugriff am 19. 08 2017 von http://www.pedocs.de/volltexte/2011/3213/pdf/Boensch_Selbstgesteuertes_Lerne n_2009_6_D_A.pdf

Bortz, J., & Döring, N. (2016). Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Deutsche Krankenhausgesellschaft. (2015). DKG-Empfehlung zur pflegerischen Weiterbildung. Zugriff am 18.12.2017 unter http://www.dkgev.de/media/file/22128.DKG-Empfehlung_Weiterbildung_Pflege.pdf

Dietrich, S. (2001). Zur Rolle der Lehrenden. In S. Dietrich (Hrsg.), Selbstgesteuertes Lernen in der Weiterbildungsparaxis (S. 121-174). Bielefeld: W. Bertelsmann Verlag GmbH & Co KG. Zugriff am 02. 11 2017 unter https://www.die- bonn.de/doks/dietrich0101.pdf

Dresing, T., & Pehl, T. (2018). Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende. Marburg: Eigenverlag.

Faßnacht, M. (2001). Vom Lehrenden zum Lernbegleiter. In S. Dietrich, Selbstgesteuertes Lernen in der Weiterbildungsparaxis (S. 136-145). Bielfeld: W. Bertelsmann Verlag GmbH & Co KG.

Faulstich, P. (2002). Selbstbestimmtes Lernen - vemittelt durch Professionalität der L ehrenden. In U. Witthaus, W. Wittwer, & C. Espe (Hrsg.), Selbstgesteuertes Lernen. Theoretische und praktische Zugänge (S. 91). Bielefeld: W. Bertelsmann Verlag GmbH & Co. KG.

Faulstich, P., Forneck, H., Grell, P., Häßner, K., Knoll, J., & Springer, A. (2005). Lernwiederstand - Lernumgebung - Lernberatung. DIE Bonn (Hrsg.) Zugriff am 23.09.2017 unter https://www.die-bonn.de/doks/faulstich0504.pdf

Gudjons, H. (2014). Handlungsorientiert lehren und lernen. Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt.

Hartz, S. (2011). Qualität in Organisationen der Weiterbildung. Eine Studie zur Akzeptanz und Wirkung von LQW. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Hattie, J., Beywl, W., & Zierer, K. (2013). Lernen sichtbar machen. Überarbeitete deutschsprachige Ausgabe von „Visible Learning“. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.

Hattie, J., Beywl, W., & Zierer, K. (2014). Lernen sichtbar machen für Lehrpersonen. Überarbeitete deutschsprachige Ausgabe von „Visible Learning for Teachers“. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.

Hellferich, C. (2011). Die Qualität qualitativer Daten. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften Springer Fachmedien GmbH.

Knowles, M. S. (1975). Self directed learning. Chicago: Follett Publishing Company.

Kuckartz, U. (2010). Einführung in die computergstützte Analyse qualitativer Daten. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Kuckartz, U. (2016). Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.

Kultusministerkonferenz. (2001). Vierte Empfehlung der Kultusministerkonferenz zur Weiterbildung. Zugriff am 08.01.2018 unter http://www.kmk.org/fileadmin/Dateien/veroeffentlichungen_beschluesse/2001/2001_02_01-4-Empfehlung-Weiterbildung.pdf

Mandl, H., & Friedrich, H. (1997). Analyse und Förderung selbstgesteuertes Lernen. In F. E. Weinert, Psychologie der Erwachsenenbildung. Enzyklopädie der Psychologie (S. 242-252). Göttingen: Hogrefe Verlag.

Mayring, P. (2010). Qualitative Inhaltsanalyse. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Merkens, H. (2010). Unterricht. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Oehmen, U. (2013). Commitment, Motivation und Kompetenz von Dozenten in der Weiterbildung. PADUA, 8, S. 297-301.

Sembill, D., Wuttke, E., Egloffstein, M., & Rausch, A. (2007). Selbstorganisiertes Lernen in der beruflichen Bildung - Abgrenzungen, Befunde und Konsequenzen. Zugriff am 27.09.2017 unter Von http://kops.uni-konstanz.de/handle/123456789/12108

Siebert, H. (2009). Selbstgesteuertes Lernen und Lernbaratung. Augsburg: ZIEL-Verlag GmbH.

Siebert, H. (2012). Didaktisches Handeln in der Erwachsenenbildung. Augsburg: ZIEL- Verlag GmbH.

Weinert, F. E. (2001). Vergleichende Leistungsmessung in Schulen – eine umstrittene Selbstverständlichkeit. In F. E. Weinert, Leistungsmessungen in Schulen. (S. 17-31). Weinheim: Beltz.

# Damit die Verständigung klappt.

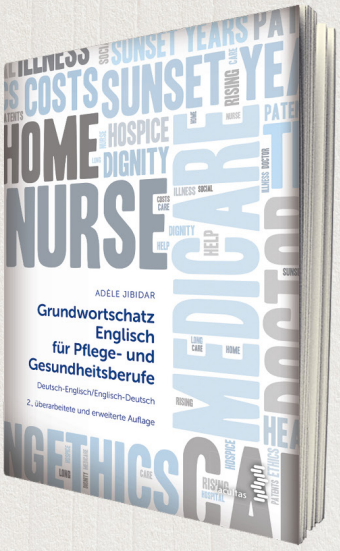
## Grundbegriffe, hilfreiches Fachvokabular, Phrasen und Beispieldialoge für die Praxis

Cinzia Hirschvogl

**Grundwortschatz Rumänisch**

**für Pflege und Betreuung**

Rumänisch – Deutsch, Deutsch – Rumänisch
facultas 2018, 152 Seiten, broschiert
EUR 18,90 (A) / EUR 18,40 (D) / sFr 23,90 UVP
ISBN 978-3-7089-1646-0




ISBN 978-3-7089-1488-6

ISBN 978-3-7089-1326-1

ISBN 978-3-7089-1340-7

... weitere Titel in Vorbereitung.

www.facultas.at

facultas

# Wenn Pflege netzwerkt..

## 3. Pflegesymposium Pflege Professionell

„Was in Zukunft auf uns zukommt – Chancen und Grenzen des Machbaren“ / „Die Zukunft der Monitorüberwachung“ / „Patient im Mittelpunkt: dafür haben wir doch keine Zeit?“ „(Un-)Sichtbarkeit von Pflege“ / „Angehörigenarbeit in der häuslichen Hospiz- und Palliativversorgung entwickeln“ / „Hoffnung“ / „Smart Grid - Vom Team zum Netzwerk!“ / „Außerfamiliäre informelle Hilfe – die Angehörigen von morgen?“ / „Anhaltspunkt für Menschen mit Demenz. Eine sozialrechtliche Perspektive.“ / „...damit habe ich nicht gerechnet“ / „Stomaversorgung 2018“ / „Inkontinenzversorgung 2018“ / u.v.m.

imc

FH KREMS
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES / AUSTRIA

**2.Oktober 2018**

**Programm & Anmeldung**

**www.pflege-professionell.at**

# Peer-Tutoring in der beruflichen Bildung

## Ein Best-practice-Projekt aus Studierendenperspektive

Eingereicht 25.Mai 2018
Genehmigt 20.Juli 2018

**Zusammenfassung**
Der Artikel beschreibt ein studentisches Projekt. Eine umfassende Evaluation nach wissenschaftlichen Kriterien ist bisher nicht erfolgt. Das Projekt „Peer-Tutoring in der beruflichen Bildung“ entstand innerhalb des semesterübergreifenden Moduls „Praxisbezogene Projektstudien“ an der Fachhochschule Bielefeld. Pflegestudierende und Studierende der Berufspädagogik Pflege erprobten ein gemeinsames, sich gegenseitig unterstützendes Lernen in mehreren Phasen. Die Bewertung der Beteiligten Akteure ist positiv.

**Summary**
The article describes a student project. A comprehensive evaluation according to scientific criteria has not been done so far. The project „Peer-Tutoring in Vocational Education and Training“ was developed within the inter-semester module „Practice-Related Project Studies“ at the University of Applied Sciences Bielefeld. Nursing students and students of vocational education nursing tested a common, mutually supportive learning in several phases. The evaluation of stakeholders involved is positive.

**Elke Cieslukowski, B.A.**
Examinierte Gesundheits- und Krankenpflegerin, Bachelor of Arts Berufliche Bildung Pflege, Lehrerin für Gesundheits- und Pflegeberufe

**Stephanie Wiens, B.A.**
Examinierte Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin, Bachelor of Arts Berufliche Bildung Pflege, Lehrerin für Gesundheits- und Pflegeberufe

## Einleitung

Das Projekt „Peer-Tutoring in der beruflichen Bildung“ ist ein studentisches Projekt, das von Studierenden der Fachhochschule Bielefeld im Rahmen des Studiengangs „Berufliche Bildung Pflege“ (BBP) innerhalb des Moduls „Praxisbezogene Projektstudien“ an der Fachhochschule Bielefeld entwickelt, implementiert und evaluiert wurde. Das studentische Projekt knüpft an ein Projekt an, das von Lehrenden der FH Bielefeld entwickelt wurde und umgesetzt wird (Freese et al., 2018).

Es handelt sich dabei um ein Beispiel, wie Skills Lab Arbeit in die Ausbildung von pädagogischem Bildungspersonal (hier explizit für Praxisanleitende in der Pflege) integriert werden kann. Innerhalb der Umsetzung des Projektes werden sowohl die pädagogischen Kompetenzen der Studierenden des Bachelorstudiengangs „Berufliche Bildung Pflege“, wie auch die berufliche Handlungskompetenz der Studierenden des primärqualifizierenden Bachelorstudiengangs „Gesundheits- und Krankenpflege“ (GKP) gefördert. Für die GKP-Studierenden hat der Studiengang als vorrangiges Ziel „die Absolventen zu befähigen, Berufs- und Pflegesituationen von hoher Komplexität evidenzbasiert zu gestalten und zu steuern“ (Freese et al., 2018, S. 347).

Im GKP-Studiengang werden sowohl pflegepraktische als auch wissenschaftsbezogene Inhalte vermittelt. Im Bereich der pflegepraktischen Befähigung werden Anleitungssituationen und Anleitungsthemen aus den Inhalten der Module „Pflege zur Aufrechterhaltung von Aktivität und Bewegung II“ und „Fallmanagement I“ genutzt, um das Projekt mit seinen verknüpfenden Elementen an beide Studierendenkohorten anzubinden (ebd., S. 347). Diese Module schließen jeweils zum Ende des Semesters mit einer Performanzprüfung ab, auf die die GKP-Studierenden von den BBP-Studierenden durch geplante Praxisanleitungen (PA) praktisch vorbereitet werden. Somit besteht durch das Studienangebot der Fachhochschule Bielefeld die komfortable Situation, Synergieeffekte zur Steigerung von Kompetenzansprüchen durch die Zusammenführung der Teilnehmenden zweier unterschiedlicher Studiengänge innerhalb der Lehreinheit Pflege und Gesundheit nutzbar zu machen. Für die BBP-Studierenden liegt der Schwerpunkt im Modul „Anleitung und Mentoring“ (AuM) auf der Planung, Durchführung und Reflexion praktischen Ausbildung in den Pflegeberufen. Die GKPStudierenden profitieren in diesem Rahmen von einer realitätsnahen Gestaltung von Lernsituationen, die in einer 1:1 Betreuung umgesetzt werden und an das Skills Lab der FH Bielefeld angebunden sind (Freese et al., 2018, S. 340 f.).

## Ausgangslage

Praxisanleitende bewegen sich mitunter in einer Diffusion der Rollen. Sie benötigen Handlungskompetenz sowohl als Pflegende wie auch als betriebliches Bildungspersonal im berufspraktischen Handlungsfeld. Diese Handlungskompetenzen bedürfen gezielter Weiterbildung und bedarfsorientiert initiierter Lernprozesse. Es müssen Lehr- und Lernarrangements unter pädagogischen und fachdidaktischen Aspekten geschaffen werden (Mamerow, 2016, S. 5; Steffan & Knoch, 2016, S. 42). Betriebliches Bildungspersonal in der Pflege ist seit 2003 in der Altenpflege und 2004 in der Gesundheits- und (Kinder-)

Krankenpflege als Praxisanleitung gesetzlich verankert (Mamerow, 2016, S. 8). Demnach sind Personen „zur Praxisanleitung geeignet [...] mit einer Erlaubnis nach § 1 des Krankenpflegegesetzes, die über eine Berufserfahrung von mindestens einem Jahr sowie eine berufspädagogische Zusatzqualifikation im Umfang von mindestens 200 Stunden verfügen“ (BGB1, 2003, § 2). Praxisanleitende müssen entsprechend ihres berufspraktischen Handlungsfeldes und den damit einhergehenden Anforderungen und Erwartungen qualifiziert werden. Demnach sollen sie den Lernbedarf ermitteln, den praktischen Lernprozess gestalten sowie adäquate Lernaufgaben stellen. Praxisanleitende sind ein wichtiges Bindeglied innerhalb der Lernortkooperation (Steffan & Knoch, 2016, S. 42). Zudem müssen Praxisanleitende einen „Spagat zwischen Bildungs- und Versorgungsauftrag“ leisten, mit beiderseitig ansteigendem Niveau, oft zu Lasten des Bildungsprozesses (ebd.). Folglich müssen die Qualifizierungen berufspädagogisch orientiert sein, um die Anforderungen an betriebliches Bildungspersonal zu erfüllen. Dazu kann es sinnvoll sein, eine integrative Studienstruktur zu schaffen, die bereits in grundständigen Bachelorstudiengängen bildungswissenschaftliche und erste fachdidaktische Grundlagen legt (Bonse-Rohmann, 2011, S. 19). In der Konsequenz bedeutet dies für Bachelorabschlüsse mit integrierten bildungswissenschaftlichen und fachdidaktischen Studienanteilen, „dass diese auch handlungs- und verwertungsrelevant für die jeweiligen Absolventen sein müssen“ (ebd.). Dieser Konsequenz folgend ist es seit dem Sommersemester 2014 für Studierende des Bachelorstudiengangs BBP an der FH Bielefeld möglich, innerhalb des Moduls AuM im vierten Fachsemester die Qualifizierung für Praxisanleitende hochschulisch zu erwerben (Freese et al., 2018, S. 340 f.). Die Vermittlung der theoretischen Grundlagen dieser Bildungsmaßnahme erfolgt im Modul AuM. Die praktischen Übungen der Praxisanleitungssequenzen und die praktischen Prüfungen werden im hochschuleigenen Skills Lab durchgeführt. Für eine realistische Ausgestaltung der Übungs- und Prüfungssequenzen stellt die Organisationseinheit des Skills Lab Simulationspersonen in der Patientenrolle und Räume zur Verfügung. Die einzelnen Prüfungen werden von den Modulverantwortlichen abgenommen. Damit die Umsetzung gelingen kann, ist eine enge Zusammenarbeit mit allen Beteiligten und ein hoher organisatorischer Aufwand notwendig. Ebenso tragen Eigenverantwortlichkeit und Selbstdisziplin der Studierenden zum Gelingen dieser Maßnahme bei.

### Hintergrund und Motivation

Das Projekt „Peer-Tutoring in der beruflichen Bildung“ entstand innerhalb des semesterübergreifenden Moduls „Praxisbezogene Projektstudien“, das die BBP-Studierenden unter anderem dazu befähigen soll, sich mit Konzepten zur innovativen Gestaltung der praktischen Ausbildung in der Pflege auseinanderzusetzen (Fachhochschule Bielefeld, 2012, S. 17). Somit bot das Modul den Rahmen für die Entwicklung eines Konzeptes zur Anleitung von Auszubildenden (im speziellen Fall von GKP-Studierenden). Die Projektidee entstand aus dem eigenen Erfahrungswissen der Projektverantwortlichen, da die Mitglieder des Projektteams selbst die PA-Qualifizierung durchlaufen haben. Außerdem wurde aufgrund der Abschlussreflexion des Moduls AuM ein Verbesserungsbedarf bezüglich der Ausgestaltung dieses zusätzlichen Qualifikationsangebotes seitens der Modulverantwortlichen deutlich. Die Projektverantwortlichen wollten eine bereits bestehende Maßnahme, die sie als Studierende selbst absolviert haben, für nachfolgende Jahrgänge optimieren. Bisher standen die GKP-Studierenden für die konkreten Anleitungen zur Verfügung, eben dieses „zur Verfügung stehen“ wurde kritisch reflektiert, da so für die BBP-Studierenden keine Anleitungssituation unter realen Bedingungen geschaffen werden konnte, und die GKP-Studierenden von konstruierten Situationen keinen Nutzen hatten. Genau an diesem Punkt setzte die Projektidee an. Die Vision der Projektgruppe war es, innerhalb der PA-Qualifizierung beide Adressatengruppen wirkungsvoll anzusprechen und eine möglichst reale Anleitungssituation zu gestalten.

## Peer-Tutoring

### Zur Methode Peer-Tutoring

Peer-Tutoring wurde als Leitmethode des Projektes ausgewählt, weil sie sich in besonderer Weise für eine optimierte Vernetzung der Studiengänge BBP und GKP in der PA-Qualifizierung im Modul AuM eignet. Die Methode stärkt die eigenständige Erarbeitung beruflicher Schlüsselkompetenzen und ermöglicht ein Lernen auf Augenhöhe. Definiert sind Peers als Gleichrangige innerhalb einer Gruppe. Es meint den Zusammenschluss von Personen, „die sich gegenseitig beeinflussen und etwa einen gleichen bzw. ähnlichen Status sowie (annähernd) das gleiche Alter besitzen, verstanden“

(Nörber, 2003, S. 10). Die Interaktion der Gleichgestellten spielt demnach eine bedeutende Rolle. Den Peers wird entwicklungspsychologisch eine große Bedeutung zugeschrieben, wenn es um Orientierung und die Entwicklung von Normen und Werten geht. Die Entwicklung des Individuums findet in Auseinandersetzung mit der Gesellschaft und der Umwelt statt. Laut Nörber (2010) stellt gerade die Gruppe der Gleichaltrigen eine zentrale Bezugsgruppe für junge Menschen auf dem Weg in die Gesellschaft dar (Nörber, 2010, S. 75). Hattie definiert Peer-Tutoring als eine „Methode der Lernunterstützung, bei welcher Peers als Co-Lehrende tätig werden. Es bietet die Möglichkeit, Lernenden Selbstregulierung und Kontrolle über ihr eigenes Lernen zu vermitteln, so dass sie ihre eigene Lehrperson werden können“ (Hattie, 2013, S. 221). Peer-Tutoring ist ein komplexer, wechselseitiger Prozess und eine kooperative Lernmethode. Randomisiert kontrollierte Studien zeigen beim „Peer- Assisted-Learning“ in der medizinischen Ausbildung signifikant bessere Lernergebnisse im Bereich der klinischen Kompetenzen (Iwasiw & Goldenberg, 1993, zit. n. Koch, 2012, S. 151).
Ziel ist es, eine positive Peerkultur zu schaffen, die gekennzeichnet ist durch eine Lernsituation auf Augenhöhe, eine positive Beeinflussung und eine persönliche Beziehung. Nicht zum Tragen kommen sollten Autoritätseinflüsse und hierarchisches Denken. Eben „dieser gemeinsame Erfahrungshorizont erleichtert es, Beratung und Betreuung praxisnah zu gestalten“ (Wildt, 2013, S. 44, zit. n. Kröpke, 2015, S. 18). Der gestalteten Lehr-Lernsituation innerhalb von Peer Groups wird eine besondere kognitiv stimulierende Qualität zugeschrieben (Tjaden, 2013, S. 9). Innerhalb der Gruppe differenzieren sich zwei Arten von Gruppenmitgliedern, nämlich die TutorInnen und Tutees. TutorInnen sind im ursprünglichen Sinne Studierende höherer Fachsemester, die die Tuttees, d.h. Studierende niedrigerer Fachsemester unterstützen, begleiten und beraten. Ihnen wird besonders eine soziale Funktion zugeschrieben (Knauf, 2007, S. 51). Peer-Tutoring geht dabei in seiner inhaltlichen Ausgestaltung über die bloße Begrifflichkeit von „Peers“ und „Tutoring“ hinaus. Mit der Methode „Peer-Tutoring“ soll eine reziproke Beziehung entstehen, die durch gegenseitige Lerneffekte gekennzeichnet ist (Bruffee, 1995, zit. n. Tjaden, 2013, S. 7). In Bezug zum Projekt „Peer-Tutoring in der beruflichen Bildung“ ist eben diese von Bruffee beschriebene reziproke Beziehung Kerngedanke. Mit der Formulierung von zwei Wirkungszielen, bezogen auf zwei Adressatengruppen, den BBP- und den GKP-Studierenden, wird der Bedeutung von gegenseitigen Lerneffekten Rechnung getragen. Dieses gemeinsame Erarbeiten und das voneinander Lernen in der Anleitungssituation macht die Methode „Peer-Tutoring“ so geeignet für die Projektidee, die beteiligten Studierendgruppen auf einer wirkungsvollen Lernebene zusammenzuführen.

## Lerntheoretische Begründung von Peer-Ansätzen

Der Einsatz und die Wirksamkeit der Peer-Ansätze lassen sich aus der lerntheoretischen Perspektive begründen. Zwei Theorien sind in diesem Zusammenhang von Bedeutung: die sozial-kognitive Lerntheorie und der gemäßigte Konstruktivismus. An dieser Stelle kann kein Anspruch auf eine vollständige Beleuchtung der facettenreichen Ansätze bestehen, jedoch werden die Theorien im Kontext der Peer-Ansätze kurz begründet. Den Peer-Ansätzen ist gemeinsam, dass das Lernen am Modell, wie es die sozial-kognitive Theorie von Bandura vorgibt, ein grundlegender Prozess der Sozialisation von Kindern und Jugendlichen ist (Appel, 2002, S. 65). Bandura spricht von reziprokem Determinismus und meint damit die wechselseitige Beeinflussung des Verhaltens, der Umwelt und der Merkmale einer Person (Mietzel, 2007, S. 180), denn „beim Lernen von Modellpersonen werden nicht nur Verhaltensweisen und Fertigkeiten, sondern ebenso Beurteilungen von Situationen und die Anwendung des entsprechenden Verhaltens erlernt“ (Kästner, 2003, S. 60) . Ein wichtiger Aspekt der sozial-kognitiven Theorie ist das Konstrukt des stellvertretenden Lernens, welches meint, dass Menschen nicht alle Erfahrungen selbst machen müssen, sondern „sie können sich durch Beobachtung anderer darüber informieren, welche Konsequenzen bestimmte Verhaltensweisen nach sich ziehen“ (Mietzel, 2007, S. 181).

Demnach stimmen die Erwartungen, die an die Peer-Ansätze gestellt werden, mit den Wirkungen der Lerntheorie überein. Das Modelllernen ist dabei jedoch von vielerlei Faktoren abhängig, was wiederum das Modelllernen variabel, nur bis zu gewissen Punkten beeinflussbar, macht. So hängt der Lernerfolg unter anderem vom Grad der Abhängigkeit zwischen dem Modell und der beobachtenden Person und von der wahrgenommenen Ähnlichkeit ab (ebd.). Dabei scheinen Botschaften, die non-verbal von den TutorInnen vermittelt werden, besonders wirksam, weil glaubwürdig (Appel, 2002, S. 66). Sozial-kognitive Ansätze gehen zudem einher

mit der Selbststeuerung des Lernens durch Beobachtung. Die Selbststeuerung ist ein weiterer verbindender Faktor der sozial-kognitiven Theorie und der erwünschten Wirkung von Peer-Ansätzen, denn „vom Lernenden selbst eingesetzte Strategien zur Kontrolle kognitiver Prozesse und eigener Emotionen können zu einer erheblichen Verbesserung des Leistungsverhaltens führen“ (Mietzel, 2007, S. 198).

Die zweite Lerntheorie, die mit der Intention von Peer-Ansätzen konform geht, ist der gemäßigte Konstruktivismus. Die Vertreter des konstruktivistischen Ansatzes gehen davon aus, dass das Wissen nicht unmittelbar mit Hilfe unserer Wahrnehmung aufgebaut wird, sondern nur durch eigenes Handeln (von Glasersfeld, 1996, zit. n. Jank & Meyer, 2011, S. 290). Gemäßigt meint, dass in Abgrenzung zum radikalen Konstruktivismus hier den Mitgliedern einer Lerngemeinschaft eine gegenseitige Beeinflussung beim Aufbau ihres Wissens anerkannt wird (Mietzel, 2007, S. 45). Peers bilden diese gemeinsame Lerngemeinschaft, denn „durch Kommunikation besteht die Möglichkeit für Lernende, sich gegenseitig Fragen zu stellen, sich so das eigene Verständnis von Wirklichkeit wechselseitig mitzuteilen, es unter einander zu vergleichen, zu überprüfen, aufeinander abzustimmen“ (ebd., S. 47). Reinmann-Rothmeier und Mandl (2001) nennen zentrale Prozessmerkmale für das Lernen aus konstruktivistischer Sicht, die auf Peer-Ansätze bezogen werden können. Wissen muss selbstständig und aktiv in einem Handlungskontext erworben werden. Ein weiterer Aspekt ist das Lernen als emotionaler Prozess. Für die Aneignung von Wissen ist eine angst- und stressfreie Lernsituation unabdingbar. Hier kann das Wesen der Peer-Ansätze gut greifen, da durch diese Methode das Lernen auf Augenhöhe stattfindet, keine Hierarchien wie beispielsweise zwischen LehrerIn und SchülerIn bestehen, und die Peer-Group eine geschützte Atmosphäre bietet. Reinmann-Rothmeier und Mandl (2001) nennen außerdem den sozialen Prozess als wesentliches Merkmal, denn der Wissenszuwachs entsteht in der Interaktion. Peer-Ansätze verkörpern in hohem Maße eine interaktive Lehr-Lern-Methode. Nach den Autoren ist Lernen immer an einen spezifischen Kontext oder an eine Situation gebunden. So nennen sie die Lernumgebung als ausschlaggebend für den Erwerb zentraler Kompetenzen (Reinmann-Rothmeier & Mandl, 2001, zit. n. Mandl & Kopp, 2006, S. 118).

Peer-Ansätze als Lernmethode können selbst initiierte Lernprozesse anbahnen. Selbstbestimmtes Lernen, das ein Kernelement des Konstruktivismus darstellt, führt nicht nur zu Wissenszuwachs und Verhaltensänderung, sondern fördert die „persönliche Entfaltung und gesellschaftliche Teilhabe durch Weiterentwicklung der eigenen Handlungsfähigkeit und Identität“ (Stöhr & Blank, 2015, S. 14). Es folgt jetzt eine Darstellung der Umsetzung von Peer-Tutoring in der beruflichen Bildung am Beispiel Projektes „Peer-Tutoring in der beruflichen Bildung“.

## Beschreibung des Projektes

### Zielsetzung des Projektes Peer-Tutoring in der beruflichen Bildung

Der zu Beginn aufgezeigte Bedarf und die Motivation der Projektverantwortlichen führte zu der Projektidee, Peer-Tutoring mit der PA-Qualifizierung zu verknüpfen, d.h. Peer-Tutoring hier als Unterstützung für eine optimierte Vernetzung der beiden Studiengänge „Berufliche Bildung Pflege“ und „Gesundheits- und Krankenpflege“ zu nutzen. Der Fokus liegt bei dieser Methode auf einem beiderseitigen Nutzen. Durch das Weglassen von typischen hierarchischen Strukturen kann ein Arbeiten auf Augenhöhe stattfinden. Bei der Methode geht es um eine Lernsituation zwischen Gleichgestellten, im Fall des beschriebenen Projektes um die beiden Studierendengruppen. Ziel war es, die beiden Studierendengruppen, d.h. die BBP-Studierenden als Praxisanleitende und die GKP-Studierenden als Anzuleitende zusammenzuführen. Mit dem Projekt sollten die BBP-Studierenden auf ihre PA-Prüfung und die GKP-Studierenden auf ihre Performanzprüfung vorbereitet werden. Demzufolge wurden die Wirkungsziele auf die beiden Adressatengruppen ausgereichtet:

1. Die BBP-Studierenden sind im Rahmen der Praxisanleiterqualifizierung durch die Methode Peer-Tutoring in der Lage, in Zusammenarbeit mit den GKP-Studierenden soziale Interaktionsprozesse und individuelle Lernprozesse zu gestalten.
2. Die GKP-Studierenden sind durch die Methode Peer-Tutoring und die damit verbundene Zusammenarbeit mit den BBP-Studierenden aktive Mitgestalter ihres individuellen Lernprozesses und haben durch die Anbindung an eine TutorIn im Hinblick auf ihre Performanzprüfung einen persönlichen PartnerIn zur individuellen Lernunterstützung.

### Planung und Durchführung

Die Projektdauer umfasste einen

Zeitraum von zehn Monaten. Die Planung, Implementierung und Evaluation erfolgte von Oktober 2015 bis Juli 2016 und wurde von drei Studentinnen im fünften und sechsten Semester des Bachelorstudiengangs „Berufliche Bildung Pflege“ (BBP) an der Fachhochschule Bielefeld realisiert.

Für eine erfolgreiche Implementierung von Peer-Tutoring in der beruflichen Bildung sind folgende Leistungsziele, die gleichzeitig auch die Meilensteine des Projektes markierten, festgelegt worden:

- Durchführung einer Informationsveranstaltung in jeder Studierendengruppe
- Passgenaue Rekrutierung von WorkshopteilnehmerInnen, wegen der Zuordnung in Peers
- Erstellen eines Arbeitsheftes
- Durchführung eines Workshops
- Durchführung der Projektevaluation

Für die Vorbereitung beider Adressatengruppen auf den Workshop sind zum Ende des Wintersemesters 2015/2016 Informationsveranstaltungen geplant und durchgeführt worden. Begründend für die Informationsveranstaltung war, dass so eine gezielte Vorbereitung der Studierenden auf das kommende Semester stattfinden konnte. Es wurden Anknüpfungsmöglichkeiten für die Umsetzung des Workshops geschaffen. Hier war der konstruktivistische Lernansatz ursächlich für das Vorgehen, da die Verknüpfung neuer Themen mit bereits Gelerntem zu hohem Lernerfolg führt (Mandl & Kopp, 2006, S. 118). Des Weiteren konnte so eine direkte Kontaktaufnahme der Projektverantwortlichen mit den Zielgruppen des geplanten Workshops erfolgen (Lipp & Will, 2001, S. 22). Hauptanliegen der jeweils halbstündigen Informationsveranstaltungen war die Motivation beider Zielgruppen für das Projekt. Es wurden die Qualifikationsziele der betreffenden Module vorgestellt und ein Überblick über das kommende Sommersemester skizziert. Es schloss sich die Vorstellung des Projektes, durch die Darstellung der Projektziele, der Methode Peer-Tutoring und des geplanten Workshops an. Am Ende beider Informationsveranstaltungen haben sich je 20 TeilnehmerInnen verbindlich für den Workshop angemeldet. Die Implementierung mittels Workshop erfolgte als Startveranstaltung zu Beginn des Sommersemesters. So konnte gewährleistet werden, dass die Studierenden das Peer-Tutoring über das Sommersemester hindurch anwenden können. Für den Workshop „Peer-Tutoring in der beruflichen Bildung“ stand ein Zeitfenster von fünf Stunden zur Verfügung. Währenddessen wurde zunächst mit beiden Kohorten einzeln gearbeitet. Im zweiten Teil des Workshops fand dann die Zusammenführung beider Kohorten statt. Die Wissensanbahnung fand innerhalb des Workshops statt, die Ergebnisse der Peer-Tutoring-Methode wirkten jedoch über den Workshop hinaus, indem die Peer-Gruppen die Methode in Vorbereitung zur PA-Qualifizierung anwenden konnten. Durch den Aufbau des Workshops konnte sowohl eine differenziertere Erarbeitung der Thematik gefördert werden als auch Synergieeffekte zwischen den TeilnehmerInnen geschaffen werden. Zusätzlich wurde für die Veranstaltung ein Arbeitsheft erstellt, das einen roten Faden durch den Tag bot, indem es theoretische Inhalte enthielt sowie Vorlagen für das Termin- und Zeitmanagement (1). Methodisch zeichnete sich der Workshop durch eine Kombination von Frontalunterrichtelementen und Partnerarbeitsphasen aus. Die Partnerarbeitsphasen wurden für selbstreflexive Arbeitsaufträge zum Rollenverständnis genutzt. Dadurch wurde eine gezielte Auseinandersetzung der Studierenden mit den Rollen ‚TutorIn’ und ‚Tutee’, also dem Rollenverständnis im Peer-Tutoring in den Vordergrund gerückt und eine selbstständige Differenzierung zwischen Lernsituation und Praxisanleitungssituation geschaffen. Dabei ist in enger Zusammenarbeit mit den Lehrenden der projektbetreffenden Module darauf geachtet worden, dass die Rollen der Projektverantwortlichen sich nur auf das Projekt beziehen, um so zu gewährleisten, dass es sich beim Projekt um die Implementierung einer Methode und nicht um die Vermittlung von Modulinhalten handelt.

Vor dem bereits dargelegten theoretischen Hintergrund zur Begründung des Peer-Ansatzes wird nachfolgend die Fortführung der lerntheoretischen Begründung projektbezogen ausgeführt. Die BBP-Studierenden erlernen die Ausübung der Praxisanleitung, verfügen durch eine abgeschlossene Ausbildung in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege bereits über eine Fachexpertise, die sie bei der Vorbereitung der jeweils aktuellen Anleitungssituation erweitern können. Gleichzeitig erlangen sie einen Kompetenzzuwachs besonders auf sozial-kommunikativer Ebene, indem sie soziale Interaktionsprozesse und individuelle Lernprozesse gestalten, und „als Tutor [...] insbesondere durch die intensive aktive Auseinandersetzung mit dem Lerngegenstand und durch das Erklären von Sachverhalten“ profitieren (Topping 2005, zit. n.

Büttner, Warwas & Adl-Amini, 2012, S. 4). Die GKP-Studierenden können während der Zeiten des Peer-Tutorings ihren individuellen Lernbedarf äußern, werden so Mittelpunkt der Anleitungssituation und erfahren besonders handlungsbezogen einen Kompetenzzuwachs. Peer-Tutoring gehört zusammen mit dem kooperativen Lernen zu den peer-mediierten Instruktionsmethoden (ebd., S. 2). Es zeigt sich, dass eine leistungsheterogene Zusammensetzung die besten Ergebnisse hervorbringt. So profitieren TutorIn und Tutee am meisten, wenn zwischen ihnen ein mittlerer Lernabstand besteht (ebd.). Mit dieser Aussage ist auch innerhalb des Projektes die Auswahl des zweiten Semesters der GKP-Studierenden zu begründen. Die dadurch entstehende Semester-Differenz zu den BBP-Studierenden scheint geeignet für das Schaffen eines mittleren Lernabstands. Zudem entsteht die gewünschte Heterogenität durch die zwei verschiedenen Studiengänge innerhalb der gemeinsamen Lehreinheit Pflege und Gesundheit. Somit schließen sich Lernen auf Augenhöhe und Heterogenität der Peers nicht gegenseitig aus.

Positive Effekte der tutorengestützten Lehre sind sowohl bei Tutees als auch bei TutorInnen zu verzeichnen. Die Rolle von TutorInnen einzunehmen, ist für die BBP-Studierenden eine essenzielle Erfahrung auf ihrem pädagogischen Bildungsweg. Es bietet die Möglichkeit schon während des Studiums in der Gestaltung hochschuldidaktischer Lernprozesse mitzuwirken, das Lernen der Studierenden in selbstorganisierten Lernsettings zu gestalten sowie aktives und kooperatives Lernen zu arrangieren (Kröpke, 2015, S. 18). Nach dem didaktischen Prinzip „Lernen durch Lehre“ können sie ihre persönlichen, sozialen und methodisch-didaktischen Kenntnisse und ihr Fachwissen erweitern (ebd., S. 19). Die Tätigkeit der TutorInnen ist, wie in der Literatur beschrieben, sehr komplex und es werden eine Vielzahl von Anforderungen und Erwartungen an TutorInnen gestellt. Die Thematik der komplexen Rolle, als Lernende und Lehrende, wurde im Workshop aufgegriffen. Für die Ausgestaltung der Lehr-Lernsituationen mittels Peer-Tutoring hat sich das Skills Lab als Ort des Lernens und Lehrens angeboten. TutorIn und Tutee sind im geschützten Lernsetting aktiv Gestaltende des Lernprozesses.

## Evaluation

Die Evaluation des Projektes erfolgte auf unterschiedlichen Ebenen nach Kirkpatricks Ebenenmodell (Kirkpatrick & Kirkpatrick, 2015, S. 4 ff.). Die Evaluation des Workshops wurde direkt am Projekttag auf der Reaktionsebene der TeilnehmerInnen als Zwischenevaluation durchgeführt. Der Fokus lag bei dieser Evaluation auf der allgemeinen Zufriedenheit der TeilnehmerInnen mit der Intervention. Wie wurde der Workshop erlebt und eingeschätzt? Haben die Studierenden einen persönlichen Nutzen aus der Projektveranstaltung ziehen können? Die Abschlussevaluation des Projektes erfolgte auf der Lernebene und auf der Handlungsebene. Die Studierenden sollten hier ein Stimmungsbild darüber abgeben, ob sie die Methode Peer-Tutoring nach dem Workshop genutzt haben und das Wirkungsziel für sich erreicht haben. Im Fokus lag hier nicht nur der Wissenszuwachs zum Thema Peer-Tutoring, sondern auch die Fähigkeit die Methode richtig anzuwenden. Zusätzlich wurde evaluiert, ob die Studierenden die Methode nach dem Workshop auch umgesetzt haben, und wie die Erfahrungen mit der Methode bewertet wurden (Kirkpatrick & Kirkpatrick, 2015, S. 6 f.). Für die Zwischenevaluation konnte festgehalten werden, dass die Studierenden im großen Maße zufrieden mit dem Workshop waren. Die Peer-Tutoring Methode fand Zuspruch, die Studierenden beider Kohorten waren motiviert, sich auf die Methode einzulassen und diese anzuwenden.

Die Abschlussevaluation zeigte ein deutlich kritischeres Bild der Umsetzung des Konzeptes. Die BBP-Studierenden schienen einen grundsätzlichen Nutzen in der Arbeit mit realen Anleitungssituationen zu sehen und waren motiviert sich weiterhin auf soziale Interaktionsprozesse, wie dem Peer-Tutoring, einzulassen. Allerdings zeigten die Ergebnisse auch eine gewisse Skepsis gegenüber der Methode, da die Erwartungen an dieselbe überwiegend nicht erfüllt wurden. Im Vergleich zur Zwischenevaluation hat das Sicherheitsgefühl im Verlauf der Anwendung der Peer-Tutoring Methode abgenommen. Zudem

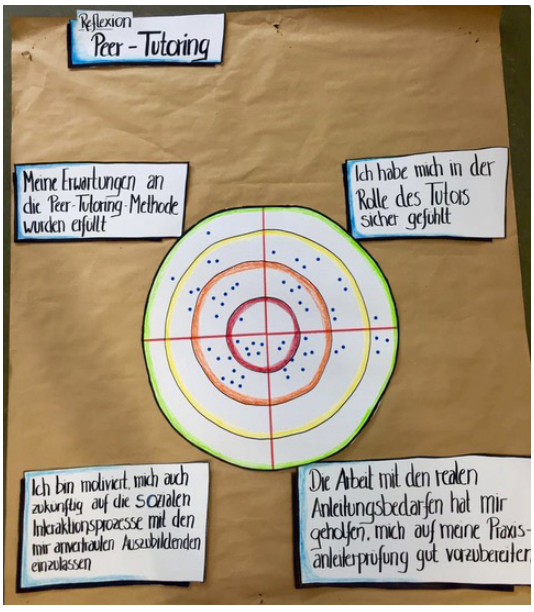



**Abb 1: PeerTutoring BBP**

äußerten die BBP-Studierenden Unsicherheit in Bezug auf ihre Rollen als Tutoren (s. Abb. 1 u. Abb. 3). Die GKP-Studierenden spiegelten die Skepsis der BBP-Studierenden wider. Bei den Ergebnissen der GKP-Studierenden ließ sich eine Teilung der Kohorte feststellen. In einen Teil, der mit der Methode und der Umsetzung gut zurechtgekommen und zufrieden war und einen anderen, größeren Teil, bei dem das Gegenteil der Fall gewesen zu

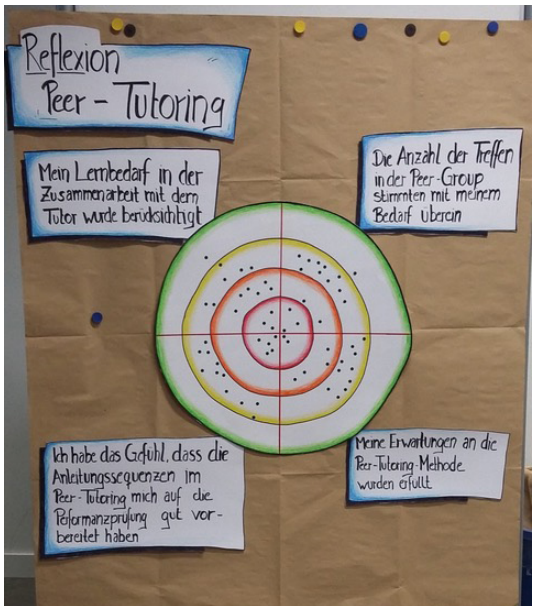



**Abb 2: PeerTutoring GKP**

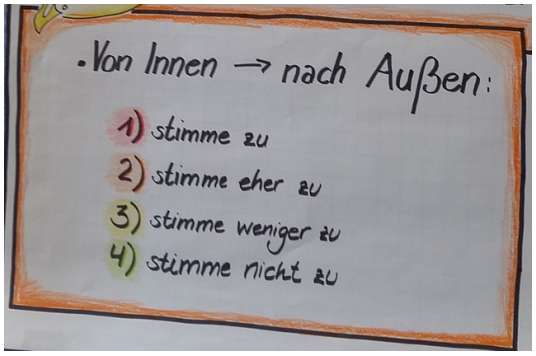



**Abb 3: Agenda zu den Abbildungen**

sein schien (s. Abb. 2 u. Abb. 3). Die Differenzierung der Reflexion bei der Aussage zur Vorbereitung auf die Performanzprüfung wurde die Teilung der Gruppe besonders deutlich, entweder fühlten sich die Studierenden sehr gut vorbereitet oder eher nicht. Das ließ den Schluss zu, dass GKP-Studierenden das Wirkungsziel erreicht haben, wenn sie zielführend mit ihrer Tutorin oder ihrem Tutor zusammenarbeiten konnten. Bezugnehmend auf die spontanen Äußerungen der BBP-Studierenden, wurde trotz der gezielten Abgrenzung zum Modul AuM und der damit verbundenen Organisation der PA-Qualifizierung, die Schwierigkeit zurückgemeldet, dies bei der Reflexion des Konzeptes zu berücksichtigen. Weiter wurde die fehlende Vergleichsmöglichkeit zu den vorherigen PA-Qualifizierungen bei der Reflexion als schwierig empfunden.

## Kritische Reflexion des Projektes und Fazit

Die eingangs dargestellte Projektvision innerhalb der PA-Qualifizierung, die beteiligten Adressatengruppen wirkungsvoll anzusprechen und eine möglichst reale Anleitungssituation zu gestalten, lässt sich nach der Analyse der Evaluationsdaten in der methodischen Umsetzung bestätigen. Allerdings fühlten sich beide Kohorten überwiegend nicht sicher in der weiteren Anwendung der neuen Methode. Das lässt den Schluss zu, dass die Schwierigkeiten weniger in der Einführung einer neuen Methode liegen als in der Anbahnung erforderlicher Kompetenzen für dieselbe. Anzunehmen ist, dass hier eine Begleitung durch das Projektteam während der Anwendung der Methode und eine engere Verzahnung beider Studiengänge für mehr Sicherheit gesorgt hätte. In der Konsequenz bedeutet das eine noch gezieltere und zeitlich früher ansetzende Vorbereitung der Studierenden auf das vierte Semester, konkret auf die Qualifizierungsmöglichkeit und das Peer-Tutoring bezogen und während der praktischen Umsetzung der Peer-Tutoring-Methode eine Möglichkeit zu schaffen den Peer-Gruppen begleitend zur Seite stehen. Vermutlich wäre es so möglich gewesen, die BBP-Studierenden kompetenzorientierter auf ihre Rolle als TutorIn vorzubereiten. Wie bereits in der lerntheoretischen Begründung herausgestellt, handelt es sich bei Peer-Tutoring um eine Methode, welche ihr Potential erst durch selbstorganisiertes Lernen entfaltet. Unter Rückbezug auf die Evaluationsergebnisse wird deutlich, dass für die Anbahnung erforderlicher Kompetenzen für diese Lernmethode wiederholte Auseinandersetzungen nötig sind, die nicht im Rahmen eines einzelnen Workshops getätigt werden können. Hier wäre eine spiralförmig eingebettete Methodenumsetzung im Studienverlauf für beide Kohorten hilfreich. Retrospektiv ist als Stärke des Projektes die Verknüpfung von Peer-Tutoring und Praxisanleiterqualifikation in der FH Bielefeld zu nennen. Peer-Tutoring bietet ein weites Anwendungsfeld und motiviert vor allem durch die subjektorientierte Art des Lernens. Zudem hat sich die Prozessstruktur als Stärke erwiesen. Die Adressaten konnten bei der Methodenimplementierung durch die erfolgten Informationsveranstaltungen direkt thematisch starten. Die zufällige Zusammenstellung der Peers, mit der Möglichkeit, dass TutorIn und Tutee nicht zusammenpassen, wurde erst bei der Zusammenführung der Peers deutlich. Die Studierenden haben sich mit einer kurzen Kennenlernzeit und einem direkt

angeschlossenen Arbeits- und Reflexionsauftrag sehr gefordert und teilweise überfordert gefühlt. Weitere Methoden zur Stärkung der Gruppendynamik (z.B. Teambilding-Prozesse) wären an dieser Stelle sinnvoll gewesen. Die Sympathiekomponente bei einer erneuten Bildung von Peers muss stärker beachtet werden und kann eventuell durch frühzeitigeres Kennenlernen der beiden Studierendengruppen positiv unterstützt werden. Weiter kann eine gezielte Schulung der zukünftigen TutorInnen hilfreich sein, um Sicherheit zu vermitteln. Das Konzept, so wie es entwickelt wurde, bietet für die FH Bielefeld eine gute Möglichkeit, durch eine gezielte Vernetzung der BBP- und GKP-Studierenden mit der Peer-Tutoring Methode, die Praxisanleiterqualifizierung teilnehmerorientiert anbieten zu können und dabei einen gleichzeitigen Nutzen für die GKP-Studierenden bereitzuhalten.

## Fußnote

1. Unter diesem Link können das projektbezogene Arbeitsheft sowie das Poster eingesehen werden: https://drive.google.com/folderview?id=0BzutY4h-V867QU9waHRHTVZqSTA&usp=sharing

## Literatur


Appel, E. (2002). Auswirkungen eines Peer-Education-Programms auf Multiplikatoren und Adressaten - eine Evaluationsstudie. Berlin: Freie Universität Berlin.

BGB1. (2003, November 10). Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege [KrPflAPrV].

Bonse-Rohmann, M. (2011). Neue Strukturen der Lehrerbildung in den beruflichen Fachrichtungen Gesundheit und Pflege. In M. Bonse-Rohmann & H. Burchert (Hrsg.), Neue Bildungskonzepte für das Gesundheitswesen (S. 9–27). Bielefeld: wbv.

Büttner, G., Warwas, J. & Adl-Amini, K. (2012). Kooperatives Lernen und Peer-Tutoring im inklusiven Unterricht. Zeitschrift für Inklusion, (1–2).

Fachhochschule Bielefeld. (2012). Modulhandbuch Bachelor-Studiengang Berufliche Bildung Pflege an der Fachhochschule Bielefeld. Zugriff am 1.10.2013. Verfügbar unter: https://www.fh-bielefeld.de/multimedia/Hochschulverwaltung/Dezernat+II/StudServ/Prüfungsangelegenheiten/Wirtschaft+und+Gesundheit/Bachelorstudiengang+Berufliche+Bildung+Pflege/Prüfungsordnung+Bachelor+Version+13+und+Modulhandbuch+Berufliche+Bildung+Pflege.pdf

Freese, C., Jopt, M., Latteck, Ä.-D., Cieslukowski, E., Wiens, S. & Raschper, P. (2018). Förderung pädagogischer Kompetenzen durch die Gestaltung von Anleitesituationen im Skills Lab - ein Projekt an der FH Bielefeld (Berufsbildungsforschung Pflege und Gesundheit). In F. Arens (Hrsg.), Lehrerbildung der Gesundheitsberufe im Wandel. Von der Pflegepädagogik zur Berufspädagogik Pflege und Gesundheit (Band Band 4, S. 340–366). Berlin: wvb.

Hattie, J. (2013). Lernen sichtbar machen. (W. Beywl & K. Zierer, Übers.). Baltmannsweiler: Schneider-Verl. Hohengehren.

Jank, W. & Meyer, H. (2011). Didaktische Modelle: alle Schulformen (10. Aufl.). Berlin: Cornelsen.

Kästner, M. (2003). Peer-Education - ein sozialpädagogischer Arbeitseinsatz. In M. Nörber (Hrsg.), Peer-Education. Bildung und Erziehung von Gleichaltrigen durch Gleichaltrige (S. 50–64). Weinheim: Beltz.

Kirkpatrick, J. & Kirkpatrick, W. (2015). An Introduction to the New World Kirkpatrick®. Newman: Kirkpatrick Partners, LLC.

Knauf, H. (2007). Tutorenhandbuch: Einführung in die Tutorenarbeit (Motivierendes Lehren und Lernen in Hochschulen) (3. Auflage.). Bielefeld: UVW, Webler.

Koch, F. (2012). Theorie-Praxis-Transfer in der Pflegeausbildung. PADUA, 7 (3), 149–153.

Kröpke, H. (2015). Tutoren erfolgreich im Einsatz: ein praxisorientierter Leitfaden für Tutoren und Tutorentrainer (UTB Schlüsselkompetenzen). Opladen: Budrich.

Lipp, U. & Will, H. (2001). Das große Workshop-Buch: Konzeption, Inszenierung und Moderation von Klausuren, Besprechungen und Seminaren (Beltz Weiterbildung) (5., erw. Aufl.). Weinheim: Beltz.

Mamerow, R. (2016). Praxisanleitung in der Pflege: mit 20 Abbildungen (5., aktualisierte Aufl.). Berlin: Springer.

Mandl, H. & Kopp, B. (2006). Lehren in der Weiterbildung aus pädagogischpsychologischer Sicht. In E. Nuissl (Hrsg.), Vom Lernen zum Lehren. Lern- und Lehrforschung für die Weiterbildung (S. 117–128). Bielefeld: Bertelsmann.

Mietzel, G. (2007). Pädagogische Psychologie des Lernens und Lehrens (Lehrbuch) (8., überarb. und erw. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.

Nörber, M. (Hrsg.). (2003). Peer Education: Bildung und Erziehung von Gleichaltrigen durch Gleichaltrige (Beltz Votum) (1. Aufl.). Weinheim: Beltz.

Nörber, M. (2010). Peer-Education. Kinder- und Jugendschutz in Wissenschaft und Praxis, 55 (3), 75–78.

Steffan, S. & Knoch, T. (2016). Bedarfsgerechte Qualifizierung der Lehrenden in der Praxis. Pädagogik der Gesundheitsberufe, 3 (1), 41–46.

Stöhr, M. & Blank, A. (2015). „Mit den Augen der Lernenden“ sehen - (Selbst-) Lernprozesse ermöglichen, fördern und begleiten. Pädagogik der Gesundheitsberufe, 2 (3), 11–22.

Tjaden, M. (2013, Juli 18). Implementierung von Elementen des Konfliktmanagements in Peer Tutoring Programmen. Masterarbeit. Frankfurt (Oder): Europa Universität Viadrana.

# Gesundheitsförderung an Pflegeschulen


## Abstract

Die demografische Entwicklung in der Bundesrepublik Deutschland und der damit verbundene Anstieg der Anzahl pflegebedürftiger Menschen gewinnen zunehmend an Bedeutung. Dementsprechend muss es einerseits gelingen, junge motivierte Menschen für die Ausbildung für Pflegeberufe zu begeistern, andererseits diese an die Institution zu binden und gesund zu erhalten. Gesundheitsfördernde Maßnahmen, Konzepte und Verbesserungen der Rahmenbedingungen gelten als unabdingbar. Diese müssen analysiert und weiterentwickelt werden.

Ziel der Studie war es, Handlungsempfehlungen zur Gesundheitsförderung an Berufsfachschulen für Gesundheits- und Krankenpflege zu erstellen.

Die Untersuchung basiert im wesentlichen auf drei Teile mit quantitativen und qualitativen Forschungsmethoden: Eine Interventionsstudie, eine Befragung von Auszubildenden mit halbstandardisierten Fragebögen und eine Befragung von Experten.

Die Ergebnisse zeigen, dass Interventionen im Schulalltag einen positiven Einfluss auf die Gesundheit der Auszubildenden haben. Die Ergebnisse zum Erleben von Einflüssen, die gesundheitsfördernd oder -schädigend wirken, beziehen sich neben Rahmenbedingungen und Schulorganisation auch auf eine gemeinsame Schulentwicklung und -gestaltung. Experten bestätigen, dass Sportunterricht einen wichtigen positiven Einfluss hat und in den Schulalltag integriert werden sollte.

Die resultierenden Handlungsempfehlungen sollten für die Schulorganisation- und -entwicklung berücksichtigt werden. Weiter sollten Interventionen zur Gesundheitsförderung, wie z. B. Sportunterricht in den Schulalltag fest implementiert werden.



**Schlüsselwörter**
Gesundheitsförderung – Berufsfachschulen – Pflegeberufe – Determinanten – Sportunterricht - Konzept



Eingereicht 14. April 2016
Genehmigt 14. Juni 2016



## Abstract

The demographic trend in the Federal Republic of Germany and the associated increase of people in need of care gains more and more in importance. Accordingly, on the one hand it has to be achieved to imspire young and motivated people for the apprenticeship, on the other hand to bond them to the institutions and keep them healthy. Health promoting activities, concepts and improvement of framework conditions are said to be of vital importance. These have to be analyzed and enhanced.

The aim of the investigation was to give recommendations for health promotion to nurses training schools.

The study is based on three main components with quantitative and qualitative research methods : An intervention study , a survey of students with semi-structured questionnaires and a survey of experts.

The results of the experience of influences which are positive or negative on the trainees health refer to the framework requirements and school organization alongside with common school development and school arrangement.

The resulting recommendations should be considered in school organization- and development. Furthermore health promotion interventions such as, e.g. physical education, be implemented into the school routine/schedule at nurses training schools..



**Keywords**
Health promotion – school of nursing – nursing – determinants – physical education - concept

**Gesundheit erhalten**

Nur Pflegepersonal, welches gesund und physisch und psychisch belastbar ist, kann den steigenden Anforderungen gerecht werden. Gesundheitsfördernde Maßnahmen könnten dabei eine Möglichkeit sein, Mitarbeiter für ihre persönliche Gesunderhaltung zu sensibilisieren und gesundheitsschädigende Verhaltensweisen abzubauen (Drossel, Hirsch, 2013; Trojan et al., 2002).

Doch gerade Auszubildende in der Gesundheits- und Krankenpflege zeigen erhebliche gesundheitsschädigende Verhaltensweisen. Rauchen oder mangelnde sportliche Aktivitäten liegen bei einer großen Anzahl von Auszubildenden vor (von Lindemann et al., 2011). Zu einem ähnlichen Ergebnis kamen Bomball et al. (2010). Sie stellten fest, dass Pflegeauszubildende häufiger rauchen als ihre Altersgenossen und sich häufig ungesünder ernähren. In Deutschland rauchten im Jahr 2009 33,2 Prozent der Männer und 22,3 Prozent der Frauen (Bundesamt, 2010). Die Raucherquote von Auszubildenden in der Gesundheits- und Krankenpflege in Sachsen-Anhalt lag bei einer Erhebung von Hirsch et al. (2010) bei 53,5 Prozent und somit weit über dem bundesweiten Durchschnitt. Wie Hurrelmann et al. (2003) aufzeigen, bilden sich gesundheitsschädigende Verhaltensweisen frühzeitig und nicht erst zu Beginn einer Ausbildung aus. Maßnahmen zur Optimierung der Ausbildung, die Einfluss auf dieses selbstschädigende Verhalten nehmen können, sind also so früh wie möglich notwendig (von Lindemann et al., 2011). Beispiele hierfür wären, so zeigt eine Interventionsstudie von Drossel und Hirsch (2013), u. a. Maßnahmen zur körperlichen Fitness, wie Yoga, Rücken- und Lauftraining.

**Sport und Bewegung**

Für den Sportwissenschaftler Hauer besitzt Bewegung - insbesondere Sport - eine vielfältige Funktionen, die „von der Gesundheitsförderung bzw. Krankheitsverhütung über seine pädagogische Rolle im Sinne einer Wertevermittlung“ reicht (Hauer, 2012, 19). Körperliche Aktivitäten tragen wesentlich zur Risiko-Reduktion von cardio-vasculären (z.B. Herzinfarkt), metabolischen (z.B. Diabetes) Erkrankungen und bei bösartigen Neubildungen (z. B. Tumore) bei, belegt mit entsprechenden Studien (vgl. Reicherz et al. in Geuter, 2012, 153). Diese gesundheitsförderlichen Aspekte sind begründet im Drang nach Bewegung, welcher grundsätzlich in der menschlichen Natur angelegt und deswegen ein zentrales menschliches Bedürfnis ist (vgl. Brieskorn-Zinke, 2006, 144): „Bewegung ist ein Urphänomen des Lebens“ (Brieskorn-Zinke, 2006, 145). Bereits im Vorschulalter werden Kinderbetreuungseinrichtungen Sport- und Bewegungsangebote angeboten. Diese werden durch Sportunterricht an Regelschulen - curricular geregelt - weitergeführt. Mit Eintritt in Berufsbildung - so auch bei den Pflegeberufen - endet diese kontinuierliche Förderung abrupt. Freese untersuchte bereits 2005 innerhalb des Projektes „Transfer orientierte Forschung an Fachhochschulen“ (TRAFO) 127 Auszubildenden und Pflegenden den subjektiven Gesundheitszustand, das Gesundheitsverhalten und das Gesundheitsinteresse.

Er zeigte auf, dass Rückenbeschwerden im Verlauf der Pflegeausbildung kontinuierlich zunahmen. So waren es im ersten Jahr 22,2 Prozent. Im zweiten Jahr stieg dieser Anteil auf 33,4 Prozent und im dritten Jahr auf 46,2 Prozent (Freese in Bonse-Rohmann, 2005, 48). Den wichtigen Stellenwert von Gesundheit insbesondere in der Pflegeausbildung, belegt die bundesweite Vollerhebung zu Gesundheitsförderung und Prävention an Pflegeschulen (Bomball et al., 2010, 1048-1054). Insgesamt wurden 1.505 Schul- und Pflegedienstleitungen sowie zusätzlich 1.119 Pflege-Auszubildende zu ihrem Gesundheitsverhalten befragt. Zentrale Ergebnisse der Studie: über die Hälfte der Schüler (52,6 Prozent) leiden täglich bis wenigstens einmal wöchentlich an Kreuz- bzw. Rückenschmerzen. 49 Prozent geben Nacken- und Schulterschmerzen an. Unter Kopfschmerzen leiden 45,9 Prozent der

**Dennis Krumpholz, B.Sc., M.A.**
Fachkinderkrankenpfleger für Anästhesie- und Intensivpflege, Praxisanleiter sowie Referent an den Schulen für Gesundheitsberufe an den HELIOS- Dr. Horst-Schmidt-Kliniken in Wiesbaden

**Prof. Dr. phil. Matthias Drossel, B.A., M.ScN.**
Gesundheits- und Krankenpfleger, Medizinpädagoge, Pflegewissenschaftler, Gesamtschulleitung Berufsfachschulen Bamberger Akademien für Gesundheits- und Pflegeberufe, Professur an der SRH Hochschule für Gesundheit Gera

angehenden Pflegekräfte mindestens einmal wöchentlich. Hinzu kommen Ergebnisse des „Ausbildungsreport Pflegeberufe 2012“, einer weiteren deutschlandweiten Befragung von insgesamt 2.660 Auszubildenden (Vereinigten Dienstleistungsgewerkschaft, 2012). Demnach empfinden drei von zehn Auszubildenden (28,8 Prozent) das schwere Heben und Tragen als besonders belastend. „Vor dem Hintergrund eines langen Erwerbslebens im Pflegeberuf bis in das Rentenalter hinein erscheint diese hohe Antwortquote der befragten Auszubildenden sehr bedenklich. Hier zeigt sich, dass betriebliche gesundheitsfördernde Maßnahmen notwendig sind, in die auch Auszubildende von Beginn ihrer Ausbildung an einbezogen werden müssen“ (Verdi, 2012, 43, 44). Drossel untersuchte in einer qualitativen Studie aus dem Jahr 2013 zur „Gesundheitsförderung an Fachschulen für Pflegeausbildung in Bayern“, insgesamt 13 Auszubildende im dritten Ausbildungsjahr und detektierte unterschiedliche Faktoren mit gesundheitsförderlichen und -schädigenden Auswirkungen während der Ausbildungszeit. Als gesundheitsschädigend wurde beispielsweise reduzierte sportliche Aktivitäten sowie übermäßiger und ungesunder Nahrungs- bzw. Genussmittelkonsum angegeben (Drossel, 2014, 56-58).

## Quantitative Erhebungen als Voruntersuchung

### Fokussierung des Forschungsfeldes

Auf die dargelegten Ergebnisse aufbauend, wurde eine quantitative Erhebung durch Krumpholz (Krumpholz, 2015, 61 ff.) als Voruntersuchung bezüglich des Gesundheits- sowie Sport- und Bewegungsverhalten von mit 71 Probanden innerhalb einer Gesundheitsschule aus einem Zusammenschluss von fünf unterschiedlichen Trägern aus dem südöstlichen Rhein-Main-Gebiet durchgeführt (n=71, darunter 49 Gesundheits- und Kranken- sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflege (84,5 Prozent) sowie 11 Teilnehmern aus der Krankenpflegehilfe (15,5 Prozent)). Bei 47 Teilnehmern (66,2 Prozent) wurde kein betriebliches Sport- oder Bewegungsprogramm angeboten. Über 50 Teilnehmer sind Freizeitsportler (70,4 Prozent), von diesen konnten 8 Stück (11,3 Prozent) ihren gewohnten Sportumfang beibehalten, 38 Teilnehmer (53,5 Prozent) reduzierten diesen und 10 Teilnehmer (14,1 Prozent) mussten diesen komplett einstellen. 31 Teilnehmer nahmen an Gewicht zu (43,7 Prozent), 35 Personen verneinten dies (49,3 Prozent). 29 Rückmeldungen (40,8 Prozent) gab es bezogen auf die Gewichtszunahme welche durchschnittlich 6,4 kg betrug, der Median lag bei 5 kg. Der restliche Teil der Teilnehmer (42 Personen=59,2 Prozent) enthielt sich oder konnte hierzu keinerlei Angaben machen. 43 Teilnehmer (60,6 Prozent) bezeichneten sich als gesundheitsbewusst. 44 Teilnehmer (62 Prozent) änderten ihre Ernährungsgewohnheiten während der Ausbildung, davon 29 Teilnehmer (40,8 Prozent) hin zum Gesundheitsbewussten und 34 Personen (47,9 Prozent) zum ungesünderen Lebensstil hin.

Die Ergebnisse zeigen, dass mit 50 Personen überdurchschnittlich viele Freizeitsportler in der untersuchten Schülerkohorte vertreten sind (70,4 Prozent). Verglichen mit der GEDA Studie des RKI aus dem Jahre 2012, nach welcher 35 Prozent der deutschen Männer und Frauen zwischen dem 18 und 30 Lebensjahr Freizeitsport betreiben, sind hier sogar doppelt soviel sportlich aktiv. Der Median der Gewichtszunahme liegt bedenklich hoch. Bedingt durch die Ausbildung mussten 10 Teilnehmer (14,1 Prozent) ihren sportlichen Ausgleich beenden und sogar 38 Teilnehmer (53,5 Prozent) reduzierten diesen, sonst läge die Zahl noch höher. Lediglich einer der fünf Träger des Gesundheitsschule bietet Sport- und Bewegungskurse im Rahmen seines Betrieblichen Gesundheitsmanagements an. Die Erhebung macht den Handlungsbedarf sichtbar, welchen es nun gilt weiter zu erforschen.

**(Hinweis: Die komplette Studie erhalten Sie unter: ISBN 978-3-668-02677-3)**

Als weiteres quantitatives Forschungsergebnis wurde die Untersuchung von Drossel und Hirsch (2013), Ergebnisse veröffentlicht in Heilberufe Science, Springer, einbezogen. In einer dreimonatigen Interventionsstudie ‚Meine Gesundheit in meiner Hand’ wurden an den Bamberger Akademien für Gesundheits- und Pflegeberufe verschiedene positive Effekte durch Gesundheitsförderung im Schulunterricht durch die Untersuchung erkannt. Es wurden als Intervention wechselnd über einen Zeitraum von drei Monaten Unterrichte mit den Themen zu Fitness, Entspannung und Ernährung angeboten. Untersucht wurden 158 Auszubildende. Die wesentlichen Ergebnisse der Studie werden folgend zusammengefasst (Drossel, Hirsch, 2013, 115-120):

1) Die Auszubildenden wurden durch die das Thema Gesundheitsförderung in ihrer Einrichtung sensibilisiert.

2) Die Auszubildenden widmen sich mehr sportlichen Aktivitäten.

3) Die Auszubildenden zeigen vermehrt gesundheitsförderndes Verhalten.

4) Das subjektive Gesundheitsempfinden wird durch Gesundheitsförderung im Schulalltag positiv beeinflusst.

5) Gesundheitsförderung führt zu einer Reduktion gesundheitsschädigender Verhaltensweisen (z. B. Anzahl Raucher verringert sich).

6) Schmerzen (z. B. Rückenschmerzen) verringern sich.

**(Hinweis: Die komplette Studie erhalten Sie unter: ISBN 978-3-639-79269-0, Veröffentlicht als Fachartikel: DOI 10.1007/s16024-013-0161-4)**

Nachfolgend werden zwei Forschungsteile beschrieben, die Gesundheitsförderung in der theoretischen Ausbildung in Berufsfachschulen für Krankenpflege von Drossel (Teil 1) und Krumpholz (Teil 2) untersuchen:

**Teil 1: Qualitative Erhebung ‚Einflussfaktoren und Aktivitäten der Gesundheitsförderung im theoretischen Setting von Berufsfachschulen für Krankenpflege' (Drossel, 2015)**

**(Hinweis: Die komplette Studie erhalten Sie unter: ISBN 978-3-639-72957-3)**

Zur Erhebung der Einflussfaktoren und Aktivitäten Auszubildender in Berufsfachschulen für Krankenpflege wurde ein qualitatives Forschungsdesign gewählt, um so die Einstellung von Auszubildenden zu gesundheitserhaltender und -fördernder Faktoren in der Berufsfachschule für Krankenpflege abfragen zu können (Mayer, 2011a, 89, f.; Mayer, 2011b, 70, f.). Da die Fragestellungen auf das subjektive Empfinden abzielten und Probleme der gesellschaftlichen Realität in der Gruppe der Auszubildenden in Berufsfachschulen abbilden sollen, wurden v. a. problemzentrierte Elemente genutzt (Witzel, Reiter, 2012, 24-51; Schmidt- Grunert, 2004, 11-68). Die Inhaltsanalyse der Interviews erfolgte nach Mayring (2010). Ziel der Inhaltsanalyse nach Mayring war es, Material, das durch Kommunikation entstand, theorie- und regelgeleitet systematisch zu analysieren (Mayring, 2010, 11, ff.).

**Forschungsfrage und Ziel**

Folgende Forschungsfragen waren Gegenstand der durchgeführten Untersuchung und bezogen sich auf die theoretische Ausbildung in Berufsfachschulen für Krankenpflege:

*Welche Determinanten während der theoretischen Ausbildung der Gesundheits- und Krankenpflege beeinflussen das Gesundheitsempfinden aus Sicht von Auszubildenden positiv?*

*Welche Determinanten während der theoretischen Ausbildung der Gesundheits- und Krankenpflege beeinflussen das Gesundheitsempfinden aus Sicht von Auszubildenden negativ?*

*Welche gesundheitsfördernden Aktivitäten werden durch Auszubildende der Gesundheits- und Krankenpflege in der Freizeit ausgeübt?*

*Welchen gesundheitsschädigenden Aktivitäten setzen sich Auszubildende der Gesundheits- und Krankenpflege aus?*

**Methode und Erhebungsinstrument**

Es wurde ein qualitatives Forschungsdesign gewählt, um so die Einstellung von Auszubildenden bzgl. gesundheitserhaltender und -fördernder Faktoren in der Berufsfachschule für Krankenpflege abfragen zu können (Mayer, 2011a, 89, f.; Mayer, 2011b, 70, f.). Die Forschungsfragen sollten durch leitfadengestützte, halbstrukturierte Interviews beantwortet werden. Da die Fragestellungen auf das subjektive Empfinden abzielten und Probleme der gesellschaftlichen Realität in der Gruppe der Auszubildenden in Berufsfachschulen abbilden sollen, wurden v. a. problemzentrierte Elemente genutzt (Witzel, Reiter, 2012, S. 24-51; Schmidt- Grunert, 2004, 11-68). Die Inhaltsanalyse der Interviews erfolgte nach Mayring (2010). Ziel der Inhaltsanalyse nach Mayring war es, Material, das durch Kommunikation entstand, theorie- und regelgeleitet systematisch zu analysieren (Mayring, 2010, 11, ff.). Als Erhebungsinstrument wurde vom Autor ein Interviewleitfaden erstellt. Dieser war in sechs Haupt- und zwölf Nebenfragen gegliedert. Nachfolgend wurde der Interviewleitfaden mit zwei Pflegewissenschaftlerinnen diskutiert und daraufhin einzelne Fragestellungen präzisiert sowie einige Formulierungen zur besseren Verständlichkeit angepasst. Zudem wurde der Leitfaden nach einem Probeinterview mit drei Auszubildenden der Gesundheits- und Krankenpflege nochmals überarbeitet und angepasst: Es wurde eine Mehrauswahl an Nebenfragen hinzugefügt. Ziel dieser Änderungen war es, bei Bedarf detaillierter und zielgerichtet nachfragen zu können, z. B. bei gesundheitsfördernden oder -schädigenden Maßnahmen. Es wurden nur Fragen gewählt, die das theoretische Setting der Krankenpflegeausbildung zum Inhalt hatten, da wie bereits vom Autor erwähnt, die Einflussmöglichkeiten der Schulleitungen von Berufsfachschulen auf das Setting der praktischen Ausbildung unzureichend sind. Den Auszubildenden wurde die Zielsetzung der Arbeit vom Autor im Vorfeld erklärt. Eine Einflussnahme auf das praktische Setting hätte nach Ansicht des Autors das Vorhaben unglaubwürdig erscheinen lassen und die Compliance bei den Interviews seitens der Befragten verändert.

**Sample**

Es war geplant, so viele Personen zu befragen, bis das Leitprinzip der theoretischen Datensättigung erreicht werde. Diese war aus Sicht des Autors bereits nach 13 Interviews erreicht.

Die Rekrutierung der Befragten erfolgte über einen Aushang in den jeweiligen Berufsfachschulen in Ober- und Mittelfranken. Insgesamt wurden 19 Auszubildende aus fünf Berufsfachschulen für Krankenpflege im Raum Ober- und Mittelfranken befragt.

Einschlusskriterien: Als Einschlusskriterien wurden Auszubildende des dritten Ausbildungsjahres der Gesundheits- und Krankenpflege in Franken, Bayern, Deutschland, festgelegt. Der fortgeschrittene Ausbildungsstand diente einer erfahrenen und reflektierten Darstellung der Wünsche und Anregungen bzgl. des Settings der Berufsfachschule (z. B. räumliche Gestaltung). Als weiteres Kriterium wurden einzig Schulen in Franken (Bayern) in die Befragung eingeschlossen, da durch das föderalistische Prinzip deutschlandweit, trotz bundesweitem Gesundheits- und Krankenpflegegesetz, sehr unterschiedlich ausgebildet wird. Eine Befragung von Auszubildenden in Ballungszentren und ländlichen Gegenden zu je der Hälfte wurde angestrebt, da vom Autor vermutet wurde, dass die Bedürfnisse bzgl. gesundheitsfördernder Faktoren von Bewohnern ländlicher Regionen zu denen aus Ballungszentren teilweise differieren und gesundheitsschädigende Fakto-

ren unterschiedlich wahrgenommen werden. Weiter wurde angenommen, dass die Umweltbelastungen unterschiedlich sind und Auswirkungen auf das Gesundheitsempfinden haben.

Ausschlusskriterien: Auszubildende des ersten und zweiten Ausbildungsjahres wurden aus der Untersuchung ausgeschlossen, da diese einerseits noch minderjährig sein könnten, andererseits aus Sicht des Autors noch nicht ausreichend Erfahrungen in der theoretischen Pflegeausbildung gesammelt haben. Angehörige anderer Pflegeberufe (Altenpflege, Kinderkrankenpflege) wurden ebenso nicht befragt, da das Tätigkeitsfeld und die theoretische Ausbildung sich sehr stark von der Gesundheits- und Krankenpflege unterscheiden.

Es wurde geplant, dass potenzielle Interviewpartner (Auszubildende) sich freiwillig beim Autor der Studie, der zugleich die Interviews durchführte, zur Interviewführung melden. Dies geschah mittels Informationsblatt in den jeweiligen Bildungseinrichtungen. Dieses beinhaltete eine Darstellung über den Studienzweck und das Studienziel, die persönliche Vorstellung des Interviewers und Informationen zu den Rahmenbedingungen des Interviews (Datenschutz, Einverständniserklärung, jederzeitiger Abbruch des Interviews, etc.). Interessierte Auszubildende konnten somit frei entscheiden, ob sie sich für das Interview beim Interviewer oder Klassenleiter bzw. Schulleiter melden.

**Ethische Aspekte**

Bei den befragten Personen handelte es sich aus ethischer Sicht um keine vulnerable Gruppe. Eine Meldung wurde beim Research Committee for Scientific and Ethical Questions (RCSEQ) der UMIT Universität, Hall in Tirol, eingereicht. Die Kommission bewertete die Durchführung der Studie als ethisch unbedenklich und genehmigte die Durchführung. Die Auszubildenden wurden über ein Informationsblatt in den Berufsfachschulen für Krankenpflege vorinformiert. Sie konnten sich freiwillig für die Befragung melden. Vor dem Interview wurde die Einverständniserklärung ausgehändigt und die Inhalte dieser besprochen. Die Auszubildenden wurden über Sinn und Zweck der Untersuchung informiert. Abschließend wurde die Zustimmung für das Interview durch eine Unterschrift formal bestätigt. Die Befragung ermöglichte es, eigene Vorstellungen zu äußern. Daraus resultierte das Risiko, dass bisher geplante Ziele des Autors verfehlt werden könnten oder diese sogar mit dessen konkurrieren. Der Untersucher war sich dieser Probleme bewusst und akzeptierte sie. Es gilt als Grundprinzip in der Vorgehensweise wissenschaftlichen Arbeitens.

**Durchführung der Datenerhebung, -analyse**

Ein Promoten der Befragung fand über Aushänge und die Klassenlehrer der jeweiligen Ausbildungsstätten (Berufsfachschulen für Krankenpflege) statt. Hierzu wurden die jeweiligen Schulleitungen kontaktiert, angefragt und informiert.

Ziel war es, das Interesse der Auszubildenden an der Teilnahme der Interviews zu wecken. Es sollte erreicht werden, dass diese von sich aus Interesse

an dem Interview und der Untersuchung bekunden. Die Bereitschaft war allerorts vorhanden. Die Unterstützung der Berufsfachschulleitungen und Klassenleitungen war groß. Es meldeten sich insgesamt 23 Auszubildende verschiedener Berufsfachschulen für Krankenpflege in Oberfranken und Mittelfranken. 17 Personen wurden in die Untersuchung eingeschlossen und interviewt.

Bettina Hojdelewicz, Ulrike Resch-Kröll

**Kinaesthetics in der Pflege**

**Ein Lehrbuch für Gesundheitsberufe**

*facultas 2018, 216 Seiten, broschiert*
*EUR 29,90 (A) / 29,10 (D) / sFr 36,60 UVP*
*ISBN 978-3-7089-1592-0*

Mit Filmen zum Buch!

**Bewegung ist alles – Gesundheitsentwicklung durch Bewegungslernen!**

Das Lehrbuch hat zum Ziel, eigene automatisierte und zum Teil unbewusste Bewegungsabläufe zu erkennen, zu benennen und in Folge nutzen zu können. So werden unbewusste Bewegungsabläufe zu bewussten Bewegungsschritten, die im Rahmen professioneller Pflege umgesetzt werden können. Die professionelle Pflegebegegnung und dazu mögliche wirkungsvolle Pflegeberührungen sowie Bewegungsanleitungen ergeben einen wahren Schatz an Interaktions- und Kommunikationsmöglichkeiten mit den zu begleitenden Personen. Die ausgewählten Videosequenzen begleiten die Inhalte des Buches und verdeutlichen praxisnah die Aktivitäten zur Positionierung und Mobilisation.

facultas

Die Interviews wurden in den Räumen der jeweilig besuchten Berufsfachschule oder angeschlossenen Kliniken durchgeführt. Die Interviewpartner wurden über den Ablauf des Interviews informiert. Eine Einverständniserklärung wurde vor dem Beginn schriftlich eingeholt und in Kopie ausgehändigt. Die Interviews wurden über eine Aufnahmesoftware digital aufgezeichnet. Das Interview konnte jederzeit abgebrochen, die Aufnahme jederzeit gelöscht werden. Eine Nichtbeantwortung von einzelnen Fragen war möglich. Die Befragungen fanden im Zeitraum Oktober bis Dezember 2013 statt. Die Datenanalyse orientierte sich nach dem neunstufigen Ablaufmodell nach Mayring (2010, 52, ff.).

## Ausgewählte Ergebnisse in Stichpunkten

Insgesamt konnten vier Kategorien elaboriert werden, siehe Tabelle 1.

## Diskussion

Die demografische Entwicklung in der Bundesrepublik Deutschland und der daraus resultierende Mehrbedarf an Pflegenden lassen sich nicht beeinflussen und gewinnen zunehmend an Bedeutung (Bundesamt, 2008). Da geburtenschwache Jahrgänge die Deckung des Mehrbedarfs zusätzlich erschweren, müssen Konzepte entwickelt werden, die einerseits direkt auf die Auszubildenden Einfluss nehmen, andererseits durch Veränderung der Rahmenbedingungen innerhalb der Berufsfachschulen die Auszubildenden gesund erhalten und die Identifikation mit dem Unternehmen mehren (Pfaff, 2013; Borchart et al., 2011; Fleßa, Golombek, 2011; Trojan et al., 2002). Neben einem interventionellen Ansatz, wie ihn z. B. Drossel und Hirsch (2013) erfolgreich in ihrer Interventionsstudie in einer Berufsfachschule für Krankenpflege erprobten, müssen auch die Rahmenbedingungen an Schulen auf ihren gesundheitsfördernden oder -schädigenden Charakter unter- sucht und entsprechend verändert bzw. angepasst werden (Kultusministerkonferenz, 2012; Paulus, 2012; Krankenkassen, 2012; Bomball et al., 2010).

| Kategorie | Ergebnisse |
|---|---|
| **Kategorie 1 – Gesundheitsfördernde Auswirkungen**<br><br>**Kurzbeschreibung: Determinanten, die gesundheitsfördernde Auswirkungen während der Schulzeit aus Sicht der Auszubildenden haben.** | • Regelmäßige Pausen und verfügbarer Pausenraum. Eine kleine Klassengröße ist sinnvoll.<br>• Gute individuelle Betreuung der Lernenden durch Lehrer.<br>• Kostenlose Getränkeangebote (z. B. Wasser) der Schule.<br>• Theoriephasen bergen weniger Verantwortung und dadurch weniger Belastung als Praxisphasen.<br>• Praxisrelevanz des Unterrichtes sorgt für mehr Verständnis, den Inhalt lernen zu müssen, und erhöht Lernfreude.<br>• Gesundheitsfördernder Unterricht: (Zusatz)Unterrichte für Gesundheitsförderung schaffen; Ausgleich und Entspannung<br>• Unterrichte, die präventiven Charakter haben, senken die Krankheitshäufigkeit und Arztbesuche.<br>• Unterrichtsformen und -gestaltung: Gruppen- und Projektarbeiten sorgen für sowohl physische als auch psychische/kognitive Mobilisation; Gruppen- und Projektarbeiten sorgen für bessere Aufnahmefähigkeit durch Selbststeuerung und verringern dadurch den Lernaufwand zu Hause.<br>• Pädagogisch gut gebildetes Personal sorgt dafür, dass weniger Lernaufwand zu Hause investiert werden muss. |
| **Kategorie** | **Ergebnisse** |
| **Kategorie 2 – gesundheitsschädigende Auswirkungen**<br><br>**Kurzbeschreibung: Determinanten, die gesundheitsschädigenden Auswirkungen während der Schulzeit aus Sicht der Auszubildenden:** | • Spannungen, Missverständnisse, mangelnde Absprachen zwischen den Lehrern werden auf Auszubildende (z. B. Entstehung von Lernlücken; Mehraufwand zu Hause) übertragen.<br>• Erhöhter Konkurrenzdruck mit anderen Klassen und ständiger Leistungs- und Fehlzeitendruck von Lehrenden an Lernenden erzeugt Verunsicherung und Ängste.<br>• Raumausstattungen nicht schülergerecht, schlechtes Raumklima, häufig zu dunkles Ambiente und nicht ausreichende Beleuchtung.<br>• Das Inventar ist nicht an die Größe der Auszubildenden anpassbar.<br>• Lehrer ohne pädagogische und pflegerische Vorbildung erschweren den Lernfortschritt.<br>• Hohe Leistungsdichte durch Organisationsdefizite der Planung von Leistungs- nachweisen sorgt für Überforderung und erhebliche Spitzen des Lernaufwandes.<br>• Unterrichtszeiten sind lange und ermüdend. Eine frühe Mittagspause führt zu erhöhter Nahrungszufuhr am Abend.<br>• Leistungsstarke Schüler fühlen sich vernachlässigt gegenüber schwachen Auszubildenden.<br>• Rauchverbote werden durch die Schulen unzureichend durchgesetzt und Nichtraucher werden nicht geschützt.<br>• Unterrichtsformen: Frontalunterricht wird als wenig zielführend bzgl. Wissenszuwachs und Mehr- wert erachtet; |
| **Kategorie** | **Ergebnisse** |
| **Kategorie 3 – Angaben zu persönlichem Gesundheitsverhalten**<br><br>**Kurzbeschreibung: Verhalten, das gesundheitsfördernd oder –schädigend wirkt.** | • Gesundheitsförderndes Verhalten: Regelmäßige sportliche Tätigkeit; Beachtung des Ernährungsverhaltens; Ergonomische Ausrichtung des Arbeitsplatzes; Austausch mit Freunden und Angehörigen;<br>• Gesundheitsschädigendes Verhalten: Seltener Sport durch Schichtdienst und hohen Lernaufwand in der Freizeit; Nebenjob als zusätzlicher Aufwand, da Ausbildungsentgelt nicht ausreicht; Alkohol, Zigaretten und Süßes werden regelmäßig konsumiert. |
| **Kategorie 4 – Wünsche und Erwartungen der Auszubildenden** | • Mehr Projektarbeiten<br>• Außerschulische Aktivitäten mit der Schule (z. B. Schulmannschaften)<br>• Möglichkeit der Bewegung im Klassenzimmer.<br>• Sensibilisierung der Lehrer auf die Wahrnehmung der Schüler bzgl. verschiedener Aspekte. |

**Tabelle 1: Kategorien und Ergebnisse (Übersicht in Stichpunkten ohne Ankerbeispiele)**

Paulus (2012) fordert neben der Durchführung der Gesundheitsförderung in Schulen auch die adäquate Schulentwicklung, die sich an Gesundheitsförderung orientieren muss. Diesen Forderungen, also weitere Aspekte im Setting-Ansatz aufzugreifen (Paulus, 2012; Engelmann, Halkow, 2008), kommt die vorliegende Untersuchung nach. Als Grundlage zur erfolgreichen Schulentwicklung muss eine partizipatorische Vorgehensweise aller Beteiligten erfolgen (Krankenkassen, 2012; Kultusministerkonferenz, 2012; Paulus, 2012). In der vor- liegenden Untersuchung wird ein Teilaspekt, die Empfindungen der Auszubildenen, untersucht. Die bisher erfassten Ergebnisse aus anderen Untersuchungen (Drossel, Hirsch, 2013; Varela-Mato et al., 2012; von Lindemann et al., 2011; Bomball et al., 2010; Hirsch et al., 2010; Al-Kandari et al., 2008; Purcell et al., 2006; Watson et al., 2006; Yeh et al., 2005; Wenderlein, 2003) stellen derzeit nicht dar, welche Wahrnehmungen und Empfindungen die Auszubildenden gegenüber gesundheitsschädigenden und -fördernden Einwirkungen im Berufsfachschul-Setting für Krankenpflege haben. Neben den Interventionen zur Gesundheitsförderung ist es also wichtig, die Determinanten, die Lernende beeinflussen, wie z. B. Rahmenbedingungen und Unterrichtsgestaltung, herauszufinden und so anzupassen, dass diese gesundheitserhaltende und -förderliche Wirkung haben.

Die vorliegende Studie erhebt einerseits das subjektive Empfinden der Auszubildenden, welche Einflüsse sie in ihrer theoretischen Ausbildung gesund erhalten bzw. in ihrer Gesundheit fördern, andererseits das Empfinden, was in diesem Setting schädigende Einflüsse auf sie hat. Weiter wurden Wünsche und Erwartungen der Auszubildenden abgefragt. Auch abgefragt wurde, welches gesundheitsfördernde und -schädigende Verhalten die Auszubildenden im Alltag leben.

**Limitation**

Die Auswahl der Interviewpartner erfolgte anhand oben angegebenen Ein- und Ausschlusskriterien. Einerseits durch die Freiwilligkeit, andererseits durch keine weitere Selektion anhand bestimmter weiterführender Kriterien (z. B. Leistungsniveau). Vor der Durchführung der Befragung konnte nicht sichergestellt werden, dass eine Durchmischung aller Niveaus der Auszubildenden erreicht wurde. Trotz der großen Bereitschaft vieler Schulleitungen von Berufsfachschulen konnten nicht aus allen Schulen Oberfrankens Teilnehmer erreicht werden, da Rückmeldungen nicht oder trotz mehrmaligen Nachfragens erst nach Abschluss der Datenerhebung erfolgten oder durch die Schulleitung ignoriert oder abgelehnt wurden. Der Untersucher hatte auch Befragte eingeschlossen, die aus der Bildungseinrichtung kommen, in der er als stellvertretender Schulleiter tätig ist. Hier konnte festgestellt werden, dass die Auszubildenden zu Beginn der Befragung sehr vorsichtig waren. Einen Einbezug von Auszubildenden, die sich in einem Abhängigkeitsverhältnis befinden, würde der Autor in zukünftigen Untersuchungen vermeiden oder die Objektivität und Verschwiegenheit als Grundsatz der Erhebung vor der Befragung noch mehr betonen. Weiter ist trotz Probephase der Interviewführung eine weitere Anpassung zu empfehlen und anhand vertiefender Kriterien die gesundheitsschädigenden und gesundheitsfördernden Aspekte zu untersuchen. In der vorliegenden Studie wurde ein qualitativer Ansatz genutzt. In der Auswertung der Ergebnisse wurde jedoch deutlich, dass auch quantitative Aspekte hier eine große Rolle innehaben, um die Ergebnisse noch deutlicher nach ihrer Gewichtung darstellen zu können. Aus Sicht des Autors wäre eine Erhebung quantitativer und qualitativer Daten und eine Triangulation dieser, eine weitere sinnvolle Vorgehensweise. Ein Vergleich mit Daten aus dem Ausland war schwierig, da das deutsche Ausbildungssystem und somit auch die Rahmenbedingungen sich erheblich von denen im Ausland unterscheiden. Die Übertragbarkeit der internationalen Ergebnisse auf die vorliegende Untersuchung ist nur bedingt sinnvoll.

**Rekapitulation der Ergebnisse**

Gesundheitsfördernde Auswirkungen in der theoretischen Ausbildungsphase und dem Setting Schule aus Sicht der Auszubildenden wurden im Interview abgefragt. In der Ergebnisdarstellung wurde deutlich, dass es Rahmenbedingungen gibt, die alltäglich in Berufsfachschulen vorhanden sind, häufig pädagogisch begründet sind und positiv von den Auszubildenden wahrgenommen werden. Es wurde deutlich, dass z. B. die Verfügbarkeit eines Pausenraumes für die Auszubildenden wichtig ist, dieser kann durchaus das Klassenzimmer sein. In diesem Zusammenhang sind regelmäßige Pausen nach spätestens 90 Minuten ein wichtiger Aspekt für die Befragten. Pausen werden durch die Befragten z. B. für Bewegung genutzt. Weiter wurde eine Klassengröße unter 20 Personen positiv bewertet, da die Mit- und Zusammenarbeit im Unterricht hier besonders gut ist. Eine individuelle Betreuung durch die Lehrer, wie dies im System der Berufsfachschulen für Krankenpflege in Deutschland möglich ist, wurde durch die Auszubildenden betont. Die Befragten äußerten auch, dass sie Theoriezeiten weniger stressig empfinden als Zeiten in der praktischen Ausbildung, da dort Anforderungen und Verantwortung ständig präsent sind, in der Schule jedoch nicht. Da der Unterricht in der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung einen hohen Praxisbezug hat, ist die Bereitschaft, die Inhalte zu lernen, aus Sicht der Befragten hoch. Gesundheitsfördernder Unterricht wirkt sich positiv aus und wird als sehr förderlich wahrgenommen. Auch die Auswirkungen anderer Unterrichte (z. B. Krankheitslehre) wirken präventiv, da Auszubildende durch das erlernte Fachwissen das Gefühl haben, frühzeitig auf die Krankheit Einfluss zu nehmen. Arztbesuche werden aus Sicht der Befragten dadurch seltener. Unterrichtsformen, wie z. B. Gruppen- und Projektarbeiten führen durch physische und psychische Bewegung zu höheren Konzentrationseffekten, weniger Ermüdung und nachhaltigen

Lerneffekten. Dies senkt den Lernaufwand zu Hause, so die Befragten, erheblich. Zeiten mit hoher Konzentrationsfähigkeit können so effizienter genutzt werden. Äußerungen zur pädagogischen Bildung der Lehrpersonen standen im Zusammenhang mit mehr Nachhaltigkeit der Unterrichtseinheit und somit weniger Mehrbelastung zu Hause in der Freizeit. Zu den gesundheitsschädigenden Auswirkungen äußerten nahezu alle Auszubildenden, dass sie auf Grund von Spannungen, Missverständnissen und mangelnden Absprachen unter den Lehrenden Nachteile erleiden, wie z. B. Mehraufwand zu Hause, kaum Freizeit, Unsicherheiten in der Vorbereitung und Lücken für Leistungsnachweise. Weiter verunsichere die Auszubildenden und führe zu inneren Konflikten, dass Lehrer einerseits den Auszubildenden Werte (z. B. Kollegialität, Teamfähigkeit) vermitteln, andererseits aber selbst anders im Alltag agieren. Dies stellt eine große Diskrepanz zwischen Gelehrtem und Gelebtem dar. Aus Sicht der Auszubildenden arbeiten Lehrer mit hohem Leistungsdruck. Dies führe sogar soweit, dass Auszubildenden nicht mehr klar ist, ob sie dem Anspruch der Ausbildung genügen. Dies wird durch Betonung, welchen hohen Leistungsanspruch die Abschlussprüfung hat, unterstrichen. Dieses Druckmittel wird neben der Fehlzeitenregelung, die sogar dazu führt, dass Auszubildende krank arbeiten gehen, häufig eingesetzt und belastet einen Teil der Befragten, da es weiter auch zu Verunsicherung und Ängsten führt. Die Klassenräume werden teilweise als nicht ausreichend beleuchtet wahrgenommen und ein gutes Raumklima ist häufig nicht möglich. Dies habe Auswirkungen auf die Vitalität der Auszubildenden. Das Inventar ist nicht größenverstellbar und unterscheide sich bzgl. des Komforts von dem der Lehrer. Dies führe zu Verspannungen und Rückenbeschwerden. Lehrer, die nicht pädagogisch und pflegerisch vorgebildet sind, sorgen durch mangelnde Lehrfähigkeiten häufig dafür, dass aus Sicht des Lernendens die Nachhaltigkeit des Unterrichts meist sehr gering ist. Weiter ist es laut der Befragten wichtig, dass die Lehrenden neben einer pädagogischen Ausbildung auch einen Grundberuf aus dem Gesundheitswesen haben, um Fragen, die im Unterricht aufkommen, direkt beantworten oder nachvollziehen zu können. Die zeitweise hohe Leistungsdichte (z.B. Schulaufgaben, Kurzarbeiten) auf Grund von Organisationsdefiziten, wie z. B. mangelnde gleichmäßige Verteilung der Leistungsnachweise in den Theoriephasen durch die Klassenleitungen (oder Person der Stundenplanung), führe zu Überforderungen in bestimmten Zeiten. Lange Unterrichtszeiten und der nachfolgende Lernaufwand lassen, so die Auszubildenden, kaum mehr Zeit für Freizeitgestaltung. Eine frühe Mittagspause (11:00 Uhr) führe dazu, dass die Auszubildenden mittags wenig und dann abends umso mehr essen. Eine Änderung der Pausenzeiten auf Grund der Forderung von Auszubildenden wurde an einer Schule durchgeführt, aber ohne für die Auszubildenden nachvollziehbare Begründung wieder rückgängig gemacht. Leistungsstarke Auszubildende fühlen sich gegenüber leistungsschwächeren nicht gut unterstützt und erwarten sich ebenso eine Förderung durch den Lehrer. Rauchverbote an Berufsfachschulen werden häufig nicht durchgesetzt und belasten die nichtrauchenden Auszubildenden. Ein weiterer Aspekt, den die Befragten anführten, war, dass sie Frontalunterricht als nicht nachhaltig empfinden und so der Lernaufwand zu Hause erheblich zunimmt und die Freizeit mindere. Lehrende bereiten teilweise z. B. Gruppenarbeiten schlecht vor und es mangelt an Absprachen mit anderen Kollegen. Dies führt zu einer Vielzahl an Gruppenarbeiten in den verschiedenen Fächern. Eine Ergebnissicherung bleibt häufig am Ende der Lerneinheit aus. Deshalb stellen die Auszubildenden die Motivation des Lehrenden in Frage und fühlen sich schlecht auf die Leistungsnachweise vorbereitet. Auch hier sind die Auszubildenden unsicher, ob die vorhandenen Lernunterlagen dem Niveau der Prüfung entsprechen. Viele Lehrende in einem Themenbereich führen dazu, dass Absprachen nicht stattfinden oder Inhalte uneinheitlich gelehrt werden. Weiter werden viele Inhalte häufig mehrmals (aber inhaltlich unterschiedlich) unterrichtet. Diese Schulzeiten empfinden die Auszubildenden als verschwendete Zeit. Die Befragten geben auch an, dass viele Lehrer kein Interesse an gesundheitsförderndem Unterricht haben und diesen auch vernachlässigen. Gesundheitsfördernder Unterricht gewinne dadurch einen negativen Touch. Eine Partizipation der Wünsche der Auszubildenden in der Auswahl des gesundheitsförderlichen Unterrichts bleibt häufig aus.

Einige Auszubildenden gaben an, dass sie teilweise gesundes Ernährungsverhalten aufzeigen, teilweise aber auch nicht und so bspw. zu Fastfood-Produkten, Süßigkeiten u. ä. greifen. Die ergonomische Ausrichtung des Arbeitsplatzes wurde als gesundheitsförderndes Verhalten genannt. Auch der Austausch mit Freunden zur Psychohygiene. Regelmäßige sportliche Tätigkeit gelingt teilweise, ist aber durch den Schichtdienst und den hohen Lernaufwand seltener oder gar nicht (z. B. Teamsport) mehr möglich.

Ein weiteres gesundheitsschädigendes Verhalten, das genannt wurde, war, dass auf Grund von Geldmangel, noch ein zusätzlicher Nebenjob angenommen wurde.

Als Wünsche und Erwartungen, die die Auszubildenden angeben durften, wurde genannt, dass sie sich mehr Projektarbeiten, außerschulische Aktivitäten mit der Schule (z. B. Schulmannschaften), Möglichkeit der Bewegung im Klassenzimmer wünschen. Auch wurde gewünscht, dass

die Lehrer auf die Wahrnehmung der Auszubildenden (z. B. Ergebnisse der Arbeit) sensibilisiert werden sollen.

**Handlungsempfehlungen für die Praxis**

Folgende Empfehlungen für Schulleitungen zur institutionellen Gesundheitsförderung und -erhaltung für Berufsfachschulen

der Krankenpflege (in Bayern) der Bundesrepublik Deutschland können aus den Antworten der Befragten abgeleitet werden. Die nachfolgenden Empfehlungen (insgesamt 27) sind in sieben Bereiche aufgeteilt:

*I. Rahmenbedingungen:*
1) Bereitstellung von Sozial- bzw. Pausenräumen, als Ort der Pausengestaltung und Begegnung.

2) Durchführung regelmäßiger Pausen nach spätestens 90 Minuten; Mittagspause mit der Schülermitverantwortung (SMV) und den Lehrern gemeinsam festlegen und bei Bedarf anpassen (z. B. sinnvoll nach 12 Uhr).

3) Unterrichte sinnvoll auf Unterrichtszeiten anpassen, z. B. fachpraktischen oder aktivierenden Unterricht am Nachmittag.

4) Raumkonzepte (Licht, Farbe, Klima, Pflanzen) nach bestehenden Empfehlungen (z. B. „Das lernfördernde Klassenzimmer“ (Frenzel, Schram, 2012) umsetzen. Größenverstellbares Inventar anschaffen/gleiches Inventar für Lehrer und Auszubildende.

5) Rauchverbote an bayerischen Schulen und auf dem Schulgelände (Staatsregierung, 2010) so umsetzen, dass Nichtraucher nicht belästigt werden: Raucherbereiche nicht im Bereich des Durchgangverkehrs.

*II. Schulorganisation:*
6) Kleine Klassengrößen bevorzugen

7) Klassenleiterprinzip zur Individualbetreuung aller, sowohl leistungsschwacher als auch leistungsstarker Auszubildender.

8) Didaktische Jahresplanung nach den Vorgaben und Forderungen des ISB (Hoffmann et al., 2013); Festlegung und Koordination der Lehren- den innerhalb eines Themenbereiches; regelmäßige Absprachen der Lehrenden in einem Themengebiet zu Unterrichtsformen und -methoden.

9) Qualitätssicherung: Zielvereinbarungen mit den Lehrenden festlegen; Kontrolle dieser durch Hospitationen von Lehrern/Schulleitung für Lehrer, um die Qualität des Unterrichts zu verbessern: besonderes Augenmerk auf Ergebnissicherung am Ende einer Lerneinheit.

10) Einsatz von Personen mit einem Grundberuf im Gesundheitswesen (bevorzugt Pflege) und pädagogischer Bildung (bevorzugt akademisiert in der Pflege- und Medizinpädagogik, o. ä.).

11) Controlling der Klassenleitungen/ Stundenplaner: z. B. Verteilung von Leistungsnachweisen, v. a. auf gleichmäßige Verteilung achten.

12) Schule als Dienstleister: Motivation, Professionalität und Höflichkeit der Lehrenden als Grundprinzip (in Leitbild aufnehmen), bei Bedarf Schulungen, Teambildung anbieten.

13) Einbezug des s. g. Schülerforums (SMV) in Schulentwicklung und -organisation: Möglichkeit, z. B. der Gestaltung gemeinsamer außerschulischer Aktivitäten; gemeinsame Festlegung der Pausenzeiten, Verfügung über Sozial- und Pausenräumen.

*III. Serviceangebote organisieren und etablieren:*
14) Kostenlose Verfügbarkeit von Getränken, z. B. Trinkwasser; Süßigkeitenautomat abschaffen oder mit gesunden Inhalten füllen

15) Präventionsprogramme (z. B. Raucherentwöhnung, Ernährung im Schichtdienst, etc.) /sozialpädagogische Beratung, bevorzugt durch Personen, die nur teilzeitbeschäftigt sind und keine Klassenleitung innehaben (Minimierung des Abhängigkeitsverhältnisses!), anbieten.

*IV. Unterrichtsgestaltungen/curriculare Arbeit:*
16) Praxisrelevanz in den Vordergrund stellen, den Auszubildenden transparent machen. Bewusstsein der Lernenden z. B. für Gegenwarts- und Zukunftsbedeutung durch explizite Nennung zu Unterrichtsbeginn, schaffen.

17) Mehrung an Gruppenarbeiten und Projektunterrichten im Curriculum prüfen; Bewusstsein für „kognitive und physische Bewegung, weniger Arbeitsaufwand zu Hause“ entwickeln.

18) „bewegten Unterricht“ o. ä. als ein Prinzip der Gesundheitsförderung fest etablieren.

*V. Unterricht zur Gesundheitsförderung:*
19) Während der Schulzeit, z. B. beantragt als verpflichtenden Zusatzunterricht.

20) als Ausgleich und Entspannung (z. B. in der Wochenmitte) terminieren bzw. Erweiterung des Horizonts bzgl. Angebote (z. B. interessante verschiedene Fitness- und Sportangebote)

21) Partizipation der Wünsche der Auszubildenden als Leitprinzip der Planung.

*VI. Gespräche mit Lehrerkollegium – Sensibilisierung auf:*
22) Wahrnehmung des Aspektes „Ängste der Auszubildenden bzgl. Leistungsdruck, Klassenvergleich, Fehlzeitendruck, Übertragung von Spannungen und Missverständnissen auf Auszubildenden“ im Lehrerteam.

23) Lehrende sollten mit Motivation statt Leistungsdruck arbeiten.

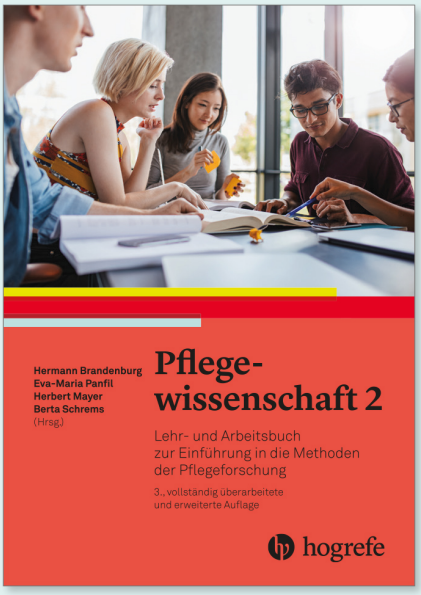
24) Lehrende dürfen Auszubildende und Klassen nicht offensichtlich vergleichen und bewerten.

25) Gründe für Fehlzeiten eruieren, Auszubildende dabei individuell fördern, (vgl. Empfehlung 15); (Gesundheitsförderung senkt Krankheitshäufigkeiten).

26) Lehrerprofessionalität darf keinen Raum dafür lassen, dass Spannungen und Missverständnisse unter Lehrern offen an Auszubildende kommuniziert werden oder spürbar für diese sind (vgl. Empfehlung 12).

27) Berufsfachschule im Wettbewerb: Entwicklung des Grundgedankens

# Das Lehrbuch für Pflegeforschung und ihre Methoden




Hermann Brandenburg et al. (Hrsg.)

## Pflegewissenschaft 2

Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in die Methoden der Pflegeforschung

3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage 2018.
464 Seiten, 59 Abbildungen, 55 Tabellen, kartoniert
€ 39,95 / CHF 48.50
ISBN 978-3-456-85739-8
Auch als eBook erhältlich

Die lehr- und forschungserfahrenen Herausgeber des Lehrbuchs für Pflegeforschung

- orientieren Forschungsanfänger und Bachelorstudierende über die Pflegeforschung und den Forschungsbegriff
- führen verständlich in die Methodendiskussion und Forschung ein
- reduzieren die Komplexität konkurrierender Ansätze durch exemplarische Auswahl zentraler Forschungsmethoden
- geben einen Einblick in das natur- und sozialwissenschaftliche Methodenspektrum der Pflegeforschung und ergänzen (nicht-) empirische Ansätze
- leiten zur kritischen Analyse, Rezeption und Anwendung von Studien und ausgewählten Methoden an
- erleichtern das selbstgesteuerte Lernen durch Übungsbeispiele, Lesetipps und Glossarbegriffe
- fördern den Umgang mit englischsprachiger Literatur und erleichtern den Zugang zu pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen.



hogrefe

„Magnetschule“ sein zu wollen.

**Teil 2: Qualitative Erhebung ‚Sport und Bewegungsunterricht als Teil des Lehrplans’ (Krumpholz, 2015)**

**(Hinweis: Die komplette Studie erhalten Sie unter: ISBN 978-3-668-02677-3)**

Analog zu Drossels Untersuchungen wählte Krumpholz zur Erhebung von Best-Practice-Beispielen ein qualitatives Forschungsdesign und wertete die Interviews ebenfalls nach Mayring aus (Mayring, 2010, 11, ff.). Unabhängig von einander wurden so weitere Ergebnisse aus Sicht der Schülerinnen und Schüler generiert und durch Expertenmeinungen ergänzt. Diese werden im Folgenden vorgestellt.

**Forschungsfragen und Ziel**
Folgende Forschungsfrage wurde generiert:
Ist Sport und Bewegung als Bestandteil von Bildungssituationen in den Lehrplänen der Pflegeschule vorgesehen?

Diese wurde wie folgt ergänzt:
Wenn ja, in welcher Form:

Als Pflichtveranstaltung oder als Wahlveranstaltung?

Wie ist der zeitliche Umfang?

Welche Formen von Sport- und Bewegungsunterricht finden statt?

Welches Qualifikationsprofil besitzt das Lehrpersonal?

Erfolgt eine Evaluation des Sport- und Bewegungsunterrichts?

Gab es Widerstände bei Ein- und/ oder Durchführung des Sport- und Bewegungsunterricht, in Bezug auf die Auszubildenden, die Lehrenden oder die Träger der Pflegeschulen?

Ziel der Untersuchung war es, am Ende des Forschungsprozesses eine Best-Practise-Empfehlungen zu Sport- und Bewegungsunterricht an Pflegeschulungen geben zu können.

**Methode und Erhebungsinstrumente**
Die Leitfragen gestützten Interviews wurden telefonisch geführt, elektronisch aufgezeichnet, transkribiert und anschließend und mittels qualitativer Sozialforschungs-Methode nach Mayring (2010, 52-118) regelgeleitet ausgewertet.

**Sample**
Geplant war es eine möglichst große Breite von Pflegeschulen mit Sport- und Bewegungsunterricht innerhalb Deutschlands zu erzielen und diese zu befragen. Die Rekrutierung dieser erfolgte über literarische Recherche, persönlichen Empfehlungen, über die Suchplattform Google sowie webbasiert mittels Forum-Beitrag auf ‚Krankenschwester.de’.

Zu den Einschlusskriterien zählte das Vorhandensein von Sport- und Bewegungsunterricht an Pflegeschulen. Dementsprechende Ausschlusskriterien, eine fehlende Implementierung.

**Ethische Aspekte**
Durch das Einholen von individuellen schriftlichen Einverständniserklärungen sowie der Tatsache einer fehlenden Vulnerabilität, wurde kein Antrag zur ethischen Überprüfung gestellt. Zusätzlich wurden die Daten anonymisiert.

**Durchführung der Datenerhebung, -analyse**
Die kritische Würdigung internationaler Studien oder Publikationen bezüglich „Sport- und Bewegungsunterricht im Setting einer Pflegeschule“ erwies sich bedingt durch die akademische Ausbildung der Pflegenden in nahezu allen europäischen Mitgliedsstaaten als schwer vergleichbar mit Deutschland. Auch mit internationalem Blick sind die Grundvoraussetzungen der Verortung der Pflegeausbildung zu unterschiedlich, um sie adäquat miteinander vergleichen zu können. Somit beschränkte sich die Suche nach Beispielen und Projekten in diesem speziellen Setting auf Deutschland. Die Sichtung bezüglich Fachliteratur erfolgte durch Suchmaschinen wie dem National Center for Biotechnology Information (NCBI), der US National Library of Medicine National Institutes of Health (PubMed) und der Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINHAL) der Firma EBSCO sowie dem Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB). Letztgenanntes beinhaltet deutschsprachige Fachliteratur zu den Themenbereichen Berufsbildung, Berufspädagogik sowie Berufsbildungsforschung. Verwendete Suchbegriffe waren: nursing, students, education, Gesundheitsförderung, Pflegeschule, Pflegeberufe, Pflegeschüler, Pflegeausbildung, Bewegung, Bewegungsförderung, Krankenpflege, Kinderkrankenpflege, Krankenpflegehilfe, Altenpflege, Berufsschule, Berufsschüler, Tanz, Laufen, gute gesunde Schule, Sport und Unterricht.

**Ausgewählte Ergebnisse in Stichpunkten**
Bei der Auswertung wurden folgende Kategorien gebildet: Administration (Schule, Expertenperson), Sport- und Bewegung-Projekt (Art des Sport- und Bewegungsunterrichts, Umfang, Inhalt, Dauer, Lehrer, Finanzbedarf, Evaluation, Freiwilligkeit vs. Verpflichtung, Einbettung im Themenkomplex der Gesundheitsförderung, Möglichkeiten als Zusatzangebot) und Unterstützung (Schüler, Lehrer und Träger). Hierbei trat das Laufen, Joggen und Walken besonders in den Vordergrund, denn ausnahmslos alle Interviewten integrierten dies in ihr Unterrichtsangebot. Es scheint eine ausgezeichnete Maßnahme zu sein, Sport- und Bewegungsunterricht anzubieten und Auszubildende so zu bewegen. Hinzu kamen Sport- und Bewegungsinhalte wie Drachenbootfahren, Rückengymnastik, Entspannung, Bewegung, Kegeln, Boule, Aikido, Aerobic, Zumba, Tanz, Pilates, Aerobic & Kickbox-Aerobic, Yoga, Massage, Naturwandern, Bogenschießen und Teamsport wie Fußball oder Basketball. Teilweise wurde Unterrichtsinhalte vorgegeben, oder es lag „[...] in der Macht der Gruppe [...] und dann würde das ermöglicht.“ (P-VII in Krumpholz, 2015, 33-35). Einen besonders hohen Motivationscharakter erreichte eine Einrichtung

über die Hinzunahme eines Triathleten als Sportlehrer.

Ausnahmslos alle Interviewpartner bejahten die Frage nach Anrechnung des Sport- und Bewegungsunterrichts auf die Arbeitszeit. „Diese sind für alle verbindlich und werden auf die Theoriezeit angerechnet“ (P-II in Krumpholz, 2015, 14-15). Für alle Träger der befragten Pflegeschulen, verlief die Einführung von Sport- und Bewegungsunterricht unproblematisch: „Wir haben ein hohes Interesse bezüglich der Schülergesundheit und werden hier problemlos unterstützt“ (P-I in Krumpholz, 2015, 52-53). Einige implementierte die Inhalte sofort im Einführungsblock und die Auszubildenden wurden mit einem Trainingsplan vertraut gemacht. „Das heißt, die Schüler haben einmal die Woche Lauftraining 10 mal und dann 8 mal Theorie. Das ist ein strukturierter Plan, dass jeder am Ende der Wochen eine halbe Stunde am Stück laufen kann“ (P-VI in Krumpholz, 2015, 89-92). Andere Schulen beschränkten sich auf entsprechende Inhalte der Unterrichtsmodule. Von den Auszubildenden erhielten die Befragten als positive Rückmeldungen, das einige auch in ihrer Freizeit laufen oder Zumba-Training im Fitness-Studio fortführen. Für sie „[...] ist es eine gute Selbsterfahrung denn die nehmen zu Hause dann wahr, dass sie fit sind!“ (P-VI in Krumpholz, 2015, 105-106). Widerstände der Auszubildenden und im Kollegium konnten durch Gruppendynamik und durch die Vorbildfunktion der Lehrenden abgebaut werden. So wurden sogar „Mittagspausen zu Übungsstunden umfunktioniert“ (P-II in Krumpholz, 2015, 42) und für „die Schüler ist es eine gute Selbsterfahrung, denn die nehmen zu Hause dann wahr, dass sie fit sind!“ (P-VI in Krumpholz, 2015, 103-105)

**Diskussion**

Bei der Untersuchung wurden lediglich neun deutsche Pflegeschulen ausfindig gemacht, an denen Sport- und Bewegungsunterricht angeboten wurde. Auffallend hierbei die Häufung im Bundesland Bayern mit fünf Pflegeschulen (55 Prozent). Im Idealfall sollten alle Pflegeschulen in Deutschland sich am Ansatz der „gesundheitsfördernden Schule“ orientieren, denn diese „bringt Gesundheit mit dem Ziel in die Schule, sie auf allen Ebenen der Organisation gesünder zu machen“ (Paulus, 2003, 14). Im Kontext eines Schulentwicklungsprozess, könnte dies dann mit Ziel der Implementierung im Schulleitbild einhergehen. Der Ansatz des Deutschen Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (DNBGF) bestätigt das „Unternehmen, die sich in der betrieblichen Gesundheitsförderung engagieren, […] von Beschäftigten als attraktiver Arbeitgeber wahrgenommen“ (DNBGF, 2011, 9) werden. Demnach haben Auszubildende welche Gesundheitsförderung aktiv durch Sport- und Bewegungsunterricht erfahren, eine höhere Belastbarkeit, eine Zunahme an Motivation, eine Steigerung der beruflichen Identifikation mit dem Arbeitgeber sowie einer verbesserten Work-Life-Balance.

**Limitation**

Bei Vorlage einer Kombination von mehreren gesundheitsfördernden Maßnahmen innerhalb eines Interviews, bleibt die Bewertung der Wirksamkeit aufgrund fehlender Differenzierungsmöglichkeiten weniger aussagekräftig. Dies liegt am qualitativen Design. Zur Objektivierung der Ergebnisse sollte ein quantitatives Messverfahren Anwendung finden. So kann mittels einer standardisierten Befragung die Sichtweisen der Schüler, Lehrer und auch Träger repräsentativ und objektiv evaluiert werden. Eine solche Operationalisierung sollte zudem mittel- bis langfristigen Zeiträume untersuchen, um insbesondere im Bezug auf Gesundheitsförderung die Nachhaltigkeit zu evaluieren. Zudem fehlt eine breitere Befragung deutscher Pflegeschulen.

**Handlungsempfehlungen für die Praxis**

Die dargelegte Empirie soll als Startschuss verstanden werden in Pflegeschulen Tätige zu überzeugen, den Prozess der Schulentwicklung hin zur gesundheitsfördernden Pflegeschule unter Zuhilfenahme von regelmäßigem Sport- und Bewegungsunterricht zu beginnen oder fortzuführen. Insbesondere das Laufen, Joggen und Walken sind leicht zu implementierende Inhalte, welche unter partizipativen Gesichtspunkten durch weitere Sportangebote ergänzt werden sollten. Ein weiterer nicht minder wichtiger Ansatz ist die Ermöglichung einer Teilnahme an Sport- und Bewegungsangeboten außerhalb der Schulzeit. Innerhalb der Praxiszeiten könnte die Fortführung des Lauf- und Walking-Angebots mit Hilfe des Betrieblichen Gesundheitsmanagements abgedeckt werden. Als besonders positiv hierbei wurde die Übernahme des Sport- und Bewegungsunterricht durch Dozenten mit spezieller Expertise evaluiert. So wurden neben einem Sportlehrere, Aikido-Trainer, Sporttherapeuten, Zumba-Trainer, Lauftrainer, Nordic-Walking-Trainer auch ein Triathlet als ehemalige Profisportler explizit für die unterrichtlichen Inhalte eingestellt. Mit diesen Empfehlungen zur Best-Practice von Sport- und Bewegungsunterricht, können Schulträger ihrer Fürsorgepflicht nachkommen und Auszubildende nachhaltig auf die körperlichen Herausforderungen des Pflegeberufs vorbereiten. Zudem wäre Görres zentrale Aussage Rechnung getragen und nicht nur der Pflegeberuf, sondern auch die Schulen würden „deutlich attraktiver werden […] Durch entsprechende Angebote zur Förderung der Gesundheit könnten sie die Anziehungskraft auf jugendliche Berufsanfänger deutlich erhöhen“ (Görres, 2010) und was ist neben der Gesunderhaltung der Pflegenden wichtiger als die Akquise und Begeisterung neuer Menschen für unseren abwechslungsreichen, attraktiven und zukunftssicheren Pflegeberuf?

**Zusammenführung der Ergebnisse aus Teil 1 und 2**

Die Untersuchungen von Drossel und Hirsch (2013) waren ein Indikator dafür, dass Maßnahmen im Bereich Fitness, Entspannung und Ernährung als Teil der theoretischen Ausbildung in Pflegeberufen, erfolgreich sind und nachhaltig wirken könnten. Weitere

Aspekte, die junge Menschen in Ihrer Gesundheit fördern können und gesundheitsschädigende Faktoren reduzieren, konnten in der qualitativen Untersuchung von Drossel (Teil 1) festgestellt werden. Organisations- und Schulentwicklung erfordert aus Sicht der Autoren ein Umdenken, die in Handlungsempfehlungen für Schulleiter zusammengefasst wurden.

Die Untersuchung von Krumpholz (Teil 2) empfiehlt im Rahmen einer gesundheitsfördernde Pflegeschule dauerhaft Sport- und Bewegungsunterricht zu implementieren. Dieser soll zudem zusätzlich außerhalb der Schulzeit angeboten werden, so dass dieser auch innerhalb der Praxiszeiten besucht werden kann. Hier hat sich das Laufen und Walken, insbesondere in Kombination mit externen Dozenten inklusive besonderer Expertise, bei allen vorgestellten Projekten als leicht zu implementierende und nachhaltig durchführbare Sportart bewährt. Die durchschnittlichen angebotenen 1,3 Unterrichtseinheiten pro Woche, wurden von allen befragten Schulträgern als Arbeitszeit angerechnet. So kamen diese ihrer Fürsorgepflicht nach, Auszubildende auf die körperlichen Herausforderungen des Pflegeberufs vorzubereiten.

Als abschließende Empfehlung weisen Drossel und Krumpholz darauf hin, dass Schulleitungen ihre Schlüsselrolle wahrnehmen sollen und als sogenannte Change-Agents gemeinsam mit ihrem pädagogischen Team, den Sport- und Bewegungsunterricht ein- und fortzuführen. So tragen diese maßgeblich zur Attraktivitätssteigerung der Pflegeberufsausbildung bei und helfen sogar die gültigen Bewegungsempfehlungen der WHO zu erfüllen.

**Literatur**


AL-KANDARI, F., VIDAL, V. L. & THOMAS, D. (2008): Health-promoting lifestyle and body mass index among College of Nursing students in Kuwait: a correlational study. Nurs Health Sci, 10, 43-50.

BOMBALL, J., SCHWANKE, A., STÖVER, M. & GÖRRES, S. (2010): Gesunde Pflege beginnt in der Ausbildung. Die Schwester Der Pfleger, 1048-1054.

BONSE-ROHMANN, M. (2005): Gesundheitsförderung über die Implementation von Bewegungsunterricht in die pflegeberufliche Bildung. Hamburg: G. Conrad Verlag für Gesundheitsförderung.

BORCHART, D., GALATSCH, M., SCHMIDT, S. G. & HASSELHORN, H. M. (2011): Warum Pflegende ihre Einrichtung verlassen.

BRIESKORN-ZINKE, M. (2006): Gesundheitsförderung in der Pflege Ein Lehr- Lernbuch zur Gesundheit. Stuttgart: Kohlhammer.

BUNDESAMT, S. (2008): Demografischer Wandel in Deutschland, Wiesbaden, Statistische Ämter des Bundes und der Länder.

BUNDESAMT, S. (2010): Mikrozensus - Fragen zur Gesundheit, Wiesbaden, Statistische Ämter des Bundes und der Länder.

DNBFG. (2011): Gesunde Beschäftigte in einem gesunden Gesundheitssystem Positionspapier Forum Gesundheitswesen und Wohlfahrtspflege. Essen: DNGBF.

DROSSEL, M. & HIRSCH, K. (2013): Gesundheitsförderung an Schulen für Pflegeberufe - Interventionsstudie an der Bamberger Akademie für Gesundheitsberufe/am Bamberger Bildungszentrum für Altenhilfe. HeilberufeScience, Online First. DOI 10.1007/s16024-013-0161-4

ENGELMANN, F. & HALKOW, A. (2008): Der Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung. Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Public Health.

FLEßA, J. & GOLOMBEK, S. (2011): Einflussfaktoren auf die Verweildauer im Beruf und die Standortwahl des Arbeitsplatzes bei Gesundheits- und Krankenpflegern. Healh SCIENCE, 3-10.

FRENZEL, E. & SCHRAM, P. (2012): Ein Konzept der guten, gesunden Schule- Handlungsanleitung für Planer, Schulleiter und Lehrkräfte, Gütersloh, Bertelsmann Stiftung und Bayerischer Gemeindeunfallversicherungsverband (Bayer. GUVV) - Bayerische Landesunfallkasse, Bayrisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus.

GÖRRES, S. (2010): Gesundheit des Pflegepersonals muss bereits in der Ausbildung stärker beachtet werden – Pressestelle 07/29/2010. IPP.

GEUTER, G. & HOLLEDERER, A. (2012): Handbuch Bewegungsförderung und Gesundheit. Bern: Verlag Hans Huber.

HAUER, S. (2012): Sportjournalismus in Deutschland – Vom Marktschreier zum Missionar: Das berufliche Selbstverständnis von Sportjournalisten in Deutschland. Münster: Lit Verlag.

HIRSCH, K., VOIGT, K., GERLACH, K., KUGLER, J. & BERGMANN, A. (2010): Smoking, alcohol consumption, use of illegal substances, and vaccinations in nursing students from Saxony-Anhalt. HeilberufeScience, 127-139.

HOFFMANN, P., HUBER, D., MÜLLER, W., STAHL, C., WITT, R. & KARRLEIN, J. (2013): Didaktische Jahresplanung -Kompetenzorientierten Unterricht systematisch planen, Dillingen, Staatsinstitut für Schulqualitätund Bildungsforschung - Akademie für Lehrerfortbildung und Personalführung.

HURRELMANN , K., KLOCKE , A., MELZER, W., & RAVENS-SIEBERER, U. (2003): WHO-Jugendgesundheitssurvey - Konzept und ausgewählte Ergebnisse für die Bundesrepublik Deutschland. Erziehungswissenschaft Erziehungswissenschaft 17, 79-108.

KRUMPHOLZ, D. (2015): Sport- und Bewegungsunterricht im Setting einer gesundheitsfördernden Pflegeschule. GRIN-Verlag, Norderstedt, 61-66.

KULTUSMINISTERKONFERENZ 2012. Empfehlung zur Gesundheitsförderung und Prävention in der Schule - Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 15.11.2012. SEKRETARIAT DER STÄNDIGEN KONFERENZ DER KULTUSMINISTER DER LÄNDER IN DER BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND

MAYER, H. (2011a): Pflegeforschung anwenden : Elemente und Basiswissen für Studium und Weiterbildung, Wien, Facultas.wuv.

MAYER, H. (2011b): Pflegeforschung kennenlernen : Elemente und Basiswissen für die Grundausbildung, Wien, Facultas.wuv.

MAYRING, P. (2010): Qualitative Inhaltsanalyse : Grundlagen und Techniken, Weinheim [u.a.], Beltz.

MICHAELIS, M., SIEGEL, A., STOSSEL, U. & HOFMANN, F. (1995): [Epidemiology of spinal diseases in nurses]. Pflege, 8, 154-162.

PAULUS, P. (2003): Schulische Gesundheitsförderung – vom Kopf auf die Füße gestellt. [Online Dokument] URL bildungsserver.berlin-brandenburg.de/fileadmin/bbb/themen/gesundheit/Lehrkraeftegesundheit/Vom_Kopf_auf_die_Fuesse.pdf [02.02.2015]

PAULUS, C. (2009): Der Einfluss der Klassengröße auf Schülerleistungen an Grundschulen, Universität des Saarlandes, Universität des Saarlandes: Fachrichtung Erziehungswissenschaft.

PAULUS, P. (2012): Schulische Gesundheitsförderung – vom Kopf auf die Füße gestellt, Lüneburg, Universitätsinstitut für Psychologie.

PFAFF, H. (2013): Pflegestatistik 2011 - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse Wiesbaden, Statistisches Bundesamt.

PURCELL, C., MOYLE, W. & EVANS, K. (2006): An exploration of modifiable health as-

sociated risk factors within a cohort of undergraduate nursing students. Contemp Nurse, 23, 100-110.

SIMON, M., TACKENBERG, P., HASSELHORN, H. M., KÜMMERLING , H., BÜSCHER, H. & MÜLLER, B. H. (2005): Auswertung der ersten Befragung der NEXT - Studie in Deutschland, Wuppertal, Universität Wuppertal.

STAATSREGIERUNG, B. 2010. Gesetz zum Schutz der Gesundheit. Justiz.

THEM, K.-H. (2006): Berufsverbleib, Berufsausstieg bzw. Berufswiedereinstieg diplomierter Pflegepersonen in Österreich, Hall in Tirol, UMIT- Privaten Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik.

TROJAN, A., NICKEL, S. & WERNER, S. (2002): Mitarbeiter(innen)orientierung und - gesundheit im Krankenhaus. Das Gesundheitswesen, 207-213.

VARELA-MATO, V., CANCELA, J. M., AYAN, C., MARTÍN, V. & MOLINA, A. (2012): Lifestyle and Health among Spanish University Students: Differences by Gender and Academic Discipline. International Journal of Environmental Research and Public Health, 9, 2728-2741.

VON LINDEMANN, K., KUGLER, J. & KLEWER, J. (2011): Gesundheitsverhalten von Auszubildenden in Krankenpflegeberufen. Health SCIENCE, 82-89.

WATSON, H., WHYTE, R., SCHARTAU, E. & JAMIESON, E. (2006): Survey of student nurses and midwives: smoking and alcohol use. Br J Nurs, 15, 1212-1216.

WENDERLEIN, F. U. (2003): Arbeitszufriedenheit und Fehlzeiten in der Krankenpflege. Gesundheitswesen, 65, 620-628.

WERNER, M. (2010): Führungskraft Lehrer - Klassen führen und Schüler motivieren, GRIN Verlag.

WHO (1946): Verfassung der Weltgesundheitsorganisation, New York, Weltgesundheitsorganisation (WHO).

WHO (1986): Ottawa charter for health promotion : 1st International conference on health promotion : Report.

Ver.di (2012): Ausbildungsreport Pflegeberufe 2012. [Online Dokument] URL www.verdi.de/++file++512f26b36f6844094a000028/download/pflegereport2012final.pdf [12.01.2015 ]

WITZEL, A. & REITER, H. (2012): The problem-centred interview : principles and practice, Los Angeles [u.a.], Sage.

YEH, L., CHEN, C. H., WANG, C. J., WEN, M. J. & FETZER, S. J. (2005): A preliminary study of a healthy-lifestyle-promoting program for nursing students in Taiwan. J Nurs Educ, 44, 563-565.

Monika Reiter, Ruth M. Fenzl, Isabel Hollinger,
Michael Aiglesberger, Martina Paminger

**Deckt alle Themenbereiche laut GuGK 2016 (BGBl. Nr. 75/2016) ab!**

# Pflegeassistenz

Lehrbuch für die Pflegeassistenz und
das 1. Jahr der Pflegefachassisten

**Pünktlich zum neuen Ausbildungsjahr:
Die neue Lerngrundlage für die Pflegeassistenz-Ausbildungen**

In zwölf Lernfeldern beschreibt dieses Buch die Themenbereiche der Pflegeassistenzausbildung bzw. des 1. Ausbildungsjahres der Pflegefachassistenz. Die themenorientierte Darstellung fördert das vernetzte Denken: Zukünftige Pflegende lernen, Menschen in ihrer Ganzheitlichkeit wahrzunehmen und so individuell bedürfnisorientierte Pflege und Betreuung zu gewährleisten.

Mit vielen Übungsaufgaben, Fallbeispielen, Abbildungen und Wissenscheck am Ende der Kapitel!

*facultas 2018, 560 Seiten, broschiert*
*EUR 49,90 (A) / 48,50 (D) / sFr 60,90 UVP*
*ISBN 978-3-7089-1602-6*

facultas

# Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen

## Sind Maßnahmen gegen Stress eine gesetzliche Pflicht?

**Prof. Dr. Hiltraut Paridon**
Diplom-Psychologin, Professorin für Medizinpädagogik an der SRH Hochschule für Gesundheit, wissenschaftliche Leiterin des Studiengangs

Eingereicht 01. Juni 2018
Genehmigt 05. August 2018

### Zusammenfassung

Der Artikel stellt die Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen in den Mittelpunkt, zu der alle Arbeitgeber gesetzlich verpflichtet sind. Ziel ist es, die Arbeitsbedingungen so zu gestalten, dass alle Beschäftigten gesund und sicher arbeiten können. Im theoretischen Hintergrund wird das Belastungs-Beanspruchungs-Modell vorgestellt und psychische Belastungen im Lehrerberuf werden überblicksartig dargestellt. Anschließend werden grundlegende Methoden zur Erfassung psychischer Belastung (Fragebogen, Beobachtungsinterviews, Workshops) erläutert und Belastungen, die erfasst werden sollten sowie die Beteiligten an der Gefährdungsbeurteilung werden genannt. Danach werden die sieben Schritte, in denen die Gefährdungsbeurteilung abläuft, beschrieben. Abschließend wird auf kritische Aspekte der Umsetzung eingegangen.

### Summary

The present article focuses on the psychosocial risk assessment, which has to be carried out by each employer as regulated by law. The aim is to promote working condition in a way that all employees can work in a healthy and safe manner. The theoretical background of the article presents the underlying model of stress and strain as well as those stressors that teachers experience. Furthermore, methods for identifying and assessing psychosocial factors are explained. Those factors that should be assessed are named as well as the participants of the assessment. Thereafter, the seven steps of the risk assessment are illustrated. The article ends with some critical aspects regarding the implementation.

### Einleitung

Laut Arbeitsschutzgesetz sind alle Arbeitgeber dazu verpflichtet, eine sogenannte Gefährdungsbeurteilung durchzuführen. Dieser gesetzlichen Verpflichtung unterliegen auch Schulleitungen bzw. Schulträger. Es ist zu ermitteln, welchen Gefährdungen Beschäftigte bei ihrer Arbeit ausgesetzt sind und ggf. sind Maßnahmen dagegen zu ergreifen. Umgekehrt lässt sich festhalten, dass Lehrkräfte ein Recht auf eine Gefährdungsbeurteilung haben, in der Maßnahmen gegen festgestellte Gefährdungen umgesetzt werden. Im Schulalltag stehen in der Regel weniger mechanische oder physikalische Gefährdungen, sondern vor allem die psychischen Belastungen im Fokus. Wie eine entsprechende Gefährdungsbeurteilung abläuft und was dabei zu beachten ist, beschreibt der vorliegende Artikel.

§5 des Arbeitsschutzgesetzes „Beurteilung der Arbeitsbedingungen“ schreibt dem Arbeitgeber vor, „durch eine Beurteilung der für die Beschäftigten mit ihrer Arbeit verbundenen Gefährdung zu er-

mitteln, welche Maßnahmen des Arbeitsschutzes erforderlich sind.“ Dies bedeutet, dass Arbeitgeber zunächst feststellen müssen, welchen Gefährdungen ihre Beschäftigten ausgesetzt sind, um dann im nächsten Schritt Abhilfe zu schaffen. Seit dem Jahr 2013 sind die „psychischen Belastungen“ explizit im Arbeitsschutzgesetzt verankert. Es gibt somit für die Arbeitgeber eine gesetzliche Verpflichtung festzustellen, ob ihre Beschäftigten psychischen Belastungen ausgesetzt sind. Sollte dies der Fall sein und sollten von diesen Belastungen Gesundheitsgefahren ausgehen, muss der Arbeitgeber Abhilfe schaffen. Die Beschäftigten haben hierbei eine Mitwirkungspflicht.

## Begriffsdefinitionen

Im Folgenden werden zunächst wichtige Begriffe definiert, die für das Verständnis der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen, wie sie der Gesetzgeber verlangt, wesentlich sind.

Was im Arbeitsschutz unter „psychischer Belastung“ zu verstehen ist, definiert die Norm DIN EN ISO 10075-1 „Ergonomische Grundlagen bezüglich psychischer Arbeitsbelastung“ in ihrem Teil 1 „Allgemeines und Begriffe“ (2000). Demnach ist psychische Belastung „die Gesamtheit aller erfassbaren Einflüsse, die von außen auf den Menschen zukommen und psychisch auf ihn einwirken.“ Das bedeutet, dass alles, was auf das Denken, die Gefühle oder das Verhalten eines Menschen wirkt, eine psychische Belastung darstellt. Hierbei ist es irrelevant, ob der Mensch positiv oder negativ auf die Belastung reagiert. Der Begriff „psychische Belastung“ ist wertneutral definiert (z.B. Metz & Rothe, 2017, Joiko, Schmauder & Wolff, 2010). Dies führt manchmal zu Verwirrung, da das Wort „Belastung“ in der deutschen Sprache negativ konnotiert ist, wenn z.B. eine Person sagt „Das ist eine große Belastung.“ In der Fachsprache der Arbeitsschützer, stellen jedoch sowohl positive wie negative Einflüsse eine psychische Belastung dar.

Die Auswirkung der psychischen Belastung in einer Person wird als „Psychische Beanspruchung“ bezeichnet. Psychische Beanspruchung definiert die Norm 10075 (2000) als „die unmittelbare (nicht die langfristige) Auswirkung der psychischen Belastung im Individuum in Abhängigkeit von seinen jeweiligen überdauernden und augenblicklichen Voraussetzungen, einschließlich der individuellen Bewältigungsstrategien.“ Hier gilt ebenso, dass die Auswirkung positiv oder negativ sein kann.

Zwei Beispiele sollen die Begriffe verdeutlichen:

Seit mehreren Monaten muss eine Lehrkraft ständig Überstunden machen, da Lehrerstellen nicht besetzt sind und sich die Krankheitsfälle der Kollegen und Kolleginnen mehren. Die Arbeitszeit ist ebenfalls nicht mehr planbar, da die Lehrkraft regelmäßig kurzfristig irgendwo einspringen muss. An Pausen ist gar nicht zu denken. Die Lehrkraft kommt weiterhin zum Unterricht, da ihr die Schülerinnen und Schüler am Herzen liegen, da diese letztendlich die Leidtragenden sind, wenn Unterricht ausfällt. Sie merkt allerdings in den letzten Wochen, dass es ihr nicht gut geht. Sie schläft schlecht und ihr Blutdruck schwankt beträchtlich.

Seit mehreren Monaten hat eine Lehrkraft eine neue Klasse übernommen. Es ist ihre erste Klassenleitung und sie bekommt viel Anerkennung. Die Schülerinnen und Schüler melden ihr zurück, wie gerne sie bei ihr Unterricht haben und wie froh sie sind, sie als Klassenleitung zu haben. Auch die Schulleitung findet immer wieder anerkennende Worte, wie gut es in der Klasse mit ihr als Klassenleitung läuft. Die Lehrkraft merkt, dass sie hoch motiviert ist, sich gut fühlt und ihr die Arbeit viel Freude bereitet.

Beide Fälle stellen jeweils ein Beispiel für psychische Belastung und Beanspruchung dar. Im ersten Fall handelt es sich um eine negative Einwirkung (Überstunden, Arbeitszeit nicht vorhersehbar, keine Pausen) und eine negative Auswirkung im Individuum, also der Lehrkraft (schlechter Schlaf, Blutdruckschwankungen). Beim zweiten Beispiel handelt es sich um eine positive Einwirkung (Anerkennung von Schülern und Schülerinnen sowie Schulleitung) und eine positive Auswirkung (Motivation, Freude an der Arbeit).

Da es sprachlich schwierig ist, die positiven von den negativen Fällen zu unterscheiden, da beide mit Belastung bzw. Beanspruchung bezeichnet werden, hat sich inzwischen der Begriff „Fehlbelastungen“ etabliert, wenn man von Belastungen spricht, die sich negativ auswirken (Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie, 2018). Eigentlich kann man erst im Nachhinein feststellen, ob sich eine Belastung positiv oder negativ auswirkt, da die Wirkung einer Belastung ja definitionsgemäß von den jeweiligen Voraussetzungen und Bewältigungsstrategien abhängt. Wenn beispielsweise eine Schulleitung zu einer Lehrkraft sagt „Ich möchte, dass Sie ab dem nächsten Schuljahr eine Klassenleitung übernehmen“, so kann das bei der einen Person zu positiven

Effekten (Freude, Gefühl der Anerkennung) und bei einer anderen Person zu negativen Effekten (Ärger, Gefühl der Überforderung) führen.

Unter Fehlbelastungen werden gemeinhin solche Belastungen verstanden, die mit großer Wahrscheinlichkeit bei den meisten Menschen zu negativen Auswirkungen führen (Paridon, 2015). Für das positive Pendant gibt es keinen Begriff. Manchmal wird inzwischen von Ressourcen gesprochen. Die langfristigen Wirkungen der psychischen Belastungen im Individuum bezeichnet man als Beanspruchungsfolgen (Lohmann-Haislah, 2012, Metz & Rothe, 2017).

Zu den Voraussetzungen und Bewältigungsstrategien, von denen die Beanspruchungsreaktion abhängt, gehören beispielsweise die Qualifikation, die Berufserfahrung oder auch Persönlichkeitsmerkmale wie Perfektionismus.

## Belastungs-Beanspruchungs-Modell

Die Grundlage der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen ist das Belastungs-Beanspruchungs-Modell (Lohmann-Haislah, 2012, Morschhäuser, Beck & Lohmann-Haislah, 2014). Da sich die Gefährdungsbeurteilung auf die Arbeitstätigkeit bezieht, geht es ausschließlich um die Merkmale der Arbeit, die auf eine Person einwirken und nicht um private Belastungen. Man hat sich inzwischen darauf verständigt, vier Bereiche zu unterscheiden, aus denen Belastungen entstehen können:

- Die Tätigkeit selbst: Hierzu gehören Merkmale wie Handlungsspielraum oder Verantwortung, die man trägt.
- Arbeitsorganisation: Hierunter fallen alle Arbeitsabläufe, wie Arbeitszeit, Pausengestaltung
- Arbeitsmittel und –umgebung: Hier geht es um Fragen der Ergonomie und Arbeitsplatzgestaltung.
- Soziale Beziehungen: In diesem Bereich betrachtet man die Beziehungen zu Kollegen und Kolleginnen sowie Vorgesetzten.

Abbildung 1 stellt das Belastungs-Beanspruchungs-Modell noch einmal vollständig dar.

Nun stellt sich die Frage, welcher Bereich Gegenstand der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen ist. Wie in Abbildung 1 bereits angedeutet, geht es ausschließlich um die Belastungen, die sich durch die Arbeit ergeben. Der Mensch selbst oder die Auswirkungen der Belastungen in ihm, sind nicht Gegenstand der Analyse. Dafür gibt es gute Gründe, die im Folgenden dargestellt werden sollen.

### *Gründe, die für die Erfassung der Belastungen sprechen*

- Nur wenn die Belastungen erfasst werden, lassen sich Ansatzpunkte für die Arbeitsgestaltung ableiten: Der Arbeitgeber ist per Gesetz verpflichtet, die Arbeit so gesund und sicher wie möglich zu gestalten. Nur wenn er weiß, welche Arbeitsbedingungen ungünstig gestaltet sind, kann er Abhilfe schaffen.

- Es steht so im Gesetz: § 5 des Arbeitsschutzgesetzes schreibt eindeutig die Erfassung der psychischen Belastung vor und nicht die der psychischen Beanspruchung.

- Das macht man bei allen anderen Gefährdungsfaktoren auch so: In der Gefährdungsbeurteilung geht es immer darum, die Arbeitsbe-

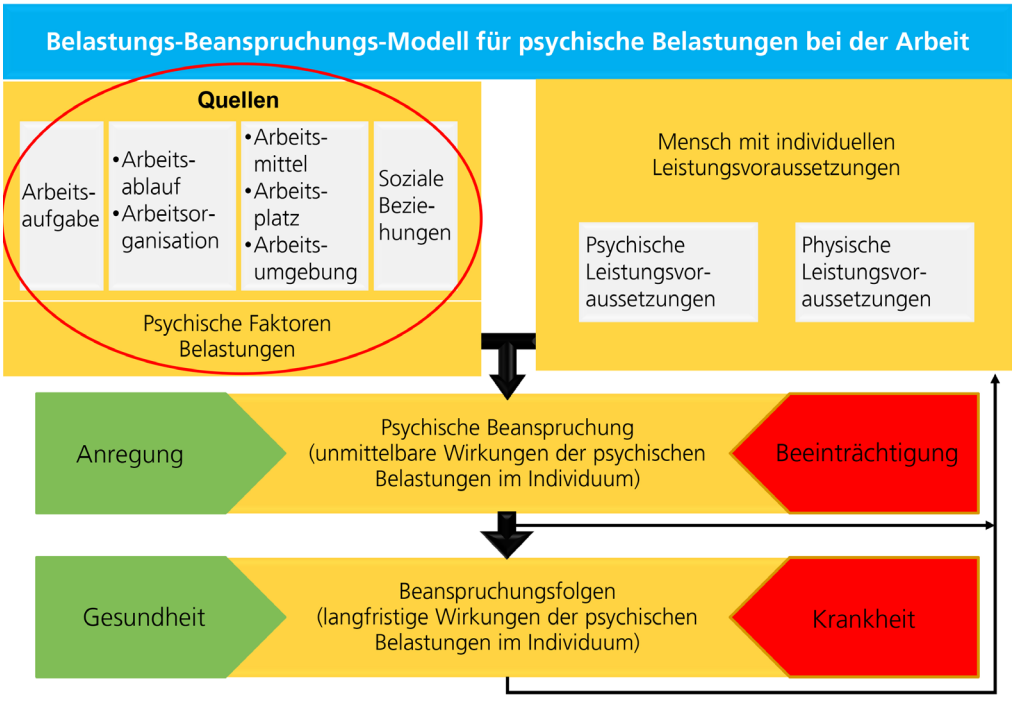



**Abbildung 1: Belastungs-Beanspruchungs-Modell als Grundlage für die Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung gemäß der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (2017) in Anlehnung an die Norm DIN EN ISO 10075.**

dingungen zu betrachten. So wird beispielsweise der Lärm gemessen und nicht gefragt, wie die Beschäftigten den Lärm finden (das wäre dann die Beanspruchung).

- Es geht nicht darum, die Leistungsfähigkeit der Beschäftigten zu erfassen: Wenn man nach der Beanspruchung fragen würde, könnte dies zu Ängsten führen z.B. bei Personen, die stark fehlbeansprucht und dadurch möglicherweise nicht mehr so leistungsfähig sind.

In der Gefährdungsbeurteilung werden also grundsätzlich die Arbeitsbedingungen betrachtet.

## Erfassung der psychischen Belastung

Zur Erfassung der psychischen Belastung gibt es grundsätzlich drei Möglichkeiten: Fragebogen, Beobachtung(sinterview), Workshop. Hierauf soll im Folgenden noch kurz eingegangen werden. Grundsätzlich gilt aber, dass alle Methoden ihre Vor- und Nachteile haben und es auf die jeweilige Situation ankommt, welcher Verfahrenstyp am besten geeignet ist (Beck, Morschhäuser & Richter. 2014).

Fragebogen: Ein Fragebogen enthält Fragen zu psychischen Belastungen, die von den Beschäftigten hinsichtlich ihrer Ausprägung eingeschätzt werden. So werden alle Beschäftigten in die Gefährdungsbeurteilung einbezogen. Die Daten werden für zusammenfassend und somit anonym für dieselbe Tätigkeit bzw. Funktion ausgewertet (z.B. alle Lehrkräfte, alle technischen Mitarbeiter, alle Führungskräfte) oder für alle Beschäftigten in einem Bereich (z.B. Fachbereich Therapie, Fachbereich Pflege).

Beobachtungsinterview: Hierbei werden einzelne Beschäftigte bei ihrer Tätigkeit beobachtet und der Beobachter bzw. ein Beobachterteam notiert den Ausprägungsgrad unterschiedlicher Belastungen. Die Beobachtung wird durch ein Interview des Beschäftigten ergänzt. Es werden zuvor ausgewählte Personen, stellvertretend für eine Tätigkeitsklasse oder einen Bereich beobachtet und befragt.

Workshop: In einem Workshop setzen sich die Beschäftigten zusammen und überlegen gemeinsam, welchen Belastungen sie ausgesetzt sind. Hierbei werden systematisch die unterschiedlichen Bereiche, aus denen Belastungen entstehen können, betrachtet und die Belastungen werden notiert.

Es ist schnell ersichtlich, dass alle Verfahrensarten Vor- und Nachteile haben. Befragungen sind geeignet, bei Tätigkeiten mit hohem kognitiven Anteil und wenn die Tätigkeiten der Beschäftigten unterschiedlich sind. Sie sind auch bei produktiven Tätigkeiten geeignet, die sich zwar gut beobachten lassen, aber bei denen die Anzahl der Beschäftigten eher gering ist. Hier wäre eine Beobachtung zu aufwändig und damit teuer. Fragebögen sind universell, d.h. für alle Arten von Tätigkeiten einsetzbar. Darüber hinaus geht es nicht nur um eine Momentaufnahme der Tätigkeit, sondern größere Zeitspannen können erfragt werden und sogenannte Beobachterfehler werden vermieden. Der Zeitaufwand bei Fragebögen ist häufig geringer als bei anderen Verfahren, so dass sie kostengünstiger sind. Außerdem stellt die Beteiligung aller Beschäftigten eine Form der Wertschätzung dar. Andererseits ist eine anonyme Auswertung erst ab einer größeren Anzahl von Beschäftigten möglich. Beobachtungen sind v.a. geeignet bei produktiven Tätigkeiten mit einem hohen manuellen Anteil, die sich gut beobachten lassen und bei denen viele Personen dieselbe Arbeit verrichten. Hierbei können jedoch Beobachtungsfehler auftreten, z.B. dass sich das Verhalten des Beschäftigten aufgrund der Beobachtung verändert oder dass die Informationsverarbeitungskapazität des Beobachters begrenzt ist und er nicht alle wichtigen Informationen wahrnimmt. Eine Beobachtung kann nie anonym erfolgen, da der Beschäftigte natürlich merkt, dass er beobachtet wird. Darüber hinaus kann sich durch die selektive Auswahl einzelner Beschäftigter, die beobachtet und interviewt werden, ein verzerrtes Bild ergeben. Andererseits können die Beobachter ggf. neutraler urteilen. Moderierte Gruppendiskussionen eignen sich vor allem in kleineren Betrieben, in denen weder Befragungen noch Beobachtungen sinnvoll sind. Sie können ebenfalls nicht anonym durchgeführt werden. Voraussetzung hierfür ist ein Betriebsklima, in dem sich die Beschäftigten frei äußern können.

Um einen passenden Verfahrenstyp auszuwählen, ist es also wichtig, sich die jeweiligen Bedingungen im Betrieb anzuschauen. Darüber hinaus ist noch zu beachten, dass die Belastungen unterschiedlich detailliert erfasst werden können. Hierbei unterscheidet man drei Analysetiefen (Nebel, Wolf & Richter, 2010):

Orientierende Stufe: Hierbei erhält man – wie der Namen bereits sagt – einen orientierenden Überblick über die Ausprägung unterschied-

licher psychischer Belastungen. In der Regel werden ca. 20 Belastungen eingeschätzt, wobei lediglich abgefragt wird, ob die Belastung (eher) vorhanden ist oder (eher) nicht. Ein Beispiel hierfür ist die Prüfliste Psychische Belastung der Unfallversicherung Bund Bahn (Schuck, Hetmeier & Wein, 2015).

Screening: Hierbei werden die Belastungen etwas genauer erfasst. Screening- Verfahren enthalten ca. 40 bis 60 Belastungen, deren Ausprägung auf einer mehrstufigen Rating-Skala eingeschätzt wird. Ein Beispiel hierfür ist die Handlungshilfe des Verbands Deutscher Verkehrsunternehmen (2012).

Experten-Verfahren: Diese Verfahren sind sehr detailliert und dürfen nur von Experten, wie z.B. Arbeitspsychologen durchgeführt werden. Zu dieser Gruppe gehört z.B. das Tätigkeitsbewertungssystem (TBS) von Pohlandt, Hacker und Richter (1999).

Für eine erste Erfassung der Belastungen reicht i.d.R. ein orientierendes Verfahren aus. Hiermit kann sich ein Betrieb erst einmal einen Überblick verschaffen, in welchen Bereichen Fehlbelastungen vorliegen.

## Belastungen, die erfasst werden sollten

Die Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie (GDA) als Initiative von Bund, Ländern und der gesetzlichen Unfallversicherung, deren Ziel es ist, den Arbeitsschutz in Deutschland zu modernisieren und Anreize für Betriebe zu schaffen, die Sicherheit und Gesundheit der Beschäftigten zu stärken, hat eine Liste mit wesentlichen Belastungsfaktoren erstellt (Beck et al., 2017). Diese Belastungen sowie

| 1. Merkmalsbereich: Arbeitsinhalt/Arbeitsaufgabe | Mögliche kritische Ausprägung |
|---|---|
| 1.1 Vollständigkeit der Aufgabe | Tätigkeit enthält:<br>– nur vorbereitende oder<br>– nur ausführende oder<br>– nur kontrollierende Handlungen |
| 1.2 Handlungsspielraum | Der/die Beschäftigte(n) hat/haben keinen Einfluss auf:<br>– Arbeitsinhalt<br>– Arbeitspensum<br>– Arbeitsmethoden/-verfahren<br>– Reihenfolge der Tätigkeiten |
| 1.3 Variabilität (Abwechslungsreichtum) | Einseitige Anforderungen:<br>– wenige, ähnliche Arbeitsgegenstände und Arbeitsmittel<br>– häufige Wiederholung gleichartiger Handlungen in kurzen Takten |
| 1.4 Information/Informationsangebot | – zu umfangreich (Reizüberflutung)<br>– zu gering (lange Zeiten ohne neue Information)<br>– ungünstig dargeboten<br>– lückenhaft (wichtige Informationen fehlen) |
| 1.5 Verantwortung | – unklare Kompetenzen und Verantwortlichkeiten |
| 1.6 Qualifikation | – Tätigkeiten entsprechen nicht der Qualifikation der Beschäftigten (Über-/Unterforderung)<br>– unzureichende Einweisung/ Einarbeitung in die Tätigkeit |
| 1.7 Emotionale Inanspruchnahme | – durch das Erleben emotional stark berührender Ereignisse (z. B. Umgang mit schwerer Krankheit, Unfällen, Tod)<br>– durch das ständige Eingehen auf die Bedürfnisse anderer Menschen (z. B. auf Kunden, Patienten, Schüler)<br>– durch permanentes Zeigen geforderter Emotionen unabhängig von eigenen Empfindungen<br>– Bedrohung durch Gewalt durch andere Personen (z. B. Kunden, Patienten) |
| 2. Merkmalsbereich: Arbeitsorganisation | Mögliche kritische Ausprägung |
| 2.1 Arbeitszeit | – wechselnde oder lange Arbeitszeit<br>– ungünstig gestaltete Schichtarbeit, häufige Nachtarbeit<br>– umfangreiche Überstunden<br>– unzureichendes Pausenregime |
| 2.2 Arbeitsablauf | – Zeitdruck/hohe Arbeitsintensität<br>– häufige Störungen/Unterbrechungen<br>– hohe Taktbindung |
| 2.3 Kommunikation/Kooperation | – isolierter Einzelarbeitsplatz<br>– keine oder geringe Möglichkeit der Unterstützung durch Vorgesetzte oder Kollegen<br>– keine klar definierten Verantwortungsbereiche |
| 3. Merkmalsbereich: Soziale Beziehungen | Mögliche kritische Ausprägung |
| 3.1 Kollegen | – zu geringe/zu hohe Zahl sozialer Kontakte<br>– häufige Streitigkeiten und Konflikte<br>– Art der Konflikte: Soziale Drucksituationen<br>– fehlende soziale Unterstützung |
| 3.2 Vorgesetzte | – keine Qualifizierung der Führungskräfte<br>– fehlendes Feedback, fehlende Anerkennung für erbrachte Leistungen<br>– fehlende Führung, fehlende Unterstützung im Bedarfsfall |
| 4. Merkmalsbereich: Arbeitsumgebung | Mögliche kritische Ausprägung |
| 4.1 Physikalische und chemische Faktoren | – Lärm<br>– unzureichende Beleuchtung<br>– Gefahrstoffe |
| 4.2 Physische Faktoren | – ungünstige ergonomische Gestaltung<br>– schwere körperliche Arbeit |
| 4.3 Arbeitsplatz- und Informationsgestaltung | – ungünstige Arbeitsräume, räumliche Enge<br>– unzureichende Gestaltung von Signalen und Hinweisen |
| 4.4 Arbeitsmittel | – fehlendes oder ungeeignetes Werkzeug bzw. Arbeitsmittel<br>– ungünstige Bedienung oder Einrichtung von Maschinen<br>– unzureichende Softwaregestaltung |

**Tabelle 1: Belastungsfaktoren und deren möglichen kritischen Ausprägungen (nach Beck et al., 2017)**

mögliche kritische Ausprägungen sind in Tabelle 1 wiedergegeben. Welche Belastungen im Einzelnen erfasst werden, hängt jeweils von der Tätigkeit ab. Bei Rettungskräften sollten z.B. traumatisierende Ereignisse berücksichtigt werden, was bei Lehrkräften weniger relevant ist. Für alle Branchen und Tätigkeiten gelten folgende Belastungen als bedeutsam, die in keiner Gefährdungsbeurteilung fehlen sollten: Arbeitsintensität, Arbeitszeit, Handlungsspielraum, soziale Beziehungen (besonders zu Vorgesetzten) sowie Arbeitsumgebungsbedingungen (v.a. Lärm) (Rothe et al., 2017).

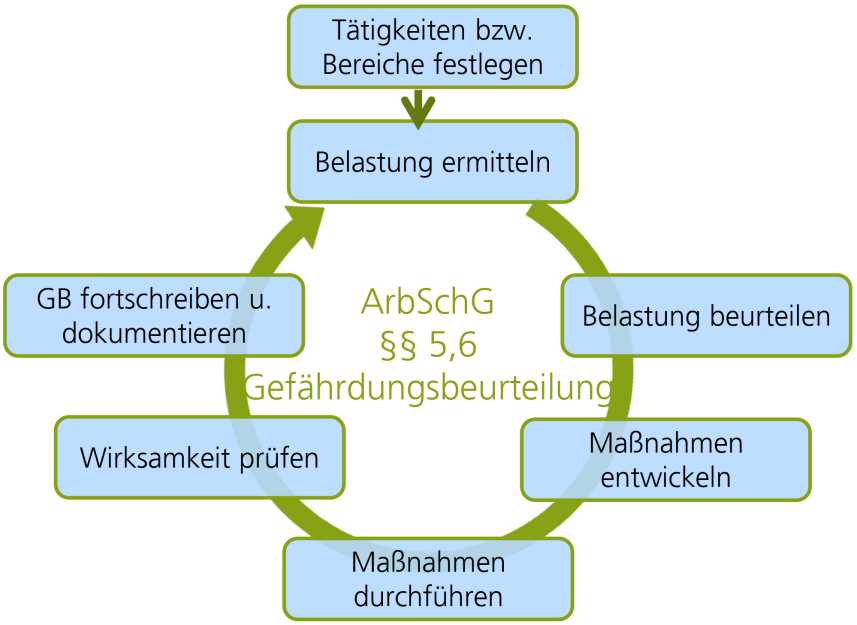



**Abbildung 2: Die Schritte der Gefährdungsbeurteilung (nach Beck et al., 2017)**

### *Psychische Belastungen im Lehrerberuf*

Zu den psychischen Belastungen im Lehrerberuf gibt es eine Reihe von Studien. Hundeloh (2012) nennt folgende Merkmale, die sich negativ auswirken, d.h. zu Fehlbeanspruchungen führen können.

- Verantwortung für andere Menschen tragen
- Fehlen eines richtigen Arbeitsplatzes in der Schule
- Mehrfachanforderungen durch Interaktivität des Bildungs- und Erziehungsauftrags
- Konflikt- und Störungsrisiko auf der Arbeits- und Beziehungsebene.
- nur bedingte Kontrolle der eigenen Handlungseffekte, da der Erfolg stark von der Mitwirkung der Schülerinnen und Schüler abhängt
- keine Kriterien, wann der nach oben offene Arbeitsauftrag des Lehrerberufs erfüllt ist
- Veränderungen im System Schule (nach verschiedenen Schulleistungsvergleichsstudien) verbunden mit stärkerer Beteiligung an Schulentwicklungsprozessen und Teamarbeit
- schwierige Schülerinnen und Schüler (mangelnde Disziplin, Lernmotivation und Leistungsbereitschaft)
- große Klassen
- häufige Übernahme von Zusatzämtern und -aufgaben
- Konflikte im Kollegium, mit der Schulleitung und mit den Eltern
- schlechte Raumsituation, fehlende Arbeitsplätze und Lehrmittel
- schlechte akustische Rahmenbedingungen
- hohe Pflichtstundendeputate

Krause & Dorsemagen (2007) haben festgestellt, dass an Schulen, die die Unterrichtsdurchführung (ausschließlich) am Vormittag im 45-Minuten-Takt organisieren, Erholungspausen für die Lehrkräfte fehlen. Seiboth (2015) hat Daten von 147 Lehrkräften im Raum Magdeburg erhoben. Sie nennt als Hauptbelastungsfaktoren große Leistungsunterschiede, geringe Lernbereitschaft und Disziplinprobleme der Schüler und Schülerinnen sowie Lärm, Konflikte im Kollegium, mangelnde Kommunikationsstrukturen sowie Probleme bei der Organisation des Schulbetriebs.

Zum Themengebiet „Psychische Beanspruchungen im Lehrerberuf“ liegen ebenfalls zahlreiche Daten vor. So hat beispielsweise eine Arbeitsgruppe rund um Schaarschmidt mit dem Fragebogen „Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM)“ (Schaarschmidt & Fischer, 1997) Bewältigungsverhalten untersucht und vier Muster beruflichen Bewältigungsverhaltens identifiziert (Schaarschmidt, Kieschke & Fischer, 1999, Schaarschmidt & Fischer, 2001). Untersuchungen zur Lehrergesundheit beschäftigen sich ebenfalls mit psychischen Beanspruchungen. So haben z.B. Scheuch, Haufe & Seibt (2015) die Häufigkeit von Erschöpfung, Müdigkeit, Kopfschmerzen und Angespanntheit erfasst. Studien zu den Beanspruchungen sind natürlich grundsätzlich wichtig, in der Gefährdungsbeurteilung spielen sie jedoch nur eine untergeordnete bzw. keine Rolle, da

die Gefährdungsbeurteilung auf die Arbeitsbedingungen sowie präventiv ausgerichtet ist, so dass negative Beanspruchungen möglichst nicht erst entstehen.

*Beteiligte bei der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen*

Die Gefährdungsbeurteilung kann und sollte nicht eine einzelne Person durchführen. Wenn es einen Arbeitsschutzausschuss (ASA) gibt, so ist dies ein geeignetes Gremium, das die einzelnen Schritte planen kann. Ein ASA ist laut Arbeitssicherheitsgesetz ab 20 Beschäftigten einzuberufen. Fachkräfte für Arbeitssicherheit, Betriebsärzte und Betriebsräte sind wichtige Ansprechpartner bei der Gefährdungsbeurteilung. Eins aber ist klar: Der Arbeitgeber ist und bleibt der Hauptverantwortliche. So schreibt es das Arbeitsschutzgesetz vor. Diese Verantwortung kann der Arbeitgeber nicht delegieren.

## Ablauf der Gefährdungsbeurteilung

Wie läuft nun eine vollständige Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung ab? Abbildung 2 zeigt, welche Schritte die Gefährdungsbeurteilung umfasst (Beck et al., 2017).

Zunächst ist festzulegen, für welche Tätigkeiten bzw. Arbeitsbereiche die Gefährdungsbeurteilung erfolgen soll. Laut Arbeitsschutzgesetz muss sie für alle Tätigkeiten erfolgen, es ist aber festzulegen, welche Personen (annähernd) dieselbe Tätigkeit ausführen, so dass deren Daten zusammengefasst werden können.

Im nächsten Schritt wird ein Verfahren ausgewählt, mit dem die Belastungen erfasst werden. Das heißt, entweder erhalten alle Beschäftigten einen Fragebogen, auf dem sie das Ausmaß der psychischen Belastung einschätzen sollen oder es werden Beobachtungsinterviews mit ausgewählten Beschäftigten durchgeführt oder die Beschäftigten erarbeiten gemeinsam in einem Workshop, welche Belastungen von ihrer Tätigkeit ausgehen. Die GDA hat Kriterien zusammengestellt, die ein Verfahren, das für die Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen verwendet wird, erfüllen sollte (Beck et al., 2017).

Im nächsten Schritt erfolgt eine Beurteilung. Sie bezieht sich auf die Frage, ob eine bestimmte Belastung in ihrer ermittelten Ausprägung gesundheitsgefährdend ist oder nicht. Mit diesem Schritt tun sich viele Unternehmen schwer, da es bei den psychischen Belastungen keine Grenzwerte gibt. Wenn also beispielsweise 50 % der Lehrkräfte sagen, dass der Informationsfluss schlecht organisiert ist, muss die Schulleitung dann Maßnahmen ergreifen oder nicht? Hier gibt es keine genauen Vorgaben. Manche Verfahren nutzen ein sogenanntes Ampelsystem. Hierbei gilt: Wenn bis zu einem Drittel der Beschäftigten sagen, dass eine bestimmte Fehlbelastung vorliegt, muss keine Maßnahme ergriffen werden. Wenn ein bis zwei Drittel eine bestimmte Fehlbelastung angeben, sollte noch einmal genauer nachgeschaut werden, ob es eine bestimmte Tätigkeitsart ist, die davon betroffen ist oder ein bestimmter Bereich. Wenn über zwei Drittel eine bestimmte Fehlbelastung angeben, muss reagiert werden. Man kann den Grenzwert aber auch bei 50 % setzen, wie es z.B. bei der Prüfliste Psychische Belastung der Fall ist (Schuck, Hetmeier & Wein, 2015). Oder man einigt sich darauf, mit den drei am häufigsten genannten Fehlbelastungen anzufangen und nacheinander die weiteren Fehlbelastungen „abzuarbeiten“. Wichtig ist, sich vor der Erfassung der psychischen Belastungen bereits über die Beurteilung Gedanken zu machen.

Um Maßnahmen gegen festgestellte Gefährdungen abzuleiten, eignen zu Workshops. Hier setzen sich die Beschäftigten zusammen und überlegen gemeinsam, welche Belastungen als erstes betrachtet werden sollen und welche Maßnahmen erforderlich und möglich sind. Dabei können Maßnahmen auf unterschiedlichen Ebenen festgelegt werden. So kann man beispielsweise überlegen,

- was der Einzelne verändern kann
- was das Team machen kann
- was die Führungskräfte verbessern können und
- was das Unternehmen beitragen kann.

Die besprochenen Maßnahmen sollten schriftlich fixiert werden, ebenso wie ein Termin, bis wann die Maßnahmen umgesetzt werden sollen und wer dafür verantwortlich ist.

Im nächsten Schritt ist es wichtig, die festgelegten Maßnahmen so schnell wie möglich und konsequent umsetzen. Zum einen weckt die Erfassung der Belastungen Erwartungen auf Seiten der Beschäftigten um zum anderen ist es gesetzliche Pflicht, Gefährdungen abzustellen bzw. zu minimieren.

In einem weiteren Schritt sollte geprüft werden, ob die umgesetzten Maßnahmen tatsächlich wirksam waren und die Fehlbelastungen reduziert werden konnten.

Schließlich müssen die einzelnen Schritte dokumentiert werden. Hierbei geht es nicht darum, jeden einzelnen Fragebogen oder Beobachtungsbogen aufzubewahren. Entscheidend ist, dass der zuständige Unfallversicherungsträger sehen kann, wie vorgegangen wurde und warum so vorgegangen wurde. Außerdem sollten Ergebnisse und ergriffene Maßnahmen dokumentiert werden sowie die Ergebnisse der Wirksamkeitsüberprüfung.

Im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses ist die Gefährdungsbeurteilung nie abgeschlossen, sondern geht eigentlich immer weiter, wie es der Kreislauf in Abbildung 2 veranschaulichen soll.

## Maßnahmen und Themen in Schulen

Beispielhaft sollen nun noch ein paar Themen und mögliche Maßnahmen gegen Fehlbelastungen dargestellt werden, die im Bereich der psychischen Belastung in Schulen besonders relevant sind. Dabei ist jedoch zu beachten, dass Maßnahmen nie nach dem „Gießkannenprinzip“ für alle durchgeführt werden können oder sollten. Jede Schule unterliegt spezifischen Bedingungen, die es zu berücksichtigen gilt.

Arbeitsmaterial: Um gut arbeiten zu können, ist es erforderlich, dass die Lehrkräfte über ausreichendes sowie ergonomisches Arbeitsmaterial verfügen. Hierzu gehört beispielsweise, dass sie in der Schule erforderliche Kopien für den Unterricht erstellen können sowie (funktionierende) Drucker, Laminiergeräte u.ä.m. vorhanden sind.

Arbeitszeiten: Die Trennung von Beruf und Privatleben ist für Lehrkräfte oft schwierig. Einerseits stellt eine gewisse Flexibilität bei der Arbeitszeitgestaltung einen Vorteil im Lehrerberuf dar, andererseits kann dies zu dem Eindruck führen, „nie frei zu haben“, da abends und am Wochenende z.B. Arbeiten korrigiert werden. Die Schule sollte einen Diskussionsprozess in Gang setzen, um ein Bewusstsein für dieses Thema zu schaffen. Lösungen können die einzelnen Lehrkräfte für sich selbst entwickeln. Manche Lehrkräfte wünschen sich vielleicht, Freistunden zur Unterrichtsvorbereitung zu nutzen, was jedoch durch Gespräche unter Kolleginnen und Kollegen im Lehrerzimmer erschwert wird. Die Schule sollte in diesem Fall einen ruhigen Arbeitsraum zur Verfügung stellen, der flexibel von unterschiedlichen Lehrkräften genutzt werden kann. Mit einem entsprechenden Arbeitsraum bestünde darüber hinaus die Möglichkeit, die anfallenden Arbeiten nach dem Unterricht in der Schule zu erledigen. So kann das Privatleben weitgehend „arbeitsfrei“ bleiben. Wichtig ist – wie gesagt – ein Diskussionsprozess hierüber, der zu unterschiedlichen Lösungen führen kann.

Pausen: Häufig werden Freistunden und Pausen nicht tatsächlich zur Erholung genutzt, sondern es wird noch schnell etwas zwischen Tür und Angel erledigt oder es wird mit Kolleginnen und Kollegen über die Arbeit geredet. So wichtig der kollegiale Austausch ist – er hat nicht unbedingt eine erholsame Wirkung. Auch für die Fragen „Wann mache ich Pause?“ und „Wie gestalte ich meine Pause?“ sollte ein Bewusstsein geschaffen werden. Manche Lehrkräfte arbeiten durch, um früher nach Hause gehe zu können. Die Pausenforschung zeigt allerdings, dass es länger dauert sich zu erholen, wenn man zu spät Pause macht. Erholsam scheint v.a. Bewegung an der frischen Luft zu sein (vgl. Paridon & Lazar, 2017).

Mobbing und Konflikte: Nicht jedes unfreundliche Wort ist direkt ein Fall von Mobbing. Dennoch handelt es sich hierbei um ein wichtiges Thema, da sowohl Schüler und Schülerinnen als auch Lehrkräfte betroffen sein können. Im Sinne der Prävention ist es sinnvoll, Vereinbarungen zu treffen, wie in der Schule mit Konflikten und Mobbing umgegangen wird. Diese Vereinbarungen sollten deutlich an alle kommuniziert werden. Im Vorfeld können sich interessierte Kolleginnen und Kollegen in Weiterbildungen zum Thema qualifizieren.

Soziale Unterstützung: Sie gilt als einer der wichtigsten Puffer gegen Stress. Soziale Unterstützung ist sowohl unter Kolleginnen und Kollegen wichtig als auch von Seiten der Schulleitung. Hierzu kann es beispielsweise gehören, dass Lehrkräfte sich gegenseitig Unterlagen zur Verfügung stellen. Dieser Prozess kann systematisch von der Leitung organisiert werden, so dass z.B. im Intranet Dateien eingestellt werden können und deutlich kommuniziert wird, dass von allen Lehrkräften erwartet wird, sich zu beteiligen. Im Fall von Konflikten mit Schülern und Schülerinnen sollte die Leitung hinter ihrer Lehrkraft stehen. Hierzu ist es wiederum notwendig, dass die Leitung frühzeitig informiert und nicht erst hinzugezogen wird, wenn die Eskalation bereits weit fortgeschritten ist.

## Fazit

Das Ziel der Gefährdungsbeur-

teilung ist es, die Arbeitsbedingungen so zu gestalten, dass ALLE Personen gesund und sicher arbeiten können. Hierbei handelt es sich um einen Prozess, der nie abgeschlossen ist und bei dem auch nicht immer alle wünschenswerten Maßnahmen umsetzbar sind. Entscheidend ist es, miteinander ins Gespräch zu kommen und gemeinsam zu überlegen, wie die Arbeit besser gestaltet werden kann. Dies sollte dann tatsächlich umgesetzt werden. Die Gefährdungsbeurteilung ist eine gesetzliche Pflicht. Die Schulleitung trägt hierfür die Verantwortung und die Lehrkräfte haben eine Mitwirkungspflicht. Insofern kann die im Titel gestellt Frage mit „ja“ beantwortet werden: Die Arbeit soll so gestaltet sein, dass kein gesundheitsgefährdender Stress entsteht. Diesem Ziel dient die Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung.

## Literatur


Beck, D., Morschhäuser, M. & Richter, G. (2014). Durchführung der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung. In BAuA (Hrsg), Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung. Berlin: Erich Schmidt Verlag, S. 45 - 130

Beck, D. et al. (2017). Empfehlungen zur Umsetzung der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung. Zuletzt abgerufen am 15.5.18 unter http://www.gda-psyche.de/SharedDocs/Publikationen/DE/broschuere-empfehlung-gefaehrdungsbeurteilung.pdf?__blob=publicationFile&v=14

Deutsches Institut für Normung (2000). Ergonomische Grundlagen bezüglich psychischer Arbeitsbelastung, Teil 1 „Allgemeines und Begriffe“. DIN EN ISO 10075-1.

Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie (2017). Psychische Arbeitsbelastung und Gesundheit. Zuletzt abgerufen am 15.5.18 unter http://www.gda-psyche.de/SharedDocs/Publikationen/DE/psychische-arbeitsbelastung-und-gesundheit.pdf;jsessionid=F34B6841C640459057906AA50A6BF03C?__blob=publicationFile&v=1

Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie (2018). Leitlinie Beratung und Überwachung bei psychischer Belastung am Arbeitsplatz. Zuletzt abgerufen am 15.5.18 unter https://www.gda-portal.de/de/pdf/Leitlinie-Psych-Belastung.pdf?__blob=publicationFile&v=11

Hundeloh, H. (2012). Lehrergesundheit – ein Handlungsfeld der gesetzlichen Unfallversicherung. DGUV Forum, 11, 10-13.

Joiko, K., Schmauder, M. & Wolff, G. (2010). Psychische Belastung und Beanspruchung im Berufsleben. Erkennen – Gestalten. Dortmund: BAuA. . Zuletzt abgerufen am 15.5.18 unter https://www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Praxis/A45.html

Krause, A. & Dorsemagen, C. (2007). Psychische Belastungen im Unterricht. In M. Rothland (Hrsg.), Belastung und Beanspruchung im Lehrerberuf, S. 99-118.

Lohmann-Haislah, A. (2012). Stressreport Deutschland 2012 - Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden. Berlin: BAuA. Zuletzt abgerufen am 15.5.18 unter https://www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Berichte/Gd68.pdf?__blob=publicationFile

Metz, A.-M. & Rothe, H.-J. (2017). Screening psychischer Arbeitsbelastung. Wiesbaden: Springer.

Morschhäuser, M., Beck, D. & Lohmann-Haislah, A. (2014). Psychische Belastung als Gegenstand der Gefährdungsbeurteilung. In BAuA (Hrsg), Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung. Berlin: Erich Schmidt Verlag, S. 19 – 44.

Nebel, C., Wolf, S. & Richter,P. (2010): Instrumente und Methoden zur Messung psychischer Belastung. In D. Windemuth, D. Jung & O. Petermann (Hrsg.), Praxishandbuch psychische Belastungen im Beruf. Wiesbaden: Universum Verlag, S. 261 - 274.

Paridon, H. (2015). Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen – Tipps zum Einstieg. IAG-Report. Dresden: DGUV. Zuletzt abgerufen am 15.5.18 unter http://publikationen.dguv.de/dguv/pdf/10002/iag-report-2013-01.pdf

Paridon, H. & Lazar, N. (2017). iga.Report 34. Regeneration, Erholung, Pausengestaltung – alte Rezepte für moderne Arbeitswelten? Dresden: iga. Zuletzt abgerufen am 15.5.18 unter https://www.iga-info.de/fileadmin/redakteur/Veroeffentlichungen/iga_Reporte/Dokumente/iga-Report_34_Regeneration_Erholung_Pausengestaltung.pdf

Pohlandt, A.; Hacker, W. und Richter, P. (1999). Tätigkeitsbewertungssystem (TBS). In H. Dunckel (Hrsg.), Handbuch psychologischer Arbeitsanalyseverfahren. Zürich: vdf Hochschulverlag, S. 515 - 538.

Rothe, I. et al. (2017). Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt Wissenschaftliche Standortbestimmung. Berlin: BAuA. Zuletzt abgerufen am 15.5.18 unter https://www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Berichte/Psychische-Gesundheit.pdf?__blob=publicationFile

Schaarschmidt, U. & Fischer, A. W. (1997). AVEM - ein diagnostisches Instrument zur Differenzierung von Typen gesundheitsrelevanten Verhaltens und Erlebens gegenüber der Arbeit. Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie, 18, 151 – 163.

Schaarschmidt, U. & Fischer, A. W. (2001). Bewältigungsmuster im Beruf. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Schaarschmidt, U., Kieschke, U. & Fischer, A. W. (1999). Beanspruchungsmuster im Lehrerberuf. Psychologie in Erziehung und Unterricht, 4, 244 - 268.

Scheuch, K., Haufe, E. & Seibt, R. (2015). Lehrergesundheit. Deutsches Ärzteblatt, 112, 347–56.

Schuck, T.C., Hetmeier, J. & Wein, M. (2015). Was stresst? Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung – Eine Handlungshilfe. Zuletzt abgerufen am 15.5.18 unter https://www.uv-bund-bahn.de/fileadmin/Dokumente/Fachthemen_Pr%C3%A4vention_Dokumente/Psychologie/UVB_Broschuere_WasStresst_2015_2.pdf

Seiboth, F. (2015). Psychische Belastung und Gesundheit von Lehrkräften im Raum Magdeburg: Ein Altersgruppenvergleich. Zuletzt abgerufen am 15.5.18 unter https://d-nb.info/112452648X/34

Verband Deutscher Verkehrsunternehmen (2012). Erfassung psychischer Belastungen bei der Durchführung von Gefährdungsbeurteilungen. Handlungshilfe mit Checkliste für Verantwortliche in Verkehrsunternehmen. Zuletzt abgerufen am 15.5.18 unter https://www.evg-online.org/fileadmin/Sozialpolitik/Psychische_Gefaehrdungsbeurteilung/Handlungshilfe.pdf

# Interdisziplinäre Betrachtung

Vorankündigung

Durch alle historische Epochen hindurch und für alle Kulturen und Gesellschaften stellt die Hoffnung ein Phänomen dar, welches eng mit dem Dasein, dem Schicksal und dem Nachdenken der Menschen über sich selbst verbunden ist. Das Thema Hoffnung im Alter wird in diesem Buch aus unterschiedlichen Wissensgebieten und Professionen beleuchtet, um es interdisziplinär aufzuarbeiten.

Das Buch ist für Studierende und Lehrende aus gerontologischen und psychologischen Studiengängen ebenso geeignet wie aus den Fachrichtungen (Sozial-)Pädagogik, Theologie und Pflegewissenschaften, für MitarbeiterInnen aus Gesundheitsberufen gleichermaßen wie für ehrenamtlich tätige und bürgerschaftlich engagierte Menschen.

*Mit Beiträgen von Hanne Seemann, Brigitte Dorst, Angelika Zegelin, Corinna Schmohl, Willi Stroband, Margot Klein, Jürgen Rieck*

Harald Blonski (Hrsg.)
**Hoffnung im Alter**
Eine interdisziplinäre Betrachtung
ca. 192 Seiten • ca. 29,95 Euro
ISBN 978-3-86321-344-2
**erscheint im Sommer 2018**

**Harald Blonski** ist Pädagoge (M.A.), Diplom-Sozialpädagoge (FH), Diplom-Psychogerontologe Univ. (postgrad.) und Auditor für QM-Systeme. Er verfügt über langjährige Leitungserfahrung in der stationären Altenhilfe. Derzeit ist er als Lehrbeauftragter an der Fachhochschule für öffentliche Verwaltung NRW in Münster, als Dozent an diversen Fachseminaren im Gesundheits- und Sozialbereich sowie als Organisationsberater und Leiter von Auditteams tätig.

## Ich möchte vorbestellen:

____ Expl.
Harald Blonski (Hrsg.)
„Hoffnung im Alter“
ca. 29,95 Euro
Bestellnr. 202344
(portofreie Lieferung im Inland)

Ich möchte gerne den Newsletter von Mabuse!

E-Mail: _____

Vorname, Name: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Tel., Fax: _____

E-Mail: _____

Beruf: _____
(Freiwillige Angabe zu statistischen Zwecken)

Datum, Unterschrift: _____

Mabuse-Verlag
Postfach 90 06 47
60446 Frankfurt am Main
buchversand@mabuse-verlag.de
Tel.: 069 - 70 79 96 16
Fax: 069 - 70 41 52

**Mabuse-Verlag**
www.mabuse-verlag.de

# Aktueller Qualifikationsstand der Lehrkräfte an Gesundheits- und Krankenpflegeschulen in Oberbayern


## Abstract

In der Pflegeausbildung werden an Lehrkräfte hohe Anforderungen an die Fach- und Methodenkompetenz gestellt. Aktuell existieren keine Daten zu den Qualifikationen der Lehrkräfte in der Krankenpflegeausbildung für Oberbayern. Das Ziel dieser Studie ist es, die Qualifikationen dieser Lehrkräfte an Krankenpflegeschulen in Oberbayern zu erheben.

Die Untersuchung erfolgt mittels einer multizentrischen Querschnittstudie in Form einer Vollerhebung. Ein nicht-standardisierter Fragebogen wurde an alle 23 Schulen in Oberbayern versendet.

N=15 (65%) der Gesundheits- und Krankenpflegeschulen in Oberbayern nahmen an der Studie teil. N=64 (50,39%) der hauptberuflichen Lehrkräfte verfügen über einen pädagogischen Hochschulabschluss. N=34 (29,13%) besitzen einen Bachelorabschluss, n=5 (3,94%) ein Diplom und n=17 (13,38%) einen Masterabschluss. 48,22% der Lehrkräfte sind älter als 50 Jahre.

Verrentung und fehlende akademische Abschlüsse führen zu einem hohen Bedarf an Lehrkräften mit pädagogischem Abschluss in den nächsten zehn Jahren. Fachdidaktisch notwendig ist zudem, dass Lehrkräfte über eigene pflegerische Berufserfahrung verfügen. Dies ist bislang auf Länderebene nicht ausreichend geregelt. Fraglich ist, ob die derzeitigen Studienangebote den Bedarf an Lehrkräften decken können.



**Schlüsselwörter:**
Krankenpflegeausbildung, Lehrerbildung in der Pflege, Berufsfachschule für Krankenpflege



## Abstract

Nursing education places high demands on teaching staff in terms of subject as well as teaching method expertise. Currently no data in relation to the qualifications of teaching staff in nursing education in Oberbayern. The aim of this study is to survey the qualifications of teaching staff in nursing training institutions.

The analysis is conducted through a multi-centric, cross-sectional study implemented via a comprehensive survey. A non-standardised questionnaire was sent to all 23 training institutions in Oberbayern.

N=15 (65%) of health and nursing schools in Oberbayern participated in the study. N=64 (50.39%) of professional teaching staff have a higher education degree in the field of education. N=34 (29.13%) have a Bachelor's degree, n=5 (3.94%) a German Diplom degree and n=17 (13.38%) have a Master's degree. 48.22% of teaching staff are older than 50.

Staff reaching pension age and the lack of higher education degrees are leading to a high demand for new teaching staff in the next 10 years. In addition, from a subject-related didactical perspective it is necessary that teaching staff have professional experience in nursing. So far this has not been sufficiently regulated on the federal-state level. It is debateable, whether the current study provision is sufficient to answer to the demand in qualified teaching staff.



**Keywords**
Teacher training in nursing, nursing training, academization in nursing

Eingereicht 14. Mai 2018
Genehmigt 31. Juli 2018

**Christian Frieß, B.A.**
Arbeitet in der Pflegewissenschaft am Klinikum der Universität München; Fachkrankenpfleger für Anästhesie und Intensivpflege sowie Rettungsassistent; Medizinpädagoge (B.A.)

**Sebastian Koch, B.A., M.ScN.**
Studiengangsleiter im Bachelor- und Masterstudiengang Medizinpädagogik an der SRH Hochschule für Gesundheit in Gera; Medizinpädagoge (B.A.); Gesundheits- und Pflegewissenschaftler (M.Sc.)

## Einleitung

Aufgrund der gestiegenen Anforderungen an das Gesundheits- und Krankenpflegepersonal hinsichtlich neuer Qualifikationsanforderungen, Komplexität in der Versorgung von Patienten und ein verändertes Arbeitsumfeld ist es notwendig, die Konzepte zur beruflichen Bildung zu hinterfragen und zu überarbeiten (Bonse-Rohmann & Burchert, 2011, S. 5). Dadurch verändern sich die Anforderungen an die in diesem Bereich tätigen Lehrkräfte. Dies verlangt von den Lehrpersonen eine hohe berufspraktische und somit fachliche Expertise. Des Weiteren arbeitet die Lehrkraft mit jungen Menschen und muss eventuelle Lernprobleme erkennen und darauf eingehen können, um das beste Outcome für den Schüler zu ermöglichen (Reiber, 2011, S. 26). Die Lehrerbildung ist für den Grad der Professionalisierung ein wichtiger Indikator, da mit dieser, die Akademisierung initiiert wird (Bischoff-Wanner & Reiber, 2008, S. 5). Im Rahmen der Umstellung der Gesundheits- und Krankenpflege Ausbildung auf die generalistische Ausbildung steigen die Anforderung an das Lehrpersonal, das in diesem Bereich tätig ist, weiter an.

Zum Zeitpunkt liegen keine validen Daten zur tatsächlichen Lehrerqualifikation mit Art des Studiums und Abschluss für Oberbayern vor. Ziel der vorliegenden Studie war eine Erhebung der tatsächlichen Qualifikationen der Lehrkräfte in der Ausbildung von Gesundheits- und Krankenpflegern in Oberbayern. Hierbei sollte die Art der Qualifikation, welche nach dem aktuellen KrPflG und dem zukünftige PflBRefG geforderten untersucht werden.

## Die generalistische Ausbildung in der Pflege

Durch die demographischen Entwicklungen, die Zunahme von chronischen Erkrankungen sowie der Zahl demenziell erkrankter Patienten und einer gleichzeitigen Abnahme der Patienten-Verweildauer im Krankenhaus, kommt es zu einer Verdichtung von komplexen Pflege- und Behandlungstätigkeiten im ambulanten Sektor (PflBRefG, 2017, S. 1).

Zum einen ist mit diesem Gesetz die Möglichkeit einer stärkeren Abstufung von Qualifikationen, wie auch eine vertikale Durchlässigkeit gegeben. Zum anderen wird dadurch die EU-Berufsanerkennungsrichtlinie 2013/55/EU umgesetzt. Dies ermöglicht eine erhöhte Mobilität der Pflegekräfte innerhalb des Arbeitsraumes der europäischen Union, da der Berufsabschluss direkt anerkannt wird. Das entscheidendste Merkmal der generalistischen Ausbildung ist die Zusammenführung der drei Grundberufe: Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege (Wagner, 2014, S. 3). Mit der Einführung dieses Gesetzes ändert sich nach §1 PflBRefG auch die Berufsbezeichnung von „Gesundheits- und Krankenpfleger“ zu „Pflegefachmann“ oder „Pflegefachfrau“. Ein entscheidender und berufspolitisch sehr wichtiger Schritt sind die im Gesetz aufgeführt Tätigkeiten, die ausschließlich durch den Pflegefachmann durchgeführt werden dürfen. Zu diesen im §4 PflBRefG aufgeführten Tätigkeiten, gehören „die Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs [...]“, „die Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses [...]“ und „die Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung

der Qualität der Pflege [...]“. Diese Kompetenzen soll der Schüler im Rahmen der Ausbildung erlangen und später selbständig durchführen können. Ein weiterer Schwerpunkt der in §5 PflBRefG verankert ist, ist die Einbeziehung von Angehörigen und der sozialen Bezugsgruppe des Patienten. Im Vergleich zum KrPflG ist im PflBRefG ein besonderes Augenmerk auf die Erlangung von Lernkompetenzen, den Wissenstransfer, die Selbstreflexion und die Fähigkeit zum lebenslangen Lernen gelegt worden.

Die Mindestanforderungen an Pflegeschulen wurden ausformuliert und im Vergleich zum KrPflG deutlich enger gefasst. So wird im §9 PflBRefG von einer Schulleitung eine pädagogische Qualifikation und eine Hochschulausbildung auf Master-Niveau verlangt. Auch die Anforderungen an den eigentlichen Lehrkörper sind gestiegen. So müssen Lehrkräfte, die den theoretischen Unterricht durchführen, eine pflegepädagogische Hochschulausbildung auf Master-Niveau nachweisen. Auch die Lehrkräfte im fachpraktischen Unterricht müssen über einen pflegepädagogischen Hochschulabschluss verfügen. Das Verhältnis der Anzahl von Lehrern zu Schülern ist auf eine Quote von 1:20 festgelegt. Aufgrund der Anhebung der Anforderungen gegenüber dem Lehrpersonal, können die Landesregierungen Übergangsregelungen bis 2027 erlassen (PflBRefG, 2017).

Bis zum 31.12.2025 werden die Abschlüsse und die Spezialisierung in der Ausbildung evaluiert. Haben mehr als 50% die generalistische Ausbildung ohne Spezialisierung abgeschlossen, so werden die Ausbildungen der Altenpflege und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege auslaufen. Über einen Wegfall dieser eigenständigen Berufe würde in diesem Fall der Gesetzgeber erneut entscheiden (Barley, 2017, S. 2).

**Lehrerbildung in der Pflege**

Wie im PflBRefG beschrieben, kommt es zu Entwicklungen von pflegerischen Kompetenzen und einer fachlichen Verdichtung der beruflichen Handlungskompetenz im Berufsfeld Pflege. Die Innovationen und Neuerungen im medizinischen- und pflegerischen Bereich sind genauso rasant, wie die Entwicklungen im Bereich der Bildung. Hier sei vor allem die Entwicklung von Kompetenzen in speziellen Handlungsfeldern und die Outcome-Orientierung anzuführen. Um diese Innovationen adäquat umsetzten zu können, ist eine spezifische Lehrerausbildung, die den Bedürfnissen der professionellen Pflege Rechnung trägt, unerlässlich (Bonse-Rohmann & Burchert, 2011, S. 7). Im Vergleich mit der regulären Lehrerausbildung, beschreitet die Pflege und die Lehrerausbildung in der Pflege auch hier einen Sonderweg (Bischoff-Wanner, 2008, S. 26).

Bis zur Verabschiedung des KrPflG 2003 wurde in Bayern die fehlende universitäre Lehrerqualifikation in der Pflegeausbildung dadurch kompensiert, dass bestimmte Personen eine zwei-jährige Weiterbildung zum „Lehrer für Pflegeberufe“ absolvierten und im Anschluss daran eine Lehrerbefähigung erhielten. Diese pädagogisch weitergebildeten Pflegekräfte waren nicht im Sinne eines Lehramtsstudiums für berufsbildende Schulen fach- und erziehungswissenschaftlich qualifiziert. Für Personen, die bis 2003 diese Weiterbildung abgeschlossen hatten, gab es eine Besitzstandwahrung, die aber bei einem Wechsel des Arbeitsplatzes nicht garantiert werden kann (Landenberger, et al., 2005, S. 45-46). Ab 2003 fordert das Gesetz nach §4, Abs. 3, Satz 1 eine Hochschulausbildung für Lehrkräfte im theoretsichen Unterricht. Das neues PflBRefG stellt dagegen höhere Ansprüche: Lehrkräfte, die fachtheoretischen Unterricht erteilen, müssen einen pflegepädagogischen Hochschulabschluss auf Master Niveau nachweisen. Auch die fachpraktischen Unterrichte dürfen nur noch von Lehrkräften mit einem pflegepädagogischen Hochschulabschlus durchgeführt werden. Die Art und Dauer des Hochschulabschlusses ist nicht näher definiert. Es ist allerdings davon auszugehen, da im grunde nur noch die Bachelor-Master-Abfolge im Hochschulewesen existiert, der Abschluss als Bachelor gemeint ist. Durch den Bologna-Prozess wurde gefordert, dass schon dieser Abschluss berufsqualifizierend sein muss. Diese Forderung steht gerade im Bereich der Lehrerbildung stark in der Kritik. Begründet wird dies dadurch, dass in den meisten Bachelorstudiengängen ein „Konsekutives Studienmodell“ verfolgt wird und in diesem der Fokus auf dem Studium der beruflichen Fachrichtung und dem fachwissenschaftlichen Studium liegt. Erst im Master-Studium erfolgt dann das Studium der Erziehungswissenschaften, Fachdidaktiken und eines zweiten Unterrichtsfaches. Ein weiteres Modell ist das „Grundständige Studienmodell“. In diesem erfolgt im Bachelorabschnitt das Studium der beruflichen Fachrichtung, Erziehungswissenschaft und Fachdidaktik und ein zweites Unterrichtsfach. Empirsche Befunde

deuten darauf hin, dass Inhalte wie Pädagogik und Didaktik in einer frühen Phase des Studiums die Lehrerkompetenz fördern. Im Master-Studium erfolgt dann in allen Bereichen ein vertieftes Studium. In der regulären Lehrerausbildung stellt der Master den Abschluss dar und ermöglich den Zugang zum Referendariat und somit zu einer Anstellung im Staatsdienst (Bischoff-Wanner, 2008, S. 27-30). Im Rahmen des grundständigen Studienmodells ist eine Berufsqualifizierung nach dem Bachelor denkbar. Die Einsatzgebiete der Bachelorabsolventen könnten wie im §9, Abs. 1, Satz 2 PflBRefG gefordert, in der berufspraktischen Ausbildung liegen. Ein mögliches Aufgabenspektrum wäre z.B. im Bereich der zentralen Praxisanleitung und innerbetrieblichen Fortbildung zu verorten. Hier könnte der Absolvent zum einen den Bildungsbedarf analysieren und darauf aufbauend die verantwortliche Planung und Organisation eines Fort- und Weiterbildungsangebots übernehmen. Des Weiteren könnte er im Rahmen der Organisations- und Kontrollfunktion die Qualität der berufspraktischen Ausbildung evaluieren und geeignete Maßnahmen zur Verbesserung der Ausbildungsqualität ergreifen. Ein weiteres Ressort wäre die Patientenedukation, da diese im verdichteten Alltag durch Pflegekräfte häufig nur rudimentär erfolgen kann (Bonse-Rohmann & Burchert, 2011, S. 19-20).

Für den Studiengang „Lehramt an beruflichen Schulen“ der TU München wird als Zulassungsvoraussetzung lediglich die allgemeine- oder fachgebundene Hochschulreife gefordert. Eine vorherige berufliche Tätigkeit in diesem Bereich ist keine Vorraussetzung für das Studium (TUM, 2017b). Gerade das Fehlen der beruflichen Praxis und damit der pflegerischen Expertise wird kritisiert. An Berufsfachschulen für Pflege gibt es eine sehr enge Theorie-Praxis-Verzahnung, was dadurch deutlich wird, dass die Schule den praktischen Träger im Rahmen von Praxisbegleitungen unterstützt und ihr die Gesamt-Verantwortung für die Ausbildung obliegt. „Problematisch kann sich die fehlende Ausbildung und Berufspraxis [...] auswirken: Lehrerinnen und Lehrer sind in ihrer Unterrichtstätigkeit auf einschlägige Praxiserfahrungen, die sie mit den Auszubildenden teilen können, angewiesen“ (Reiber, 2008, S. 53). Die Lehrerbildung in der Pflege an die Hochschule anzugliedern ist ein wichtiger Prozess, da hierdurch die Akademisierung des Berufsbildes „Pflege“ initiiert wird. Und eben das ist ein wichtiger Maßstab, in wie weit die Professionalisierung in einem Berufsbild fortgeschritten ist (Bischoff-Wanner & Reiber, 2008, S. 5).

In Bayern gibt es – anders als etwa in Thüringen – keine staatlichen Schulen in der Pflegeausbildung. Ausbildungen für die Gesundheits- und Krankenpfleger werden an Schulen in privater Trägerschaft organisiert. In der Regel sind diese an Kliniken angegliedert. Ein Referendariat, wie in der klassischen Lehrerausbildung gefordert, kann somit in Bayern in der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung nicht durchgeführt werden (Moser, 2017). Auf der Internetseite des bayerischen Kultusministeriums wird bei der Lehrerausbildung für berufliche Schulen auf den Studiengang „Lehramt für berufliche Schulen“ an der Technischen Universität München verwiesen (KM, 2017a). In Anbetracht dessen gibt es hinsichtlich der Anerkennung immer wieder Unsicherheit bei den Studenten der Pflege- und Medizinpädagogik privater Fachhochschulen. Diese Unsicherheit aufnehmend hat das bayerische Staatsministerium eine offizielle Bekanntmachung zur „Einstellung und Verwendung von Lehrkräften an beruflichen Schulen“ herausgegeben. In dieser heißt es, dass Pflegekräfte „[...] die einen für den ihrer Ausbildung entsprechenden fachpraktischen Unterricht qualifizierenden Bachelor- oder Masterstudiengang absolviert haben, für den ihrer Ausbildung entsprechenden fachpraktischen Unterricht an Berufsfachschulen des Gesundheitswesens [...] einschließlich der fachpraktischen Begleitung einer genehmigungsfreien Einstellung und Verwendung unterliegen“ (Lucha, 2011, S. 1). Damit wird in dieser Bekanntmachung allerdings nur der fachpraktische Unterricht spezifiziert. Des Weiteren sind für die Anerkennung der Studienabschlüsse spezielle Anforderungen an die Studiengänge und somit einheitliche Regeln erlassen worden. So müssen die Studiengänge mindestens 105 ETCS Punkte umfassen. Davon müssen mindestens 40 ETCS auf die Bereiche der Pädagogik und Didaktik entfallen. Innerhalb des Studiums muss ein 12-wöchiges Praktikum mit anschließender Lehrprobe stattfinden. Wie von Bischoff-Wanner gefordert, muss hier eine entsprechende Berufsausbildung nachgewiesen werden (Lucha, 2011).

**Aktueller Forschungsstand**

Über die pädagogischen Qualifikationen von Lehrkräften an Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege in Oberbayern

existieren aktuell keine Daten. Im Bundesland Hessen wurde im Rahmen des Hessischen Pflegemonitors eine Erhebung zu den Lehrkräften an Kranken- und Altenpflegeschulen durchgeführt (Lauxen & Slotala, 2015, S. 48). In dieser Studie wurden im Jahr 2013, 53 Schulen der Gesundheits- und Krankenpflege befragt. Die Rücklaufquote betrug 100%. Nach Auswertung der Fragebögen konnte festgestellt werden, dass 49% des hauptberuflichen Lehrpersonals „Lehrkräfte mit Bestandsschutz“ sind. Hingegen verfügen nur 34% über einen Hochschulabschluss im Bereich der Medizin-, Pflegepädagogik oder Pädagogik für Gesundheitsberufe (Lauxen & Slotala, 2015, S. 50). In dieser Studie wurde aber keine Unterscheidung nach Bachelor oder Master und den Namen des Studiengangs getroffen. Im Mittelwert arbeiten 7,33 Lehrkräfte hauptberuflich an den Schulen (Lauxen & Slotala, 2015, S. 51). Der Pflegemonitor behandelt auch den Bedarf der Lehrkräfte in der Zukunft. Der Altersmittelpunkt des Lehrpersonals liegt bei 52 Jahren. Einschätzungen zufolge, wird davon ausgegangen, dass bis zum Jahr 2022 ca. 72 Lehrkräfte an den Gesundheits- und Krankenpflegeschulen in Hessen ausscheiden werden. Aufgrund dessen gehen die Schulleitungen von einem stark ansteigenden Bedarf an akademisch ausgebildeten Lehrkräften aus (Lauxen & Slotala, 2015, S. 52).

## Methodik und Forschungsdesign

Die Studie wurde als multizentrische Querschnittsstudie an allen 23 oberbayerischen Krankenpflegeschulen mittels einer Fragebogenerhebung durchgeführt. Die Untersuchung fand im Zeitraum 01.02.2017 bis 30.04.2017 statt.

Im Rahmen der Erhebung wurden die Schulleiter anhand eines standardisierten und anonymisierten Fragenbogens zu ihrer Schule befragt. Der Fragebogen basiert auf dem Messinstrument von Lauxem & Slotala aus dem Hessischen Pflegemonitor und wurde unter der Berücksichtigung der Zielstellung der Studie modifiziert und angepasst. Von den 23 versendeten Fragebögen wurden 15 ausgefüllt zurückgeschickt. Damit beträgt die Rücklaufquote 65,22%.


Bamberger Akademien
für Gesundheits- und Pflegeberufe

Wir suchen zum nächstmöglichen Zeitpunkt

**Pflegepädagogen/Medizinpädagogen (w/m), sowie Pflegepädagogen/Medizinpädagogen (w/m) für den Bereich Pädiatrie (TZ/VZ)**

Die Bamberger Akademien für Gesundheits- und Pflegeberufe sind ein modernes Bildungsunternehmen und eine Tochtergesellschaft der Sozialstiftung Bamberg. Sie betreibt fünf Berufsfachschulen für Pflegeberufe mit derzeit 340 Schülern und bietet ein breites Spektrum an Fachweiterbildungen, Qualifikationen und Seminarveranstaltungen für Beschäftigte im Gesundheitswesen und die 4200 Konzernmitarbeiter der angeschlossenen Stiftung.

Ihre Aufgaben
- Planung, Durchführung und Evaluation von theoretischem und fachpraktischem Unterricht sowie von Praxisbegleitung
- Allgemeine und individuelle Teilnehmerbetreuung und -beratung
- Klassenleitung
- Organisation von Veranstaltungen, Sitzungen und Konferenzen
- Mitarbeit bei internen Qualitätsprozessen, Öffentlicheitsarbeit und neuen Bildungsangeboten im Bereich Pädiatrie

Ihr Profil
- Ausbildung in einem Pflegeberuf
- Ausgeprägte pflegerische Handlungskompetenz
- Pädagogische Qualifikation auf Bachelor- oder Masterebene
- Engagement zur Mitwirkung bei der Implementierung zukunftsorientierter Ausbildungskonzepte
- Verantwortungsbereitschaft
- Organisations- und Planungskompetenzen

Wir bieten Ihnen
- ein vielseitiges Aufgabengebiet mit hoher Eigenständigkeit
- ein motiviertes, engagiertes und qualifiziertes Kollegenteam
- leistungsgerechte Vergütung
- Kinderbetreuungsmöglichkeiten vor Ort

Werden Sie Teil eines modernen Gesundheitsunternehmens mit vielen lukrativen Mitarbeiterangeboten vom Bus-Jobticket bis hin zum Gesundheitsförderungsprogramm und leben Sie im Weltkulturerbe Bamberg - einer Stadt mit einem umfangreichen Kultur- und Freizeitangebot. Für Fragen steht Ihnen die Geschäftsführung Herr Springs unter Tel.: 0951/503-11604 gerne zur Verfügung.

Online-Bewerbung und weitere Infos:
www.bamberger-akademien.de

Tabelle 1

*Anzahl von Schülern und Lehrern im Verhältnis*

| Anzahl | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Schüler (n) | 200 | 190 | 90 | 70 | 75 | 73 | 72 | 72 | 165 | 75 | 90 | 140 | 75 | 90 | 75 |
| Lehrer (n) | 15 | 18 | 5 | 6,5 | 3,6 | 4 | 5,58 | 5 | 12,7 | 5,5 | 5 | 9 | 5,5 | 8,1 | 5 |
| Verhältnis | 13 | 10,5 | 18 | 10,8 | 20,8 | 18,25 | 12,9 | 14,4 | 13,3 | 16,7 | 18,01 | 15,6 | 16,7 | 11,1 | 15 |

Bemerkung: „n“ gibt die absolute Häufigkeit an

Tabelle 2

*Anzahl und Qualifikationen der hauptberuflichen Lehrkräfte*

| Bezeichnung | Anzahl (n) | % |
|---|---|---|
| Lehrer für Krankenpflege (2-jährige Weiterbildung) | 48 | 37,8 |
| Pflegepädagogen (Bachelor) | 31 | 24,4 |
| Pflegepädagogen (Diplom) | 5 | 3,9 |
| Medizinpädagogen (Bachelor) | 0 | 0 |
| Medizinpädagogen (Master) | 2 | 1,6 |
| Sonstiges Pädagogikstudium (Bachelor) | 4 | 3,1 |
| Sonstiges Pädagogikstudium (Master) | 14 | 11 |
| Pädagogikstudium (Promotion) | 1 | 0,8 |
| Erwachsenenbildung (Master) | 1 | 0,8 |
| Berufspädagogik (Bachelor) | 1 | 0,8 |
| Berufspädagoge Gesundheit | 1 | 0,8 |
| Pflegepädagogik (Bachelor) + Pflegewissenschaft (Master) | 1 | 0,8 |
| Berufsschullehramt (Erst- und Zweitfach) | 1 | 0,8 |
| Lehrer/in für Krankenpflege (2-jährige Weiterbildung) + Pflegewissenschaft | 1 | 0,8 |
| Lehrer/in für Krankenpflege (2-jährige Weiterbildung) + Pflegemanagement (Bachelor) | 1 | 0,8 |
| Pflegewissenschaft + Pflegepädagogik | 2 | 1,6 |
| Pflegewissenschaft (Master) | 1 | 0,8 |
| Pflegemanagement (Diplom) | 2 | 1,6 |
| Arzt | 4 | 3,1 |
| BWL | 1 | 0,8 |
| Psychologie | 1 | 0,8 |
| Soziologe | 1 | 0,8 |
| Sonstiges *1 | 3 | 2,4 |
| Gesamt | 127 | 100 |

Bemerkung: „n“ gibt die absolute Häufigkeit an / *1 nicht näher bezeichnet

**Ergebnisse der Fragebögen**

Aktuell absolvieren 1.552 Schüler an den befragten Schulen in Oberbayern eine Ausbildung zum Gesundheits- und Krankenpfleger. An diesen Schulen sind Planstellen für 108,48 Lehrkräfte. Das durchschnittliche Lehrer / Schüler Verhältnis beträgt 1:15 (Tabelle 1).

Nach der Auswertung der Daten, gibt es in den befragten Schulen 24 unterschiedliche Qualifikationen. Diese reichen von einer Promotion in der Pflegepädagogik bis zum Lehrer für Pflegeberufe (Tabelle 2).

Alle durch die Schulen eingesetzten Lehrkräfte wurden laut Aussage der Schulleiter genehmigt. Auf Grundlage dieser Daten haben aktuell n=76 (59,84%) eine Hochschulausbildung. Davon entfallen n=64 (50,39%) auf eine pädagogische Hochschulausbildung mit einem Abschluss als Bachelor, Diplom oder Master. einen N=48 (37,80%) hauptberufliche Lehrkräfte sind Pflegekräfte mit einer 2-jährigen Weiterbildung zum „Lehrer für Pflegeberufe“.

An den Schulen unterrichten 201 Honorardozenten. Von diesen haben insgesamt n=89 (44,28%) einen „allgemeinen“ und n=15 (7,46%) einen pädagogischen Hochschulabschluss. N=10 (4,98%) Honorarkräfte sind Pflegekräfte mit einer 2-jährigen Weiterbildung zum „Lehrer für Pflegeberufe“. Die restlichen n=102 (50,75%) Lehrkräfte sind zum Teil nicht näher bezeichnet oder haben einen anderen Abschluss z.B. Praxisanleiter oder Fachkrankenpfleger. Grundsätzlich ist eine Mehrzahl der Honorardozenten durch die Regierung von Oberbayern genehmigt worden (Tabelle 3).

Des Weiteren wurde in der Studie die Alterspanne der hauptberuflichen Lehrkräfte untersucht. Hierbei kam die Studie zu dem Ergebnis, dass n=55 (43,31%) Lehrkräfte zwischen 51 und 60 Jahre sind (Tabelle 4).

Des Weiteren sollten die Schulleiter subjektiv den zukünftigen Bedarf von Lehrkräften in der Lehrtätigkeit für die Ausbildung zum Gesundheits- und Krankenpfleger in den nächsten zehn Jahren einschätzen. N=3 (20%) der Schulleiter erwarten einen „stark ansteigenden Bedarf“ an Lehrkräften. N=8 (53,33%) der Schulleiter geht von einem „ansteigenden Bedarf“ aus. Weitere n=3 (20%) erwarten „keinen Anstieg des Bedarfs“ von Lehrkräften und n=1 (6,67%) erwarten sogar, dass der „Bedarf rückläufig“ sein wird (Tabelle 5).

In einer weiteren Frage sollten die Schulleiter die Qualifikationen und Studiengänge von hauptberuflichen Lehrern nennen, die sie sich für zukünftige Lehrer wünschen. N=5 (23,81%) Schulleiter wünschten sich Lehrkräfte mit einem Pflegepädagogischen Master. Den Bachelorabschluss in der Pflegepädagogik sahen n=4 (19,05%) der Schulleiter als wünschenswert an (Tabelle 6).

## Diskussion

Von den 127 hauptberuflichen Lehrkräften besitzen n=76 (59,84%) eine Hochschulausbildung und n=64 (50,39%) ein pädagogisches Hochschulstudium. Gemäß den Forderungen des bis zum 31.12.2019 geltenden KrPflG erfüllten n=51 (40,16%)

Tabelle 3

*Anzahl und Qualifikationen der Honorardozenten*

| Bezeichnung | Anzahl (n) | % |
|---|---|---|
| Lehrer für Krankenpflege (2-jährige Weiterbildung) | 10 | 4,98 |
| Pflegepädagogen (Bachelor) | 5 | 2,49 |
| Pflegepädagogen (Diplom) | 2 | 1,00 |
| Medizinpädagogen (Bachelor) | 1 | 0,50 |
| Medizinpädagogen (Master) | 2 | 1,00 |
| Sonstiges Pädagogikstudium (Bachelor) | 0 | 0 |
| Sonstiges Pädagogikstudium (Master) | 4 | 1,99 |
| Jurist / Rechtsanwalt | 5 | 2,49 |
| Arzt | 62 | 30,85 |
| Psychologe | 5 | 2,49 |
| Apotheker | 1 | 0,50 |
| Fachpflegekraft *1 | 3 | 1,49 |
| Praxisanleiter | 1 | 0,50 |
| Pflegewissenschaft *1 | 1 | 0,50 |
| Lehramt für Gymnasien | 1 | 0,50 |
| Sonstiges *1 | 98 | 48,76 |
| Gesamt | 201 | 100 |

Bemerkung: „n“ gibt die absolute Häufigkeit an / *1 nicht näher bezeichnet

Tabelle 4

*Absolute und relative Häufigkeit der Altersgruppe der Lehrkräfte im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege*

| Altersspanne | % | n |
|---|---|---|
| 20-30 | 3,94 | 5 |
| 31-40 | 24,41 | 31 |
| 41-50 | 22,83 | 29 |
| 51-60 | 43,31 | 55 |
| > 60 | 5,51 | 7 |
| Gesamt | 100 | 127 |

Bemerkung: „n“ gibt die absolute Häufigkeit an

Tabelle 5

*Bedarf an Lehrkräften in den kommenden 10 Jahren*

| Einschätzung des Bedarfs | % | Anzahl (n) |
|---|---|---|
| Der Bedarf wird stark ansteigen | 20 | 3 |
| Der Bedarf wird eher ansteigen | 53,33 | 8 |
| Der Bedarf wird gleich bleiben | 20 | 3 |
| Der Bedarf wird eher abnehmen | 1 | 6,67 |
| Der Bedarf wird stark abnehmen | 0 | 0 |
| Gesamt | 100 | 15 |

Tabelle 6

*Qualifikationen von zukünftigen Lehrerqualifikationen*

| Bildungsqualifikation | % | Anzahl (n) |
|---|---|---|
| Pflegepädagogik Master | 23,81 | 5 |
| Pflegepädagogik Bachelor | 19,05 | 4 |
| Berufsfachschullehrer (gehobener und höherer Dienst) | 9,52 | 3 |
| Medizinpädagogik Master | 4,76 | 1 |
| Lehramt für Berufliche Schulen Gesundheits- und Pflegewissenschaften (1. Fach: Pflege / 2. Fach: Sozialkunde) TU-München | 4,76 | 1 |
| Erziehungswissenschaften (Bachelor) | 4,76 | 1 |
| Erziehungswissenschaften (Master) | 4,76 | 1 |
| Erwachsenenbildung (Bachelor) | 4,76 | 1 |
| Erwachsenenbildung (Master) | 4,76 | 1 |
| Masterabschluss für das Lehramt *1 | 4,76 | 1 |
| Masterabschluss *1 | 4,76 | 1 |
| Psychologie | 4,76 | 1 |
| Pädagogik Master mit beruflicher Qualifikation*1 | 4,76 | 1 |

Bemerkung: „n“ gibt die absolute Häufigkeit an / *1 nicht näher bezeichnet

und nach dem PflBRefG n=63 (49,16%) der Lehrkräfte nicht die Voraussetzungen, um als Lehrkraft in der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung tätig zu sein. Die Hypothese, dass noch eine große Anzahl von Lehrkräften mit der Weiterbildung „Lehrer für Pflegeberufe“ mit dem sogenannten Bestandsschutz in der Lehrtätigkeit sind, wird von dem Ergebnis der Studie erhärtet. Mit n=48 (37,80%) bilden diese Lehrer die zweit größte Gruppe an Lehrpersonal an den Krankenpflegeschulen. Diese Qualifikation steht allerdings aufgrund der fehlenden wissenschaftlichen Orientierung stark in der Kritik (Stöcker, 2005, S. 47). In Nordrheinwestfalen ist der Anteil von Lehrkräften mit Bestandsschutz um 12% niedriger als in Oberbayern (Isfort, Gessenich, Gehlen, Hylla, & Tucman, 2016, S. 237). Im Vergleich mit dem Pflegemonitor, verfügen in Hessen nur 34% der Lehrkräfte einen pädagogischen Hochschulabschluss (Lauxen & Slotala, 2015, S. 3). Da in dieser Umfrage nicht auf die genaue Qualifikation der Lehrkräfte (Bachelor / Master) eingegangen wurde, lassen sich hier nur begrenzt Rückschlüsse bezüglich der Anerkennung nach PflBRefG ziehen. An den Oberbayerischen Schulen verfügen n=38 (29,13%) über einen Bachelor- und n=5 (3,94%) über ein Diplomabschluss. N=32 (25,20%) der Lehrkräfte mit einer pädagogischen Hochschulausbildung hat einen Bachelorabschluss in Pflegepädagogik. Danach arbeiten n=18 (13,38%) Lehrkräfte mit einem Masterabschluss in Medizinpädagogik und mit einem nicht genauer bezeichneten Masterstudium. N=2 (1,57%) verfügen über ein Lehramt für berufsbildende Schulen mit Referendariat. Die Ergebnisse der Oberbayerischen Erhebung lassen sich nur eingeschränkt mit denen der Landesberichterstattung Gesundheitsberufe in Nordrhein-westfalen vergleichen. Dies hat zum einen die Ursache, dass die Qualifikationen der Lehrkräfte in NRW nicht genau aufgeschlüsselt wurden und in Kategorien zusammengefasst sind. Die Bereiche Pflegepädagogik und Medizinpädagogik wurden zu einem Bereich zusammengefasst. Des Weiteren wurde nur die Masterqualifikation abgefragt. Diese liegt bei 28,50% (Isfort, Gessenich, Gehlen, Hylla, & Tucman, 2016, S. 88).

Bei den Honorardozenten verfügen nur n=15 (9,04%) über einen pädagogischen Hochschulabschluss. N=5 (3,01%) Honorardozenten haben einen Bachelorabschluss in Pflegepädagogik. N=2 (1,20%) haben ein Diplom. Des Weiteren haben n=1 (0,60%) einen Bachelorabschluss in Medizinpädagogik. N=2 (1,20%) der Honorardozenten haben einen Masterabschluss in Medizinpädagogik. N=62 (37,35%) der Honorardozenten sind Ärzte. Die Ergebnisse der Erhebung in NRW für Ärzte sind ähnlich wie die in Oberbayern. Ärzte fallen in die vierte und höchste Qualifikationsebene (Kufner, 2011). Dies scheint hinsichtlich der im Medizinstudium fehlenden didaktischen und pädagogischen Ausbildung reformbedürftig.

Es wird deutlich, dass nach §9, Abs.1, Satz 2 PflBRefG nur n=20 (14,95%) der hauptberuflichen Lehrkräfte und n=7 (4,21%) der Honorardozenten über einen für den theoretischen Unterricht erforderlichen Masterabschluss verfügen. Anders ist die Lage beim fachpraktischen Unterricht. Hier kann auf n=43 (33,86%) der hauptberuflichen und auf n=8 (4,82%) der Honorardozenten zurückgegriffen werden.

Ein weiteres Problem stellt hier die Divergenz zwischen den Bayerischen Schulregelungen und den Anforderungen nach PflBRefG

dar. Nach §9 PflBRefG wird ein „pflegepädagogischer Abschluss auf Master-Niveau“ für Lehrkräfte im fachtheoretischen Unterricht gefordert. In der Stellungnahme des Bayerischen Staatsministeriums ist festgelegt, das „Pflegepädagoginnen und Pflegepädagogen B.A. an Berufsfachschulen für Pflege in Bayern“ entsprechen Gesundheits- und Krankenpfleger mit einem pflegepädagogischen Master der QE3 und haben damit nur eine Zulassung für den fachpraktischen Unterricht (Lucha, 2011). Um in die vierte Qualifikationsebene zu erreichen, ist ein Referendariat notwendig. Der Schulvorbereitungsdienst für das Lehramt beruflicher Schulen ist in Oberbayern nur an staatlichen Berufsschulen oder Fachoberschulen (FOS) möglich (Moser, 2017). Der Deutsche Bildungsrat für Pflegeberufe fordert für die Lehrerausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung eine spezielle Bachelor-Master Hochschulausbildung. Das Ziel ist hier eine Angleichung an das Lehramtsstudium für berufsbildende Schulen mit dem Abschluss „Bachelor oder Master of Education“ mit anschließendem Referendariat. Gleichzeitig wird ein Zugang ohne einschlägige Berufserfahrung im Bereich der Pflege abgelehnt. Die praktische Erfahrung und Fachexpertise kann durch ein Praktikum innerhalb des Studiums nicht erreicht werden (Bischoff-Wanner, 2008, S. 174).
Dies zeigt, dass der Sonderweg der Berufsfachschulen für Gesundheitswesen und die Lehrerbildung in der Pflege nicht adäquat in Abstimmung mit dem PflBRefG und den Länderbildungsgesetzen geregelt ist. Hier muss in den nächsten Jahren eine deutliche Nachbesserung erfolgen.

Das Durchschnittsalter der hauptberuflichen Lehrkräfte liegt bei 45 Jahren. N=62 (48,82%) der hauptberuflichen Lehrkräfte ist älter als 50 Jahre. Nach den aktuellen Entwicklungen wird das Renteneintrittsalter, in Abhängigkeit von der Einzahlungsdauer, zwischen 65 und 67 Jahren liegen (von der Heide, 2017). Dies bedeutet für die Schulen, dass in den nächsten 15 Jahren rund 50% des Lehrpersonals durch die Rente aus der Unterrichtstätigkeit ausscheiden wird.

Werden die Ergebnisse der Erhebung in Oberbayern, des Hessischen Pflegemonitors und der Landesberichterstattung aus NRW mit dem Stand der Akademisierung des Lehrpersonals in Großbritannien und den USA verglichen, wo die Quote bei 100% liegt, zeigt sich, dass in Deutschland gerade einmal 60% der Lehrkräfte akademisiert sind (Koch, 2012). In den USA und Großbritannien wird ein deutlich größerer Stellenwert auf die fachliche Komponente gelegt. Ein Master z.B. im Bereich der Pflegewissenschaft ist Voraussetzung, um die Prüfung als Lehrer ablegen zu dürfen (NLN, 2017). Die Lehrerbildung in Deutschland legt ihren Fokus dagegen sehr stark auf eine Kombination von fachwissenschaftlichen, fachdidaktischen und bildungswissenschaftlichen Inhalten. Dies ist als ein großer Vorteil gegenüber der Lehrerbildung in Europa zu sehen (Reiber, 2008, S. 60). Eine Tätigkeit ohne ein pädagogisches Studium ist spätestens mit in Kraft treten des PflBRefG nicht mehr denkbar.

**Fazit und Ausblick**

In Bayern gibt es keine validen Zahlen, die sich mit den Qualifikationen, der Altersstruktur der Lehrkräfte und dem Lehrer/Schüler-Verhältnis an Krankenpflegeschulen beschäftigen. Seit das KrPflG 2003 und damit die Forderung nach einem Hochschulabschluss für Lehrkräfte in Kraft trat, verfügen gerade 59,84% der Lehrer über diese Qualifikation. Dieses Gesetz wird zum 01.01.2020 durch das PflBRefG abgelöst. In diesem sind die Anforderung hinsichtlich eines (Pflege-) Pädagogischen Hochschulabschlusses weiter verschärft worden. Diese Qualifikation erreichen lediglich 50,39% der hauptberuflichen Lehrkräfte und nur 9,04% der Honorardozenten. Ein Großteil der Lehrkräfte mit einer pädagogischen Hochschulausbildung verfügt über einen Bachelorabschluss im Bereich der Pflegepädagogik. Im Segment der Honorardozenten übernehmen häufig Ärzte den Unterricht im Schwerpunkt Anatomie und Physiologie. Anders als im PflBRefG gefordert, verfügen diese jedoch über keinerlei pädagogische Ausbildung und dürfen nach der Übergangsfrist ab 2027 nicht mehr im Unterricht eingesetzt werden. Damit muss dieses Themengebiet von Pädagogen unterrichtet werden. Gerade dieser Schwerpunkt könnte in Zukunft durch Medizinpädagogen übernommen werden.
Durch das altersbedingte Ausscheiden und das Ende des Bestandschutzes wird es in den nächsten zehn Jahren zu einem Wegfall von 48% der aktuell tätigen Lehrkräfte kommen. In Anbetracht dessen kann von einem stark ansteigenden Bedarf an pädagogisch qualifizierten Lehrkräften in den nächsten Jahren gesprochen werden. Ob und in welchem Umfang dieser Bedarf durch eine Ausweitung der Studienangebote in den Bereichen von Bachelor- und Masterabschlüssen mit Schwerpunkt Pflege-, Medizinpädagogik oder dem Studiengang berufliche Bildung mit der Fachrichtung Gesundheits- und Pflegewissen-

schaften der TU München gedeckt werden kann, könnte Gegenstand weiterer Studien und Erhebungen sein. Eine Recherche auf Grundlage der Hochschulstandorte in Bayern (KM, 2017g) ergab, dass es lediglich an vier privaten Hochschulen einen Bachelorstudiengang Pflegepädagogik und nur an einer Hochschule einen Medizinpädagogik Bachelorstudiengang gibt. Die Möglichkeit eines Masterstudiengangs existiert an keiner Hochschule in Bayern (KM, 2017h). Dadurch wird noch einmal deutlich, dass der zukünftige Bedarf durch das bestehende Angebot nicht gedeckt werden kann.

## Literaturverzeichnis


Barley, K. (07. 07. 2017). Reform der Pflegeberufe. Von Die Bundesregierung: https://www.bundesregierung.de/Content/DE/Artikel/2016/01/2016-01-13-reform-pflegeberufe.html abgerufen

Bischoff-Wanner, C. (2008). Die Leherbildung in der Pflege im Zeichen von Bologna. In C. Bischoff-Wanner, & K. Reiber, Lehrerbildung in der Pflege - Standortbestimmung, Perspektiven und Empfehlungen vor dem Hintergrund der Studienreform (S. 11-40). Weinheim und München: Juventa Verlag.

Bischoff-Wanner, C. (2008). Empfehlungen zur zukünftigen Lehrerausbildung in der Pflege mit Blick auf ein Gesamt-Berufsbildungskonzept. In C. Bischoff-Wanner, & K. Reiber, Lehrerbildung in der Pflege - Standortbestimmung, Perspektiven und Empfehlungen vor dem Hintergrund der Studienreform (S. 149-187). Bonn: Juventa Verlag Weinheim und München.

Bischoff-Wanner, C., & Reiber, K. (2008). Lehrerbildung in der Pflege - Standortbestimmung, Perspektiven und Empfehlungen vor dem Hintergrund der Studienreform. Bonn: Juventa Verlag Weinheim und München.

Bonse-Rohmann, M., & Burchert, H. (2011). Neue Bildungskonzepte für das Gesundheitswesen. Bonn: W. Bertelsmann Verlag GmbH & Co. KG.

Isfort, M., Gessenich, H., Gehlen, D., Hylla, J., & Tucman, D. (2016). Landesberichterstattung Gesundheitsberufe Nordrhein-Westfalen 2015. Abgerufen am 08. 01. 2018 von Broschürenservice Nordrhein-Westfalen: https://broschueren.nordrheinwestfalendirekt.de/broschuerenservice/mags/landesberichterstattung-gesundheitsberufe-2015/2601

KM. (08. 2017a). Die beruflichen Schulen in Bayern. Abgerufen am 20. 12. 2017 von Bayerisches Staatsministerium für Bildung und Kultus, Wissenschaft und Kunst - Bayerisches Kultusministerium Ref. Öffentlichkeitsarbeit: https://www.km.bayern.de/epaper/Berufliche_Schulen_2017/files/assets/basic-html/page-1.html#

KM. (11 2017g). Hochschulstandorte - Wo kann man in Bayern studieren? Abgerufen am 11. 01. 2018 von Bayerisches Staatsministerium für Bildung und Kultus, Wissenschaft und Kunst - Bayerisches Kultusministerium Ref. Öffentlichkeitsarbeit: http://www.studieren-in-bayern.de/hochschulen/standorte-in-bayern/

KM. (11. 2017h). Studienangebote außerbayerischer Hochschulen. Abgerufen am 11. 01. 2018 von Bayerisches Staatsministerium für Bildung und Kultus, Wissenschaft und Kunst - Bayerisches Kultusministerium Ref. Öffentlichkeitsarbeit: http://www.studieren-in-bayern.de/fileadmin/user_upload/pdf/Hochschulen/November_2017_Tabelle_ausserbayerische_Hochschulen.pdf

Koch, L. F. (06. 2012). Pflegeausbildung in den USA: Ein Vorbild? Abgerufen am 25. 12. 2017 von ResearchGate: https://www.researchgate.net/publication/270936322_Pflegeausbildung_in_den_USA_Ein_Vorbild

Kufner. (13. 07. 2011). Einstellung und Verwendung von Lehrkräften an beruflichen Schulen – Vollzug von Art. 27 Abs. 4 Satz 1 und Art. 94 Abs. 1 und 3 des Bayerischen Gesetzes über das Erziehungs- und Unterrichtswesen. Abgerufen am 28. 12. 2017 von Bayrische Staatskanzlei - Bayern.Recht: http://www.gesetze-bayern.de/Content/Document/BayVwV252447/true

Landenberger, M., Stöcker, G., Filkins, J., de Jong, A., Them, C., Selinger, Y., & Schön, P. (2005). Ausbildung der Pflegeberufe in Europa - Vergleichende Analyse und Vorbilder für eine Weiterentwicklung in Deutschland. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.

Lauxen, O., & Slotala, L. (01. 2015). Lehrkräfte an Kranken- und Altenpflegeschulen - Aktuelle Situation und zukünftiger Bedarf. Fachzeitschrift für Pflegepädagogik, Patientenedukation und -bildung(10), S. 48-54.

Lucha, W. (12. 10. 2011). Pflegepädagoginnen und Pflegepädagogen B.A. an Berufsfachschulen für Pflege in Bayern. München: Bayerischen Staatsministeriums für Unterricht und Kultus.

Moser, E. (2017). Ausbildung von Studienreferendarinnen und Studienreferendaren für das Lehramt an beruflichen Schulen im Vorbereitungsdienst. Abgerufen am 28. 12. 2017 von Bayrisches Berufsschulnetz: http://berufsschulnetz.de/studienseminar

NLN. (03. 08. 2017). Certified Nurse Educator (CNE®) 2017 Candidate Handbook. Abgerufen am 9. 01. 2018 von National League for Nursing (NLN) / Customer Service: www.nln.org/certification

PflBRefG. (17. 06. 2017). Entwurf Pflegeberufereformgesetz. Abgerufen am 08. 01. 2018 von Deutscher Bundestag - Dokumentations- und Informationssystem (DIP): http://dipbt.bundestag.de/dip21/brd/2017/0511-17.pdf

Reiber, K. (2008). Zum Stand der Pflegelehrerausbildung - Deutsche Verhältnisse in europäischer Perspektive. In C. Bischoff-Wanner, & K. Reiber, Lehrerbildung in der Pflege - Standortbestimmung, Perspektiven und Empfehlungen vor dem Hintergrund der Studienreform (S. 41-63). Weinheim und München: Juventa Verlag.

Reiber, K. (11. 2011). Pädagogin, Fachwissenschaftlerin oder Berufsexpertin - Leitbilder und Selbstverständnisse vom Professionellen Lehren in der Pflegeausbildung. PADUA, S. 26-28.

Stöcker, G. (2005). Ausbildung der Pflegeberufe in Deutschland und Berlin - Lehrerqualifikationen in der Pflegeausbildung. In M. Landenberger, G. Stöcker, J. Filkins, A. de Jong, C. Them, Y. Selinger, & P. Schön, Ausbildung der Pflegeberufe in Europa - Vergleichende Analyse und Vorbilder für eine Weiterentwicklung in Deutschland. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.

TUM. (2017b). Zulassungsvoraussetzungen für den Bachelorstudiengang Berufliche Bildung. Abgerufen am 24. 12. 2017 von Technische Universität München School of Education: http://www.edu.tum.de/studium/bewerbung-und-zulassung/lehramt-an-beruflichen-schulen/zulassungsvoraussetzungen-bachelor/

von der Heide, D. (2017). Wann Sie in die Rente gehen können? Abgerufen am 28. 12. 2017 von Deutsche Rentenversicherung: http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Navigation/1_Lebenslagen/05_Kurz_vor_und_in_der_Rente/01_Kurz_vor_der_Rente/03_Wann_Sie_in_Rente_gehen_koennen/Wann_Sie_in_Rente_gehen_koennen_node.html

Wagner, F. (02 2014). Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe. In C. Bienstein, F. Wagner, F. Weidner, G. Stöcker, S. Werner, B. Groß, . . . C. Ott, Die Generalistische Ausbildung in der Pflege. Berlin: Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe. Abgerufen am 23. 12 2017 von Generalistische Ausbildung in der Pflege: https://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/Generalistische-Ausbildung-in-der-Pflege_2014.pdf

# Aktueller Qualifikationsstand der Lehrkräfte an Gesundheits- und Krankenpflegeschulen in Sachsen-Anhalt


## Abstract

Die Situation des aktuellen Qualifikationsstandes der Lehrkräfte an Gesundheits- und Krankenpflegeschulen in Sachsen-Anhalt ist wenig erforscht. Die Abschlüsse der Lehrkräfte sind unterschiedlich und erfordern Einzelfallentscheidungen seitens des Landesverwaltungsamtes in Bezug auf die Anerkennung der jeweiligen Bildungsabschlüsse. Ziel der Studie ist es den aktuellen Qualifikationsstand der Lehrkräfte an Gesundheits- und Krankenpflegeschulen in Sachsen Anhalt zu ermitteln.

Die vorliegende multizentrische Querschnittsstudie wurde mittels eines standardisierten Fragebogens durchgeführt. Da alle 15 Pflegeschulen in Sachsen Anhalt an der Studie teilnahmen, handelt es sich um eine Vollerhebung.

An den N=15 (100%) Gesundheits- und Krankenpflegeschulen in Sachsen-Anhalt haben 66,92% (n=85) der festangestellten Lehrkräfte einen pädagogischen Hochschulabschluss. Davon entfallen 26,76% (n=34) auf einen Bachelorabschluss, 22,04% (n=28) auf einen Masterabschluss und 18,1% (n=23) haben ein Diplom. 25,2% (n=32) der festangestellten Lehrkräfte sind über 50 Jahre. Der Bedarf an Lehrkräften wird laut Angaben aller Schulleitungen stark bzw. eher steigen.

In den nächsten fünfzehn Jahren wird der Bedarf an Lehrkräften in der Pflege zunehmen. Zukünftig bedarf es einheitlichen Regelungen bezüglich der Lehrerbildung in der Pflege, um einen einheitlichen Qualitätsstandard der Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege gewährleisten zu können. Die Hochschullandschaft in der Pflege muss in Deutschland reformiert werden.



**Schlüsselwörter**
Lehrerbildung in der Pflege, Krankenpflegeausbildung, Akademisierung in der Pflege



## Abstract

Little research has been done on the current status of qualifications of teachers at health and nursing schools in Saxony-Anhalt. Teachers‘ qualifications vary and require individual decisions by the State Administration Office with regard to the recognition of the respective educational qualifications. The aim of the study is to determine the current qualification level of teachers at health and nursing schools in Saxony-Anhalt.

This multicentre cross-sectional study was conducted using a standard questionnaire. Since all 15 nursing schools in Saxony-Anhalt participated in the study, this is a complete survey.

At the health and nursing schools in Saxony-Anhalt 66.92% (n=85) of the full-time teachers have a university degree in education. Of these, 26.76% (n=34) are Bachelor‘s degrees, 22.04% (n=28) have a Master‘s degree and 18.1% (n=23) have a diploma. 25.2% (n=32) of permanent teachers are over 50 years old. According to the statements of all school administrations, the demand for teachers will increase strongly or rather.

In the next fifteen years, the need for teachers in nursing will increase. In future, uniform regulations on teacher training in nursing will be required in order to be able to guarantee a uniform quality standard of training in health care and nursing. The higher education landscape in nursing care must be reformed in Germany.



**Keywords**
Teacher training in nursing, nursing training, academization in nursing

Eingereicht 14. Mai 2018
Genehmigt 31. Juli 2018

**Peggy Zacharias, B.A.**
Dozentin in der Fit-Ausbildungs-Akademie GmbH am Standort Magdeburg, Gesundheits- und Krankenpflegerin; Medizinpädagogin (B.A.)

**Sebastian Koch, B.A., M.ScN.**
Studiengangsleiter im Bachelor- und Masterstudiengang Medizinpädagogik an der SRH Hochschule für Gesundheit in Gera; Medizinpädagoge (B.A.); Gesundheits- und Pflegewissenschaftler (M.Sc.);

## Einleitung

Der demografische Wandel betrifft die Pflege in doppelter Weise. Einerseits bedingt der Prozess die Zunahme älterer Menschen in Deutschland (Destatis, 2016) und korreliert andererseits mit der Anzahl der pflegebedürftigen Personen (BMG, 2018). Aktuell sind etwa 3,3 Millionen Menschen in Deutschland pflegebedürftig, entsprechend wächst auch die Nachfrage nach professioneller Pflege und Unterstützung. Mit der steigenden Zahl der Pflegebedürftigen wird der Bedarf an Pflegekräften wachsen. Allerdings fehlen bereits heute in allen Pflegeberufen Fachkräfte (BMG, 2018a). Die Kranken- und Altenpfleger waren 2012 mit knapp 55% die größte Beschäftigtengruppe in dem Berufsfeld der Pflege- und Gesundheitsberufe (BMG, 2018b). Dementsprechend werden auch mehr Pädagogen/Innen[1] nötig sein. Der Pflegemonitor in Hessen prognostiziert einen altersbedingten Anstieg des Ersatzbedarfes an Lehrkräften im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflegeschulen von 19% im Jahre 2020, auf 63% im Jahr 2030 (Hessischer Pflegemonitor, 2015). Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung, wird der Arbeitsmarkt für Lehrkräfte in der Gesundheits- und Krankenpflege auch in Sachsen-Anhalt in den kommenden Jahren immer mehr in den Fokus rücken (KMK, 2015, S. 22).

Die Situation des aktuellen Qualifikationsstandes der Lehrkräfte an Gesundheits- und Krankenpflegeschulen in Sachsen-Anhalt ist aktuell wenig erforscht. Die Anforderungen an Pflegekräfte werden in den kommenden Jahren steigen (BMG, 2017). Die Einführung der generalistischen Pflegeausbildung im Jahr 2020 wird das Berufsbild der Pflege tiefgreifend verändern und die neue komplexe Ausbildungsstruktur die Anforderungen an die Lehrkräfte erhöhen (Bienstein, 2015). Im Zuge der geforderten Akademisierung der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe stellt sich die Frage nach der aktuellen Akademisierung der Lehrkräfte an den entsprechenden Schulen für die Ausbildung zum Gesundheits- und Krankenpfleger.

## Das Bildungssystem in Deutschland

Das Grundgesetz (GG) legt fest, dass für das Bildungswesen im Wesentlichen die einzelnen Bundesländer zuständig sind – Prinzip der Kulturhoheit (Art. 30 und Art. 74 Abs. 1 Nr. 13, GG). Die primäre Zuständigkeit für den Schul- und Hochschulbereich liegt folglich nicht beim Bundesbildungsministerium Deutschlands (Bundesministerium für Bildung und Forschung - (BMBF), sondern fällt nach dem Prinzip der Kulturhoheit in die Aufgabenbereiche der jeweiligen Bildungsministerien der Länder (BMBF, 2018a).

Auf Grund der föderalistischen Struktur gibt es in Deutschland kein einheitliches Bildungswesen. Um dennoch ein Mindestmaß an Gemeinsamkeiten und eine länderübergreifende Zusammenarbeit zu sichern, wurde die ständige Konferenz der Kultusminister der Länder (KMK) eingerichtet (Hippach-Schneider, Krause & Woll, 2007, S.7). Eine wesentliche Aufgabe der KMK besteht darin, durch Konsens und Kooperation ein Höchstmaß an Mobilität zu sichern und gemeinsame Interessen der Länder im Kulturbereich zu fördern und zu vertreten (KMK, 2018a).

Das Ministerium für Bildung (MB) ist die oberste Schulaufsichtsbehörde und verantwortlich für den gesamten Bildungsbereich von Sachsen-Anhalt (MB, 2018b).

Die Berufsausbildung erfolgt an berufsbildenden Schulen – dazu zählen die Berufsschule, die Berufsfachschule, die Fachoberschule, das Fachgymnasium und die Fachschule. Neben Berufsabschlüssen können verschiedene Schulabschlüsse erreicht werden, die den Weg für andere Bildungsgänge eröffnen.

In Sachsen-Anhalt werden ca. 20 Berufe an Berufsfachschulen ausgebildet. Berufsfachschulen an denen eine Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen absolviert werden kann, berufen sich auf spezielle Berufsgesetze des Bundes. Aktuell werden ca. 15 Gesundheitsberufe ausgebildet. Eine Ausbildung zum Gesundheits- und Krankenpfleger erfolgt an Gesundheits- und Krankenpflegeschule/ Pflegeschulen und an Schulen in freier Trägerschaft (MB, 2016, S. 15). In Sachsen-Anhalt gibt es 15 Ausbildungsstandorte an denen eine Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung absolviert werden kann.

**Lehrerbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege**

Der Prozess der Akademisierung der Pflegeberufe zeichnet sich in 2 Phasen ab. Die ersten Studiengänge, in denen „Pflegelehrer“ ausgebildet wurden, waren 1963 die Studiengänge Diplom-Medizin- und Pflegepädagogik an der Humboldt-Universität in Berlin. Es folgte 1975 die Universität in Hamburg und 1982 die Universität Osnabrück (Bonse-Rohmann, 2011, S.10). Seit 1990 wurden die Qualifikationswege sukzessiv an Fachhochschulen verlagert. Dieser erste Akademisierungsschub und die Umstellung auf die gestuften Studienstrukturen durch den Bologna-Prozess brachte keinerlei Normalität in die Studienverhältnisse. So war ein Ziel der Bologna-Reform – die Verkürzung der Studienzeit – zwar erreicht, nun stellt allerdings ein Bachelorabschluss in vielen Bundesländern keinen ausreichenden Abschluss für eine Lehrtätigkeit dar (Weyland & Reiber, 2013, S.190-191).

„Die zweite Akademisierungsphase ist gekennzeichnet durch die Einrichtung berufsqualifizierender Studiengänge, die zusätzlich zum akademischen Bachelorgrad zur Berufszulassung führen und somit für eine grundständige Akademisierung der Erstausbildung stehen.“ (Reiber & Winter, 2010). Daraus resultiert eine noch größere Vielfalt an Studienangeboten. Inzwischen existiert in Deutschland ein Netz von über 25 Hochschulstandorten mit lehrerbildenden Studiengängen für die berufliche Fachrichtung Pflege. Die Mehrzahl findet sich an Hochschulen wieder. An einzelnen Hochschulen und Universitäten wird ein entsprechendes Masterstudium vorgehalten, an diesen Standorten kann folglich eine vollständige Lehrerbildung auf Masterniveau abgeschlossen werden (Bundesagentur für Arbeit, 2017). Als Zwischenergebnis ist festzuhalten, dass aufgrund einer verspäteten und staatlich wenig geregelten Akademisierung von Lehrkräften in der Pflege eine nahezu unüberschaubare Lage entstanden ist (Weyland & Reiber, 2013, S.191-192).

Es ist gegenwärtig eine relativ strikte Trennung der Lehrerbildung an Universitäten und Fachhochschulen festzustellen. An Universitäten werden überwiegend Lehrkräfte ausgebildet die in den Zuständigkeitsbereich der Kultusministerien fallen (z.B. Lehrkräfte für Unterricht an öffentlich berufsbildenden Schulen), während sich an Hochschulen Lehrkräfte für den Zuständigkeitsbereich der Sozial- Gesundheits- und ggf. Arbeitsministerien (z.B. Lehrkräfte für Unterricht an Schulen des Gesundheitswesens) qualifizieren (Bonse-Rohmann, 2011, S. 11).

Die Einführung der berufsqualifizierenden Bachelorabschlüsse vermag ein Ziel des Bologna-Prozesses sein, dennoch steht dieser Prozess gerade im Bereich der Lehrerbildung stark in der Kritik. Die Berufstätigkeit als Lehrkraft mit einem Bachelor-Abschluss ist in den meisten Bundesländern schlichtweg ausgeschlossen, denn auch hier setzt sich das Problem zweier paralleler Bildungssysteme fort. Je nach Zuständigkeit der Ministerien kann ein Bachelorabsolvent bereits an Pflegeschulen arbeiten, während hingegen für eine pädagogische Arbeitsaufnahme an öffentlichen berufsbildenden Schulen ein Masterabschluss von Nöten wäre. „Daraus ergeben sich entsprechende Konsequenzen für das Erfordernis bzw. für die unterschiedliche Attraktivität von Bachelor- und Masterstudiengängen an den Fachhochschulen und Universitäten […].“ (ebd., S.17).

In Bundesland Sachsen-Anhalt gibt es keinen Standort für berufsqualifizierende pädagogische Bachelorabschlüsse im Bereich der Pflege. Seit dem Wintersemester 2012 wird an der Otto-von-Guericke Universität in Magdeburg (OVGU) ein neuer Masterstudiengang eingerichtet: „Gesundheit und Pflege im Lehr-

amt an berufsbildenden Schulen“. Mit diesem Abschluss kann man in Sachsen-Anhalt einen vollwertigen Lehramtsabschluss mit der beruflichen Fachrichtung Gesundheit und Pflege und einem vollständigen zweitem Unterrichtsfach (z.B. Ethik) erwerben. Hintergrund für die Einrichtung des Studiengangs sind die fehlenden Fachkräfte in den Gesundheits- und Pflegeberufen, weswegen die Berufsausbildung für diesen Bereich landesweit als wichtig erachtet wird. An den berufsbildenden Schulen werden Lehrkräfte für die Fachrichtung Gesundheit und Pflege gebraucht. Zukünftig sollen auch Absolventen dieses Studiengangs für die professionelle Ausbildung von Fachkräften in diesen Berufsfeldern sorgen können (OVGU, 2012).

Als Studiumsvoraussetzung gibt die OVGU einen Studienabschluss an, der 100 CP in Gesundheits- und Pflegewissenschaft, 30 CP in der Berufs- und Betriebspädagogik sowie 40 CP in einem zweiten Unterrichtsfach nachweisen kann. Fehlende Voraussetzungen sind über Brückenmodule nachzuholen (OVGU, 2018).

Der Studiengang endet mit einem Master of Education-Abschluss, dem ersten Staatsexamen. Im Anschluss durchlaufen die Studenten den Vorbereitungsdienst, landläufig auch als Referendariat bezeichnet und schließen mit dem zweiten Staatsexamen ihr Studium zur Lehrkraft an berufsbildenden Schulen ab. Ein vorab ergänzender Bachelorabschluss fehlt. Besonderes Augenmerk liegt folglich bei einem Übergang von einem entsprechenden, berufsqualifizierenden Bachelorstudiengang (meist an Hochschulen erworben) in einen bundesweit anerkannten Lehramts-Masterstudiengang an Universitäten. Ein komplikationsloser Übergang ist aufgrund der vorherrschenden politischen Strukturen keinesfalls gesichert, da an vielen Universitäten bestimmte Leistungskriterien vorgegeben sind und es auch wieder an dieser Stelle einer gesonderten Prüfung des Bachelorabschlusses bedarf. Hierfür ist Sachsen-Anhalt lediglich beispielhaft.

Angesichts des zukünftigen Bedarfs an Lehrkräften im Bereich der Pflegeausbildung, besteht die Herausforderung darin, Studienstrukturen zu entwickeln, die anschlussfähig sind für unterschiedlich vorausgegangene Bachelorprogramme (Weyland & Reiber, 2013, S.194). Um künftig gemeinsam an diesem Ziel arbeiten zu können, professionelle Lehrkräfte in der Pflege auszubilden, sollte eine stärkere Vernetzung und perspektivisch auch stärkere Vereinheitlichung lehrerbildender Bachelor- und Masterstudiengänge an Fachhochschulen und Universitäten bestehen. Bislang ist dies bildungspolitisch, rechtlich und organisatorisch in den meisten Bundesländern nicht erkennbar gewollt (Bonse-Rohmann, 2011, S 24).

**Anforderungen an Lehrkräfte**

Die aktuelle Gesetzeslage fordert von den Lehrkräften unterschiedliche Voraussetzungen, im Bereich der praktischen Ausbildung wird an die Lehrer eine klare pädagogische Qualifikationsanforderung gestellt:

Es muss eine Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung und eine mindestens 2-jährige Berufserfahrung vorliegen. Weiterhin muss die eingesetzte Lehrkraft eine berufspädagogische Zusatzqualifikation von mindestens 200 Stunden nachweisen können (vgl. §2 (2) KrPflAPvR). Der komplexe pädagogische Prozess der Übertragung der Theorie in die Praxis und somit das selbständige Arbeiten am Patienten und folglich der Entwicklung einer geforderten Fachkompetenz, wird durch den Einsatz qualifizierten Personals übernommen und nach klaren gesetzlichen Regelungen sichergestellt. Bei den Anforderungen an Lehrkräfte der theoretischen Ausbildung zeigt sich ein anderes Bild.

So heißt es, dass eine „[…] ausreichende Zahl fachlich und pädagogisch qualifizierter Lehrkräfte mit entsprechender, abgeschlossener Hochschulausbildung für den theoretischen und praktischen Unterricht […].“ tätig sein müssen (§4 (3) KrPflG). Die mangelnde Spezifität des Hochschulabschlusses stellt einen Schwachpunkt dar. Eine genauere Formulierung und Eingrenzung wäre wünschenswert. Das KrPflG weist zwar im §4 Absatz 4 auf eine Rechtsverordnung hin, die die Qualifizierungen von Lehrkräften regeln könnte, diese steht der Öffentlichkeit allerdings nicht zur Verfügung. Die Zulassung für die Befähigung zum theoretischen Unterricht an Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege ist laut dem Landesprüfungsamt für Gesundheitsberufe, stets eine Einzelfallentscheidung und erfolgt individuell, je nach absolviertem Studium, Unterrichtsfach und Berufserfahrung.

Auch die „ausreichende Zahl“ der Lehrkräfte wird nicht weiter konkretisiert (vgl. §4(3) KrPflG). „In einigen Bundesländern hat das Kultusministerium oder die Schulbehörde ergänzend zu diesen gesetzlichen Vorgaben per Erlass

weitere Vorgaben getroffen. So ist z.B. das Lehrkräfte-Schüler-Verhältnis in Niedersachsen mit 1:15 […] und im Saarland mit 1:20 festgeschrieben […]." (Löffert & Steffen, 2010, S. 41 und 42). In Sachsen-Anhalt fehlen aktuell derartige Vorgaben, so lässt sich auch an dieser Stelle die bundesuneinheitliche Regelung unterstreichen, welche die individuelle Entscheidung bezüglich der Nutzung der bundesweit vielfältigen Studienangebote erschwert (Weyland & Reiber, 2013, S. 191).

**Aktueller Forschungsstand**

2017 wurde ein Studie in Brandenburg zum Thema: „Aktueller Stand und zukünftiger Bedarf der Akademisierung von Lehrkräften an Altenpflegeschulen in Brandenburg" durchgeführt (Wobst & Koch, 2018). An der Erhebung nahmen 15 von 18 Schulleitern teil. An den befragten Schulen besitzen n=93 (73,22%) der Lehrkräfte einen pädagogischen Hochschulabschluss als Master oder Diplom. Das Durchschnittsalter der Pädagogen liegt bei 41,8 Jahren. Insgesamt suchten n=11 (73,33%) Schulen akademisch qualifizierte Lehrkräfte und ebenfalls n=11 (73,33%) der Schulleiter gaben an, dass der zukünftige Bedarf ansteigen wird (Wobst & Koch, 2018, S. 51).

**Methodik**

Es wurde eine multizentrische Querschnittstudie mittels einer Fragebogenerhebung durchgeführt. Die Fragebogenerhebung fand im Zeitraum zwischen 01.01.2018 – 30.04.2018 statt, anschließend erfolgte die Auswertung. Das gewählte Nicht-Experimentelle-Design ermöglichte es den Qualifikationsstand der Lehrkräfte an allen Gesundheits- und Krankenpflegeschulen in Sachsen-Anhalt (N=15) zum Zeitpunkt der Befragung (Januar - April 2018) zu erheben und mit dem rechtlichen Hintergrund der Anforderungen an Qualifizierung der Lehrkräfte in diesem Bereich in Beziehung zu setzen.

Die aktuelle Anzahl der Gesundheits- und Krankenpflegeschulen (N=15) und deren Adressen wurden über das Landesverwaltungsamt von Sachsen-Anhalt in Halle bezogen. Anfang des Jahres 2018 konnten somit alle Schulleitungen per Email/per Telefon über das Forschungsprojekt informiert und über die freiwillige und anonyme Teilnahme aufgeklärt werden. Den Schulleitern wurde der Fragebogen, sowie Informationsmaterial und die Einwilligungserklärung per Post/per Email zugeschickt.

Die empirische Datenerhebung erfolgte durch einen standardisierten Fragebogen. Die Grundlage des Fragebogens basiert auf dem Messinstrument der Studie vom Hessischen Pflegemonitor aus dem Jahr 2013. Die Fragebögen wurden über das Programm Microsoft Excel 2010 ausgewertet. Die Ergebnisse wurden anonymisiert und händisch codiert. Die Zusammenfassung erfolgte in Tabellenform und wurde mit absoluten und relativen Häufigkeiten erstellt.

**Ergebnisdarstellung**

Von den N=15 Schulen in Sachsen-Anhalt wurden n=15 Fragebögen ausgefüllt und zurückgeschickt. Damit beträgt die Rücklaufquote 100%.

Es befinden sich insgesamt N=274 (100%) Lehrkräfte an den Pflegeschulen in Sachsen-Anhalt. Davon sind n=127 (46,35%) fest angestellte Lehrkräfte. Aktuell absolvieren N=1.530 Schüler an den befragten Schulen eine Ausbildung zum Gesundheits- und Krankenpfleger. Das durchschnittliche Lehrer/Schüler Verhältnis beträgt folglich 1:13,5 (Tabelle 1).

**Tabelle 1**

*Anzahl von Schülern und festangestellten Lehrern im Verhältnis*

| Anzahl | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Schüler(n) | 189 | 92 | 130 | 91 | 92 | 120 | 170 | 76 | 100 | 49 | 60 | 109 | 72 | 60 | 120 |
| Lehrer(n) | 11 | 9 | 11 | 7 | 5 | 6 | 28 | 7 | 8 | 4 | 6 | 6 | 4 | 5 | 10 |
| Verhältnis | 17,2 | 10,2 | 11,8 | 13 | 18,4 | 20 | 6,1 | 10,9 | 12,5 | 12,3 | 10 | 18,2 | 18 | 12 | 12 |

Bemerkung: „n" gibt die absolute Häufigkeit an

In der Tabelle 2 werden die Ergebnisse nach den Qualifikationen der festangestellten Lehrkräfte mit absoluten und relativen Zahlenwerten belegt. Nach der Auswertung der Antworten, gibt es in den befragten Schulen 21 unterschiedliche Qualifikationen. Diese reichen von einer Professur der theoretischen Medizin bis zum Lehrer für Pflegeberufe.

An den Gesundheits- und Krankenpflegeschulen in Sachsen Anhalt unterrichten n=147 (53,65%) Honorardozenten mit unterschiedlichsten Abschlüssen. Diese sind in Tabelle 3 ersichtlich. Zwei Schulen n=2 (13,33%) gaben an keine Honorarkräfte einzusetzen und eine n=1 (6,66%) weitere Schule machte zu den Qualifizierungen der eingesetzten Honorarkräfte (n=3) keine Angaben. Aufgrund der Anonymisierung war eine Nachfrage nach dem Grund nicht möglich.

**Tabelle 2**

*Anzahl und Qualifikationen der festangestellten Lehrkräfte*

| Bezeichnung | Anzahl (n) | % |
|---|---|---|
| Pflegepädagoge BA | 15 | 11,8 |
| Medizinpädagoge BA | 16 | 12,6 |
| Pflegepädagoge MA | 3 | 2,4 |
| Medizinpädagoge MA | 20 | 15,7 |
| Sonstiges Pädagogikstudium BA | 3 | 2,4 |
| Sonstiges Pädagogikstudium MA | 5 | 3,9 |
| LVWA Abschluss als Gesundheits- und Krankenpfleger | 9 | 7,1 |
| **Sonstige Qualifikationen** | | |
| Pflegewissenschaft/Gesundheitswissenschaft BA | 7 | 5,5 |
| Management für Bildungseinrichtungen MA | 2 | 1,6 |
| Management im Gesundheitswesen MA | 1 | 0,8 |
| Gesundheits- und Pflegewissenschaften MA | 1 | 0,8 |
| Diplom-Pflege- und Gesundheitswissenschaften | 17 | 13,3 |
| Diplom-Pflegemanagement | 1 | 0,8 |
| Diplom-Pflegepädagogik | 3 | 2,4 |
| Diplom-Medizinpädagogen | 16 | 12,5 |
| Diplom-Medizinpädagoge + Prof.Dr.rer.medic | 1 | 0,8 |
| Diplom-Pädagogik für Krankenpflege | 1 | 0,8 |
| Diplom-Pädagogen | 2 | 1,6 |
| Angewandte Pflegewissenschaften *1 | 1 | 0,8 |
| Lehrer für Pflegeberufe | 1 | 0,8 |
| Sonstiges *1 | 2 | 1,6 |
| Gesamt | 127 | 100 |

Bemerkung: „n“ gibt die absolute Häufigkeit an/“%“ gibt die relative Häufigkeit an/ *1 Abschluss nicht näher bezeichnet


Professionell und systematisch pflegen

Bettina Maria Hojdelewicz

Der Pflegeprozess

Prozesshafte Pflegebeziehung

*facultas 2018, 2., üa. Aufl., 168 Seiten*
*EUR 23,90 (A) / EUR 23,10 (D) / sFr 29,10 UVP*
*ISBN 978-3-7089-1591-3*

Der Pflegeprozess ist die umfassende und systematische Planung, Durchführung und Dokumentation pflegerischer Maßnahmen. Dieses Lehrbuch greift die Hauptaspekte dieses besonderen Beziehungs- und Problemlösungsprozesses auf. Als Ausdruck der professionellen Pflege dient ein sinngefüllter Pflegeprozess dem zu begleitenden Menschen sowie auch den agierenden Pflegepersonen. Das Buch wendet sich an SchülerInnen und Lehrende der Gesundheits- und Krankenpflegeschulen, an Auszubildende und StudentInnen, aber auch an alle Personen in der Praxis, die ihr Wissen über das komplexe Geschehen des Pflegeprozesses vertiefen möchten.

facultas

In Sachsen Anhalt unterrichten auf Honorarbasis größtenteils Ärzte (n=78 (53,1%)) die Auszubildenden an Gesundheits- und Krankenpflegeschulen. Dagegen besitzen vergleichsweise wenig der eingesetzten Honorardozenten (n=15 (10,2%)) einen pädagogischen Hochschulabschluss.

Weiterführend wurde nach dem Alter der festangestellten Lehrkräfte und der Honorarkräfte gefragt. Von den fest angestellten Lehrkräften sind n=19 (14,96%) 21-30 Jahre. Den größten Anteil stellen die n=39 (30,71%) 31-40-jährigen dar (Tabelle 4).

**Tabelle 3**

*Anzahl und Qualifikationen der Honorardozenten*

| Bezeichnung | Anzahl (n) | % |
|---|---|---|
| Pflegepädagoge BA | 4 | 2,7 |
| Medizinpädagoge BA | 1 | 0,7 |
| Pflegepädagoge MA | 0 | 0 |
| Medizinpädagoge MA | 3 | 2 |
| Sonstiges Pädagogikstudium BA | 1 | 0,7 |
| Sonstiges Pädagogikstudium MA | 5 | 3,4 |
| LVWA Abschluss als Gesundheits- und Krankenpfleger | 21 | 14,3 |
| **Sonstige Qualifikationen** | | |
| Management MA*[1] | 1 | 0,7 |
| Diplom-Lehrer Biologie und Chemie + Dr.rer.nat. Biologie und Botanik | 1 | 0,7 |
| Arzt | 78 | 53,1 |
| Physiker | 1 | 0,7 |
| Psychologe | 2 | 1,3 |
| Psychiater | 1 | 0,7 |
| Psychotherapeut | 1 | 0,7 |
| Fachpflegekraft (ITS, Stoma, Hygiene) | 6 | 4,1 |
| Hebamme | 1 | 0,7 |
| Logopäde | 1 | 0,7 |
| Pharmazeutisch-technische Assistenten (PTA) | 1 | 0,7 |
| Rettungsassistent | 1 | 0,7 |
| Rettungssanitäter | 2 | 1,3 |
| Erzieher und Heilpraktiker | 1 | 0,7 |
| Apotheker | 2 | 1,3 |
| Justiziar | 1 | 0,7 |
| Rechtsanwalt | 3 | 2 |
| Richter | 1 | 0,7 |
| Ingeneure (Biomedizintechnik/Umweltwissenschaft) | 2 | 1,3 |
| IT-Abteilung | 1 | 0,7 |
| Finanzwesen | 1 | 0,7 |
| Keine Angabe der Qualifizierung | 3 | 2 |
| Gesamt | 147 | 100 |

Bemerkung: „n“ gibt die absolute Häufigkeit an /“%“ gibt die relative Häufigkeit an/ *[1] Abschluss nicht näher bezeichnet

**Tabelle 4**

*Altersverteilung der festangestellten Lehrkräfte im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege*

| Altersspanne in Jahren | n | % |
|---|---|---|
| 20-30 | 19 | 14,96 |
| 31-40 | 39 | 30,71 |
| 41-50 | 37 | 29,13 |
| 51-60 | 25 | 19,69 |
| >60 | 7 | 5,51 |
| Keine Angabe | 0 | 0 |
| Gesamt | 127 | 100 |

Bemerkungen: „n“ gibt die absolute Häufigkeit an/“%“ gibt die relative Häufigkeit an

Im zweiten Teil des Fragebogens wurde erfasst, ob im Zeitraum vom 01.01.2016 – 31.12.2017 Lehrkräfte gesucht wurden. Von den N=15 Pflegeschulen in Sachsen-Anhalt gaben n=12 (80%) an, dass sie Lehrkräfte gesucht hätten. Im Fragebogen wurde weiterhin erhoben, welche Ursache mögliche Stellenbesetzungsprobleme hatten. Dabei waren Mehrfachnennungen möglich, somit ergeben sich mehrere Antwortkombinationen. Die häufigste Antwort stellt mit 62,5% die Besetzung von Arbeitsplätzen mit unterqualifizierten Bewerbern dar, da nicht ausreichend qualifizierte Bewerber verfügbar waren (Tabelle 5).

**Tabelle 5**

*Stellenbesetzungsprobleme an den Gesundheits- und Krankenpflegeschulen in Sachsen-Anhalt*

| Art des Besetzungsproblems | n | % |
|---|---|---|
| Arbeitsplätze konnten nicht besetzt werden, da keine passenden Lehrkräfte gefunden wurden | 2 | 25 |
| Arbeitsplätze konnten nur zeitlich verzögert besetzt werden | 4 | 50 |
| Arbeitsplätze mussten mit unterqualifizierten Bewerbern besetzt werden, da keine ausreichend qualifizierten Bewerber verfügbar waren | 5 | 62,5 |
| Schulen mit Besetzungsproblemen gesamt | 8 | 100 |

Bemerkungen: „n“ gibt die absolute Häufigkeit an/“%“ gibt die relative Häufigkeit an

**Diskussion**

Im Durchschnitt haben die Schulen 102 Schüler und n=8 festangestellte Lehrkräfte. Wird die aktuelle Lehrerzahl ins Verhältnis zur Schüleranzahl gesetzt, so ist dieses in Sachsen-Anhalt 1:13,5 und übertrifft das in §9, Abs. 2 des PflBRefG, geforderte Verhältnis von 1:20. Allerdings wurde bei der Errechnung des Verhältnisses von Lehrern zu Schülern nicht nach dem Arbeitszeitanteil gefragt, wodurch sich die Angaben verschieben können.

Nach den Ergebnissen der Fragebögen besitzen von den 127 festangestellten Lehrkräften n=115 (90,55%) eine Hochschulausbildung. Gemäß dem bis zum 31.12.2017 geltenden KrPflG erfüllten n=12 (9,45%) der hauptberuflich tätigen Lehrkräfte nicht die Voraussetzungen, um als solche tätig sein zu dürfen. Nach §9, Abs.1, Satz 2 PflBRefG wird künftig von Lehrkräften, die den theoretischen Unterricht durchführen, eine pflegepädagogische Hochschulausbildung auf Master-Niveau verlangt. Zwar besitzen n=85 (66,69%) der festangestellten Lehrkräfte eine pädagogische Hochschulbildung, allerdings besitzen von diesen 85 Lehrkräften lediglich n=28 (22,04%) eine pädagogische Bildung auf Masterniveau. Das bedeutet, dass n=99 (77,95%) aller festangestellten Lehrkräften diese Voraussetzung aktuell nicht erfüllt, um als Lehrkraft tätig sein zu dürfen. Fasst man die gesetzliche Voraussetzung einer Lehrkraft noch enger und betrachtet lediglich die Lehrkräfte mit einem Pflegepädagogik-Studium auf Masterniveau verändern sich die Zahlen noch deutlicher, denn laut den Ergebnissen besitzen aktuell nur n=4 (3,14%) (n=4) aller festangestellten Lehrkräfte diese Voraussetzung. Im Vergleich mit dem hessischen Pflegemonitor, verfügen in Hessen 34% der Lehrkräfte über einen pädagogischen Hochschulabschluss (Lauxen & Slotala, 2015, S.3). In Sachsen-Anhalt sind mit 66,92% fast doppelt so viele Lehrkräfte pädagogisch akademisiert. Auch die Studie aus Oberbayern kam zu ähnlichen Ergebnissen. 50,39% der festangestellten Lehrkräfte an den Gesundheits- und Krankenpflegeschulen verfügen dort über ein pädagogisches Hochschulstudium (Frieß, 2018, S.35).

Die Akademisierung der festangestellten Lehrkräfte in Sachsen-Anhalt lässt sich nach den Bestimmungen des alten KrPflG als positiv bewerten. In Hinblick auf das neu greifende PflBRefG stellt sich die Situation als verbesserungswürdig dar.

Nach der Auswertung der Altersangaben sind n=32 (25,2%) der festangestellten Lehrkräfte und n=35 (23,81%) der Honorarkräfte älter als 50 Jahre. Dies bedeutet für die Schulen, dass in den nächsten 15 Jahren ca. ein Viertel des festangestellten Lehrpersonals und ca. ein Viertel der Honorarkräfte durch den Rentenantritt aus dem Arbeitsleben ausscheiden wird.

80% der Pflegeschulen gaben an, dass sie Lehrkräfte gesucht hätten. Dabei konnten n=8 (66,7%) der Schulleiter im Zeitraum vom 01.01.2016 – 31.12.2017 ihre Stellen nicht zeitnah besetzen. Ob der Arbeitsmarkt überhaupt genug Potential bot, geht aus dem Fragebogen allerdings nicht hervor. 71,4% der Schulen lösten dieses Problem der Stellenbesetzung durch interne Regelungen. Das bedeutet, dass vorhandenes Lehrpersonal mit einer Aufgabenverdichtung und Mehrarbeit belastet wurde. Ähnlich sind

die Ergebnisse des hessischen Pflegemonitors zum Stellenbesetzungsproblem. 64% der befragten hessischen Schulen gaben derartige Probleme an. Auch in der Studie wurden dafür ähnliche Gründe angegeben. (Lauxen & Slotala, 2013, S.51). Sich daraus ergebende Folgen für die Qualität des Unterrichts an den Schulen konnten nicht erhoben werden. Ein nicht zu deckender Bedarf an Lehrkräften zu Lasten des vorhandenen Personals korreliert allerdings mit Einbußen an Vorbereitungszeit für den Unterricht. Daraus resultieren Mängel in der Berufsausbildung die wohl kaum kompensiert werden können.

**Fazit und Ausblick**

Durch die Gesetzesnovellierung des KrPflG im Jahr 2003, wurde es zur Norm ein Hochschulstudium als Voraussetzung für eine Lehrtätigkeit vorzuweisen. In Sachsen-Anhalt verfügen 90,55% der festeingestellten Lehrkräfte über die geforderte Hochschulausbildung laut dem KrPflG. Seit dem 01.01.2018 greift nun das PflBRefG. Die Mindestanforderungen an Lehrkräfte wurden ausformuliert und im Vergleich zum KrPflG deutlich enger gefasst. Die geforderte Qualifikation für den theoretischen Unterricht erreichen lediglich 22,04% und für den praktischen Unterricht 44,88% der festangestellten Lehrkräfte. Den größten Anteil der Lehrkräfte stellen mit 53,65% Honorardozenten dar. Davon übernehmen zu 53,1% Ärzte den Unterricht. Es ist schwer nachvollziehbar, dass Ärzte ohne pädagogische Kenntnisse unterrichten dürfen. Denn laut PflBRefG sind pädagogische Grundlagen für den Einsatz im Unterricht eine Voraussetzung.

Durch das altersbedingte Ausscheiden werden in den nächsten fünfzehn Jahren 49% aller Lehrkräfte wegfallen. Die im §60 PflBRefG festgeschriebene Übergangsfrist bis 2027 wird für den Wegfall weiterer Lehrkräfte sorgen. Der von allen Schulleitern prognostizierte Bedarfsanstieg an Lehrkräften in der Pflege zeichnet sich als realistisch ab. Die Frage inwieweit dieser Bedarf mit der aktuellen Studiensituation in Deutschland gedeckt werden kann, drängt sich unausweichlich auf. Die Hochschullandschaft im Bereich Pflege sieht in Sachsen-Anhalt spärlich aus. Es ist lediglich an einem Hochschulstandort möglich einen Studiengang zu belegen, der der Qualifizierung laut PflBRefG entsprechen würde – der Lehramtsabschluss für berufsbildende Schulen in der Fachrichtung Gesundheit und Pflege (M.Ed.) an der OVGU in Magdeburg (MW, 2018). Passende pädagogische Bachelorstudiengänge fehlen in Sachsen-Anhalt. Es ist fraglich ob mit diesem Angebot der Bedarf künftig gedeckt werden kann.

Wegweisend ist ein einheitliches Lehrerbildungssystem im Bereich der Pflege. Eine klare Sprache sowie die bundesländerübergreifende Transparenz beim Verfahren der Anerkennung von Studienabschlüssen sind wünschenswert. Hilfreich wäre dabei die Kopplung an universitäre Abschlüsse und die daraus resultierende Gleichstellung der Lehrerbildung.

## Literaturverzeichnis


Bienstein, C. (21.04.2015). Pflege im Wandel – „Die Unterschiede zu früher sind wirklich dramatisch." (D. Strahler, Interviewer). Zugriff am 17.05.2018 unter https://www.klinikum-nuernberg.de/DE/aktuelles/knzeitung/2015/201502/pflege.html

BMBF (2018a). Aufgaben und Aufbau. Bildung und Forschung sind der Schlüssel. Zugriff am 27.05.2018 unter https://www.bmbf.de/de/bildung-und-forschung-sind-der-schluessel-203.html

BMG (21.12.2017). Fragen und Antworten zum Pflegeberufegesetz. Zugriff am 24.05.2018 unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/pflegeberufegesetz/faq-pflegeberufegesetz.html

BMG (20.03.2018a). Beschäftigte in der Pflege. Fachkräftesituation und Prognosen. Zugriff am 08.07.2018 unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/index.php?id=646

BMG (20.03.2018b). Beschäftigte in der Pflege. Statistische Daten. Zugriff am 18.04.2018 unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/index.php?id=646

Bonse-Rohmann, M. (2011). Neue Strukturen der Lehrerbildung in den beruflichen Fachrichtungen Gesundheit und Pflege. In: Bonse-Rohmann, M. & Burchert, H. (Hrsg.), Neue Bildungskonzepte für das Gesundheitswesen (S. 9-27). Bielefeld: W. Bertelsmann Verlag. doi: 10.3278/111-039w009

Bundesagentur für Arbeit. (2017). Studien- & Berufswahl 2017/2018: Informationen und Entscheidungshilfen. (47. Überarbeitete Ausgabe). Meramo Verlag GmbH.

Destatis. Statistisches Bundesamt (20.01.2016). Alterung der Bevölkerung durch aktuell hohe Zuwanderung nicht umkehrbar. Zugriff am 18.04.2018 unter https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2016/01/PD16_021_12421.html

Frieß, C. (2018). Gera. Aktueller Stand der Qualifikationen von Lehrkräften an Krankenpflegeschulen in der Ausbildung zum Gesundheits- und Krankenpfleger in Oberbayern. SRH Hochschule für Gesundheit Gera

GG (13.07.2017). Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland. Zugriff am 31.05.2018 unter http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/gg/gesamt.pdf

Hessischer Pflegemonitor (2018). Willkommen beim elektronischen Informationssystem HESSISCHER PFLEGEMONITOR. Hessen sorgt vor! Personalbedarf in den Pflegeberufen weiterhin hoch. Zugriff am 31.05.2018 unter http://www.hessischer-pflegemonitor.de/2017/index.php?id=1

Hippach-Schneider, U., Krause, M., & Woll, C. (2007). Berufsbildung in Deutschland: Kurzbeschreibung. Europäisches Zentrum für die Förderung der Berufsbildung, Luxemburg.

KMK. (11.06.2015). Lehrereinstellungsbedarf und -angebot in der Bundesrepublik Deutschland Modellrechnung 2014 – 2025. Zugriff am 18.04.2018 unter http://www.kmk.org/fileadmin/Dateien/pdf/Statistik/Dokumentationen/Dok_208_LEB_LEA_2015.pdf

KMK. (05. 2018a). Aufgaben der Kultusministerkonferenz. Zugriff am 01.05.2018 unter https://www.kmk.org/kmk/aufgaben.html

KrPflAPrV. (10.11.2003). Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege. Zugriff am 18.04.2018 unter http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/krpflaprv_2004/gesamt.pdf

KrPflG. (16.07.2003). Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz). Zugriff am 18.04.2018 unter http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/krpflg_2004/gesamt.pdf

Lauxen, O. & Slotala, L. (2015). Lehrkräfte an Kranken- und Altenpflegeschulen: Aktuelle Situation und zukünftiger Bedarf. PADUA, 10(1), 48-54.

MB. (05. 2016) Ausbildungsmöglichkeiten an berufsbildenden Schulen. Wege in die berufliche Zukunft. Zugriff am 23.04.2018 unter www.mk.bildung-lsa.de/publikationen/2016/berufliche_bildung.pdf

MB: (05. 2018b) Willkommen im Ministerium für Bildung. Zugriff am 01.05.2018 unter http://www.mb.sachsen-anhalt.de/start/
MW (06.2018). Hochschulen in Sachsen-Anhalt. Zugriff am 26.06.2018 unter https://mw.sachsen-anhalt.de/themen/hochschulen/hochschulen-in-sachsen-anhalt/

OVGU (10.09.2012). Neuer Masterstudiengang „Gesundheit und Pflege“ im Lehramt an berufsbildenden Schulen. Zugriff am 31.5.2018 unter https://www.uni-magdeburg.de/Presse+_+Medien/Pressemitteilungen/PM+2012/September/PM+95_2012-p-24402.html

OVGU (01.06.2018). Studiengang. Lehramt an Berufsbildenden Schulen – Berufliche Fachrichtung Gesundheit und Pflege. Zugriff am 04.06.2018 unter https://uni-magdeburg.de/Studieninteressierte/Studienvorgänge+-von+A+bis+Z/Master/Lehramt+an+Berufsbildenden+Schulen+-+Profil+Gesundheits_+und+Pflegepädagogik-p-62018.html

PflBRefG (09.03.2016). Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Pflegeberufe. Zugriff am 24.05.2018 unter http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/18/078/1807823.pdf

PflBRefG (17.07.2017). Gesetz zur Reform der Pflegeberufe. Zugriff am 24.05.2018 unter https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&start=//*[@attr_id=%27bgbl117s2581.pdf%27]#__bgbl__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl117s2581.pdf%27%5D__1527166225910

Reiber, K. & Winter, M. (05.08.2010). Die Akademisierung der Pflege – Stand & Perspektiven. Jahrestagung der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA). Bochum, 23.-25.09.2010. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House, 2010. Doi: 10.3205/10gma028

Steffen, P., & Löffert, S. (2010). Ausbildungsmodelle in der Pflege. Forschungsgutachten im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Deutsches Krankenhausinstitut e.V. in Düsseldorf.
Weyland, U., & Reiber, K. (2013). Lehrer/-innen-Bildung für die berufliche Fachrichtung Pflege in hochschuldidaktischer Perspektive. In U. Faßhauer, B. Fürstenau und E. Wuttke (Hrsg.), Jahrbuch der berufs- und wirtschaftspädagogischen Forschung 2013 (S. 189-202). Opladen, Berlin, Toronto: Verlag Barbara Budrich.

Wobst, S. & Koch, S. (2018). Qualifikation von Lehrkräften an Altenpflegeschulen in Brandenburg - Aktueller Stand und zukünftiger Bedarf. Pädagogik für Gesundheitsberufe, 1/2018, 5. Jahrgang, 51-58.

**Fußnote**
[1] Aus Gründen der Vereinfachung wird künftig ausschließlich die männliche Form verwendet, welche gleichermaßen für beide Geschlechter stehen soll.

# Gesundheitsförderung für Lehrkräfte an Schulen der Gesundheitsberufe

## Eine ressourcenorientierte Betrachtungsweise

Eingereicht 14. Januar 2016
Genehmigt 15. Juni 2016

**Abstract**

Die Themen Prävention und Gesundheitsförderung haben in den letzten Jahren in Schulen an Aktualität gewonnen. In Folge dessen erhalten die Lehrergesundheit und die Gesundheitsressourcen der Lehrkräfte vermehrte Aufmerksamkeit. Ziel dieser Untersuchung ist darzustellen, welche Beachtung die Gruppe der Lehrkräfte an Schulen für Gesundheitsberufe im Rahmen dieser Entwicklung gegenwärtig erfährt, indem eine Bestandsaufnahme über die aktuelle Umsetzung von Maßnahmen zur Gesundheits-förderung für diese Zielgruppe erfolgt. Außerdem wird vor dem Hintergrund einer ressourcenorientierten Betrachtungsweise aufgezeigt, ob mittels der durchgeführten Maßnahmen primär die externen oder die internen Gesundheitsressourcen der Lehrkräfte gestärkt werden sollen.

Durchgeführt wurden eine systematische Literaturrecherche, sowie eine ergänzende Expertenbefragung.

Zu dem jetzigen Zeitpunkt mangelt es eindeutig an Transparenz in diesem Forschungsbereich, und es werden nur wenige Maßnahmen zur Gesundheitsförderung für Lehrkräfte der Gesundheitsberufe durchgeführt. Zwei Programme und Projekte konnten ermittelt werden, die bisher an insgesamt 21 Schulen für Gesundheitsberufe umgesetzt wurden. Die dort durchgeführten Maßnahmen zielen auf eine Stärkung der internen und externen Gesundheitsressourcen der Lehrkräfte ab.

In Zukunft muss die Gruppe der Lehrkräfte für Gesundheitsberufe im Rahmen von Gesundheitsförderung unbedingt mehr Beachtung finden, da sich diese spezifische Lehrendengruppe an einer zentralen Stelle für die Qualifizierung der zukünftig dringend benötigten Fachkräfte im Gesundheitswesen befindet. Um die Transparenz zu erhöhen und weitere wichtige Erkenntnisse über den offensichtlichen Handlungs- und Forschungsbedarf in diesem Bereich zu erlangen, ist eine systematische Erfassung und Evaluation der bereits durchgeführten Gesundheitsförderungsmaßnahmen für Lehrkräfte der Gesundheitsberufe unabdingbar.

**Schlüsselwörter**
Gesundheitsförderung, Lehrkräfte der Gesundheitsberufe, Schulen für Gesundheitsberufe

**Abstract**

Prevention and health promotion have grown in significance in schools in the last years. In consequence, issues such as teachers' health and teachers' health resources have attracted growing interest. The present study examines to what extent teachers working in schools for the health profession have been covered under these new schemes. It does so by taking stock of measures taken to further promotion of health amongst teachers working within the health profession. A resource-orientated line of enquiry will furthermore determine whether it is the internal or external health resources of teachers that should be particularly promoted by these measures.

This is a systematic literature-based hermeneutic study, supplemented by a survey of experts.

Thus far there is a remarkable lack of transparent knowledge, and measures of health promotion for teachers working within the health profession are taken sporadically. Two projects and programmes could be detected so far, implemented across 21 schools in total. It is intended that the measures taken via these two projects and programmes will strengthen the internal as well as external health resources within the profession.

Teachers within the health professions need to be supported more strongly than hitherto in the near future what regards measures of health promotion. This is self-obvious as this group of teachers fulfils a crucial function within the training of future professionals within the health care system. In order to increase overall transparency as well as gain more knowledge of the current state of research and action within the profession, a systematic survey and discussion of measures of health promotion amongst teachers working within the health profession is crucial and badly-needed.

**Keywords**
health promotion– Teachers working within the health profession – Schools within the health profession – teachers' health – health resources

**Ina Güth, B.Sc., B.A.**
Ergotherapeutin, BSc Occ. Th.
Medizinpädagogin, B. A.

**Prof. Dr. phil. Matthias Drossel, B.A., M.ScN.**
Gesundheits- und Krankenpfleger, Medizinpädagoge, Pflegewissenschaftler, Gesamtschulleitung Berufsfachschulen Bamberger Akademien für Gesundheits- und Pflegeberufe, Professur an der SRH Hochschule für Gesundheit Gera

## Einleitung/Problemstellung

Seit der Verabschiedung der Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung im Jahr 1986 durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) vollzog sich ein Perspektivenwechsel von einer pathogen orientierten Betrachtung hin zu einer salutogenen, ganzheitlichen Sichtweise von Gesundheit. In diesem Zusammenhang gewannen Prävention und Gesundheitsförderung an Bedeutung und haben auch in Schulen zunehmend an Aktualität gewonnen, wobei die schulische Gesundheitsförderung bis Ende der 1990er-Jahre weitestgehend geprägt war durch Maßnahmen zur Sicherung und Förderung der Schülergesundheit. Die Lehrkräfte stellten fast ausschließlich Multiplikatoren für die Verbesserung der Schülergesundheit dar (Hundeloh, 2012, S. 7).

Doch in den letzten Jahren erhielt auch die Lehrergesundheit vermehrte Aufmerksamkeit. Wesentliche Gründe hierfür sind die empirisch belegten gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Lehrer sowie die Belastungen einer Lehrtätigkeit (ebd. S. 25). Zahlreiche Untersuchungen zur Lehrergesundheit belegen, dass bei dieser Berufsgruppe im Vergleich zu anderen Erwerbstätigen deutlich häufiger psychische Erkrankungen auftreten und Lehrkräfte vermehrt unter Symptomen leiden, die auch bei depressiven Störungen auftreten, wie Erschöpfung, Nervosität, Reizbarkeit und Schlafstörungen. Außerdem stellen affektive Störungen wie Depression oder Burnout die Hauptursachen für ein frühzeitiges Ausscheiden aus dem Lehrerberuf dar (Krause & Dorsemagen, 2011, S. 140, Scheuch, Haufe & Seibt, 2015, S. 347).

Als besonders belastend erleben Lehrkräfte in ihrem Berufsalltag vor allem Korrekturtätigkeiten und die Notengebung. Neben diesen unmittelbar mit der Kerntätigkeit des Unterrichtens verbundenen Arbeitsbedingungen und Merkmalen werden oft auch die mangelnde Kooperation mit Kollegen und der Schulleitung sowie eine ineffiziente Schulorganisation und das Klima an der Schule als problematisch beschrieben (Krause & Dorsemagen, 2007; Schaarschmidt, 2004; van Dick, 2006 zitiert nach Schumacher, 2012, S. 98).

Diese Erkenntnisse über den Gesundheitsstatus von Lehrkräften waren der Anlass für eine neue Diskussion. So fordern Scheuch, Rehm und Seibt (2008, S. 199) „Schule und Gesellschaft brauchen gesunde Lehrer“, denn gesunde Lehrkräfte können ihre beruflichen Anforderungen besser bewältigen, was sich positiv auf die Unterrichtsqualität und somit auf die gesamte Schulqualität auswirkt. Viele Schulen möchten sich daher auf den Weg machen und die Arbeitsbedingungen so gestalten, dass ihre Lehrkräfte gesund bleiben und gerne arbeiten (Nieskens, Rupprecht & Erbring, 2012, S. 41).

Schneider, Bonse-Rohmann und Heidenreich (2015, S. 29) konstatieren jedoch, dass bislang vor allem der Berufsalltag der Lehrkräfte an allgemeinbildenden Schulen untersucht wurde, und die Gesundheitssituation von Lehrkräften an Schulen für Gesundheitsberufe bedauerlicherweise im Rahmen dieser Entwicklung zu dem jetzigen Zeitpunkt nur wenig Beachtung erfährt. Erhöhte gesundheitliche Belastungen von Lehrkräften sind aber in immer stärkerem Maße auch ein Problem

der Berufsschulen. Die Deutsche Angestellten Krankenkasse (DAK) hat zusammen mit dem Bundesverband der Unfallkassen (BUK), dem Gemeindeunfallversicherungsverband Westfalen-Lippe (GUVV) und dem Institut für Psychologie der Universität Lüneburg im Rahmen einer Befragung von 507 Berufsschullehrern festgestellt, dass mehr als jeder dritte Berufsschullehrer gefährdet ist, psychisch zu erkranken, wobei vor allem die weiblichen Lehrkräfte aller Altersgruppen betroffen sind (Deutsche Angestellten Krankenkasse, 2003, S. 5f.).

Die Ursache für die Entstehung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen sind salutogenetischen Konzepten folgend fehlende Ressourcen (Winkelmann, 2011, S. 48). Welche Ressourcen für Lehrkräfte gesundheitsfördernd wirken können und somit von besonderer Bedeutung sind, wird zunehmend untersucht (Krause & Dorsemagen, 2011, S. 144).

## Ressourcen von Lehrkräften

Gesundheitsförderung verfolgt das Ziel, über die Stärkung von Ressourcen die Gesundheit zu verbessern (Altgeld & Kolip, 2014, S. 47). Döring-Seipel (2014, S. 19) definiert Ressourcen wie folgt: „Ressourcen bezeichnen die Gesamtheit verfügbarer Mittel, Kräfte und Möglichkeiten, auf die Personen zur Erhaltung ihres psychischen und physischen Wohlbefindens und zur Erreichung von persönlichen Zielen zurückgreifen können. Ressourcenquellen können innerhalb der Person – sogenannte interne oder personale Ressourcen – oder außerhalb der Person in ihrem (sozialen) Umfeld liegen, sogenannte externe Ressourcen."

Ein Ansatzpunkt von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung kann demnach die individuelle Verhaltensebene sein, indem versucht wird, Einfluss auf die internen Ressourcen einer Person zu nehmen. Zum anderen können externe Ressourcen gestärkt werden, indem Maßnahmen auf der Verhältnisebene umgesetzt werden, wie beispielsweise eine Optimierung der Arbeitsorganisation.

Im Rahmen der Kasseler Studie zur Lehrergesundheit, die insgesamt 1.234 Lehrkräfte einbezog, wurden die Lehrkräfte zu ihrer Arbeitssituation, ihren Belastungen und persönlichen und sozialen Ressourcen, ihrem Unterrichtshandeln und zu ihrer gesundheitlichen Verfassung befragt. Es zeigte sich, dass von allen untersuchten Faktoren Ressourcen die bedeutendste Rolle für den Umgang mit belastenden Anforderungen und Gesundheit spielten. Die Bewertung ihrer beruflichen Situation fiel umso positiver aus, je günstiger die Ressourcenbasis ausfiel, auf die die befragten Lehrkräfte zurückgreifen konnten (Döring-Seipel, 2014, S. 21).

## Interne Ressourcen

Für Lehrkräfte existieren aufgrund spezieller beruflicher Belastungen besondere positiv wirkende Personenmerkmale, welche auch als interne Ressourcen für die Erhaltung der eigenen Gesundheit bezeichnet werden können (Krause & Dorsemagen, 2011, S. 143). Grundsätzlich zeichnen sich Lehrkräfte gegenüber der Allgemeinbevölkerung durch ein gesundheitsförderliches Verhalten sowie geringer ausgeprägte kardiovaskuläre Risikofaktoren, ausgenommen Hypertonie, aus (Scheuch, Haufe & Seibt, 2015, S. 347).

Zu den Einflussfaktoren und den möglichen internen Gesundheitsressourcen einer Person gehören natürlich die Ernährung, das Suchtverhalten, das Ausmaß an sportlicher Betätigung und das Erholungsverhalten. Sie gelten jedoch nicht nur für Lehrkräfte (Nieskens, 2006, S. 42).

Im Rahmen der Potsdamer Lehrerstudie von Schaarschmidt und Kieschke (2005) wurde über einige Jahre im deutschsprachigen Raum bei mehreren tausend Lehrkräften das sogenannte Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM-Muster) erfasst. Im Ergebnis fanden die Forscher vier grundlegende AVEM-Muster, die sich in Bezug auf die Leistungsfähigkeit, das Kommunikationsverhalten, das Selbstwerterleben und das Gesundheitsrisiko unter-scheiden (Nieskens, 2006, S. 43). Eine Lehrkraft, die dem AVEM-Muster G (gesunde Lehrkraft) zuzuordnen ist, zeichnet sich aus durch einen eher hohen Stellenwert der Arbeit, eine mittlere Verausgabungsbereitschaft bei der Erfüllung der Arbeitsaufgabe, ein stark ausgeprägtes Streben nach beruflichem Aufstieg, eher hohe Qualitätsansprüche an die eigene Arbeitsleistung, eine eher hohe Erholungs- bzw. Distanzierungsfähigkeit und niedrige Resignationstendenz nach Misserfolgen, eine optimistische Haltung bei auftretenden Problemen, eine stark ausgeprägte innere Ruhe und Ausgeglichenheit, eine hohe Lebenszufriedenheit, ein hohes Erfolgserleben im Beruf sowie ein eher hohes Erleben sozialer Unterstützung (Krause & Dorsemagen, 2011, S. 142f.)

Eine positive Gesundheitswirkung konnte mittlerweile ebenfalls für die internen Ressourcen

Selbstwirksamkeit als Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten, Kohärenzgefühl als Überzeugung der Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit der Dinge des Lebens und Achtsamkeit als aufmerksame offene Haltung sich selbst und dem gegenwärtigen inneren Erleben gegenüber empirisch abgesichert werden (Döring-Seipel, 2014, S. 20).

Des Weiteren wurde die Bedeutung der Ambiguitätstoleranz, der Fähigkeit zum Umgang mit Unsicherheiten, nachgewiesen (König & Dalbert, 2004 zitiert nach Krause & Dorsemagen, 2011, S. 143).

Für die besondere Zielgruppe der Lehrkräfte für Gesundheitsberufe, die nicht selten einen entsprechenden Ausgangsberuf aufweisen, ist über ein anzunehmendes Interesse an gesundheitsbezogenen Themen hinaus davon auszugehen, dass die Themen Gesundheitsförderung und Prävention in vermutlich fast allen Studiengängen dieser Fachrichtungen zumindest fachwissenschaftlich nachzuweisen sind. Festzuhalten ist hier also, dass diese Zielgruppe in der Regel über ein deutlich umfangreicheres gesundheitswissenschaftliches Fachwissen verfügen sollten als Lehrkräfte anderer beruflicher Fachrichtungen (Bonse-Rohmann, 2013, S. 3). Dieser Aspekt kann insbesondere für Lehrkräfte der Gesundheitsberufe als interne Ressource im Rahmen von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung genutzt werden.

### Externe Ressourcen

Externe Ressourcen, bei denen empirische Belege für einen positiven Zusammenhang zur Lehrergesundheit bereits bestehen, können an verschiedenen Schulen unterschiedlich ausgeprägt sein und sind beeinflussbar. Die Lehrtätigkeit selbst beinhaltet schon Gesundheitsressourcen, die für andere Berufsgruppen nach den Erkenntnissen arbeitswissenschaftlicher Forschung erst erreicht werden müssen. Dazu gehören die Ganzheitlichkeit und Anforderungsvielfalt der Tätigkeit, die weitgehende Autonomie, die Möglichkeiten der sozialen Interaktion, Lern- und Entwicklungsmöglichkeiten, Zeitelastizität und Sinnhaftigkeit der Arbeit (Scheuch & Haufe, 2005, S. 1f.)

Zu den wichtigsten schulrelevanten externen Ressourcen gehören die soziale Unterstützung und Wertschätzung von Kollegen, Kolleginnen und Schulleitung, ein hoher Zusammenhalt im Kollegium sowie eine effiziente Organisation (Schumacher, 2012, S. 108).

Im Rahmen der Arbeitsorganisation stellen das Eingehen auf individuelle Bedürfnisse und Kompetenzen der einzelnen Lehrkräfte (Hubermann, 1991 zitiert nach Krause & Dorsemagen, 2011, S. 144), sowie die Beteiligung an zentralen Entscheidungen der Schule bzw. die Transparenz der Entscheidungen und guter Informationsfluss wichtige externe Ressourcen dar (Kaempf & Krause, 2004; Punch & Tuettemann, 1990 zitiert nach Krause & Dorsemagen, 2011, S. 144).

Ferner zählen Rückzugs- und Erholungsmöglichkeiten (Kaempf & Krause, 2004 zitiert nach Krause & Dorsemagen, 2011, S. 144), eine gerechte Arbeitsverteilung innerhalb der Schule (Lacroix, Dorsemagen, Krause & Bäuerle 2005 zitiert nach Krause & Dorsemagen, 2011, S. 145), professionelle Rückmeldungen zur eigenen Arbeit und ein funktionierender Erfahrungsaustausch (Jacobsson, Pousette & Tylefors, 2001 zitiert nach Krause & Dorsemagen, 2011, S. 145) zu den gesundheitsfördernden externen Ressourcen.

Außerdem stellen eine hohe Führungsqualität der Schulleitung (Blase, Dedrick & Strathe, 1986, Kunz Heim & Nido, 2008 zitiert nach Krause & Dorsemagen, 2011, S. 145), unterstützende Konferenzen und Besprechungen (Nübling et al., 2008 zitiert nach Krause & Dorsemagen, 2011, S. 144), sowie eine gute Vereinbarkeit von Arbeit und Privatleben (Wilson, 2002 zitiert nach Krause & Dorsemagen, 2011, S. 145) wichtige gesundheitsrelevante externe Ressourcen dar.

## Forschungsfrage, Ziel und Methodik

Aus der Problemstellung ergeben sich folgende Forschungsfragen:

Welche Gesundheitsförderungsmaßnahmen für Lehrkräfte der Gesundheitsberufe in dem Setting ‚Schule für Gesundheitsberufe' werden bereits durchgeführt?

Setzen diese Maßnahmen vorrangig auf der Verhaltens- oder Verhältnisebene an und sollen somit primär die internen oder externen Gesundheitsressourcen der Lehrkräfte gestärkt werden?

Ziel dieser Untersuchung ist im Rahmen einer Bestandsaufnahme zu erfassen, welche Maßnahmen zur Gesundheitsförderung für Lehrkräfte in dem Setting ‚Schule für Gesundheitsberufe' in Deutschland bereits umgesetzt werden und anhand der Ergebnisse aufzuzeigen, ob mittels der durchgeführten Maßnahmen

primär die internen oder externen Gesundheitsressourcen der Lehrkräfte gestärkt werden sollen.

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurde eine systematische Literaturrecherche in fachspezifischen Datenbanken wie Cochrane libary, Livivo, Pubmed, Eric sowie ergänzend in Google, Google scholar, Google books durchgeführt wurde. Darüber hinaus erfolgte eine Freihandsuche und Bibliothekskatalogsuche in der Universitätsbibliothek Leipzig sowie in der Bibliothek der SRH Fachhochschule für Gesundheit in Gera. Bei der Recherche war die Eingrenzung der Suchkriterien mittels Ausschlusskriterien erforderlich. Literatur über Gesundheitsförderungsmaßnahmen an allgemeinbildenden Schulformen, sowie beruflichen Schulen mit anderen Ausbildungsberufen, die nicht den Gesundheitsberufen zuzuordnen sind, fand keine Berücksichtigung. Zudem ist bei der Auseinandersetzung mit dem Setting ‚Schule für Gesundheitsberufe' und der Zielgruppe der Lehrkräfte zu beachten, dass internationale Literatur und die dabei beschriebenen Erfahrungen, Methoden und Schlussfolgerungen nicht automatisch auf die Komplexität des deutschen Berufsschulwesens übertragen werden können.

Folgende Suchbegriffe wurden in verschiedenen Kombinationen unter Verwendung der „Bool`schen Operatoren" in den oben genannten Datenbanken verwendet:

- Gesundheitsförderung (health promotion)
- Gesundheitsförderungsmaßnahmen (health promotion arrangements)
- Lehrer (teacher), Medizinpädagoge, Pflegepädagoge
- Lehrergesundheit (teacher health)
- Berufsschullehrer (vocational school teacher)
- Berufsbildende Schule, berufliche Schule, Berufsfachschule (vocational school)
- Projekt Gesundheitsförderung (health promotion project)

Ergänzend zu der systematischen Literaturrecherche, welche eine sehr geringe Anzahl an relevanten Publikationen ergab, fand eine Kontaktaufnahme per E-Mail zu vier Experten statt. Die Forschungsschwerpunkte der Experten reichen von Lehrergesundheit über Salutogenese bis hin zu Gesundheitsförderung in Schulen. Bei zwei der befragten Experten handelt es sich um erfahrene Praktiker in dem Bereich Gesundheitsförderung für Lehrkräfte, da sie bereits Programme und Interventionen zur Gesundheitsförderung entwickelt und in dem Setting ‚Schule für Gesundheitsberufe' umgesetzt haben. Die Experten wurden zu weiteren möglichen Literaturhinweisen in Bezug auf die Thematik „Gesundheitsförderung für Lehrkräfte der Gesundheitsberufe" befragt und zusätzlich gebeten eine Aussage zu treffen, ob bereits Schulen für Gesundheitsberufe an dem von Ihnen durchgeführten Gesundheitsförderungsmaßnahmen teilgenommen haben.

## Ergebnisse

Deutschlandweit konnten zwei konkrete Maßnahmen zur Gesundheitsförderung für die Zielgruppe der Lehrkräfte ermittelt werden, die in dem Setting ‚Schule für Gesundheitsberufe' bereits umgesetzt wurden. Dabei handelt es sich um das Modellprojekt ‚Betriebliche Gesundheitsförderung in berufsbildenden Schulen -Entwicklung von Maßnahmen und Strategien', welches an einer Schule für Gesundheitsberufe umgesetzt wurde, sowie das Programm ‚Denkanstöße'. „Bisher haben 20 berufliche Schulen mit dem Schwerpunkt Gesundheitsberufe an dem Programm teilgenommen" (E1, Z 2). Die Maßnahmen und Interventionen des Modellprojektes und des Programms sind beide auf eine Stärkung der internen als auch der externen Gesundheitsressourcen der Lehrkräfte ausgerichtet.

Das Modellprojekt ‚Betriebliche Gesundheitsförderung in berufsbildenden Schulen – Entwicklung von Maßnahmen und Strategien' verfolgte das Ziel, eine nachhaltige Gesundheitsförderung bei Berufsschullehrern anzustoßen (Deutsche Angestellten Krankenkasse (DAK), Gemeindeunfallversicherungsverband Westfalen-Lippe (GUVV), Bundesverband der Unfallkassen (BUK), 2006, S. 3f). Insgesamt beschreibt das Modellprojekt ein Konzept zur Organisationsentwicklung, welches Schulen helfen soll, einen umfassenden, auf ihre Verhältnisse zugeschnittenen Entwicklungsprozess zu gestalten, bei dem Arbeits- und Kommunikationsprozesse ebenso wie Organisationsstrukturen auf ihre gesundheitsförderliche Wirkung bzw. ihren gesundheitlichen Belastungswert hin geprüft und gegebenenfalls optimiert werden. Diese umfassenden Entwicklungsprozesse können und sollen auch konkrete Maßnahmen zur Reduzierung spezifischer Belastungen und zur Förderung individueller Ressourcen umfassen. Darüber hinaus soll aber eben auch eine Verbesserung der Arbeits- und Organisationsbedingungen angestrebt werden, denn die Projektleitung ist der Überzeugung, dass

eine nachhaltige Gesundheitsförderung tief greifende Wandelprozesse in den Schulen erfordert (Schumacher, 2006, S. 8).

Das Programm ‚Denkanstöße!' verfolgt das Ziel, Schulen, Kollegien und ihre Leitungen dabei zu unterstützen, vorhandene Ressourcen und Veränderungsbedarf zu erkennen (Schaarschmidt & Fischer, 2013, S. 6). Die Interventionsmaßnahmen des Programms sind alle auf eine Förderung der psychischen Gesundheit der Mitarbeiter ausgerichtet (ebd., S. 81). Zu Beginn des Programms erfolgt die Analyse der Beanspruchungsverhältnisse mittels des Diagnoseinstruments IEGL (Inventar zur Erfassung von Gesundheitsressourcen im Lehrerberuf), wie sie an der konkreten Schule vorliegen. Anhand IEGL ist sowohl eine personen- als auch eine bedingungsbezogene Analyse möglich, das heißt einerseits Aussagen über das Beanspruchungserleben der Lehrkräfte, andererseits Einschätzungen zu den Arbeitsverhältnissen an der konkreten Schule. Die personenbezogene Analyse erfolgt mit Hilfe des AVEM, unterstützt durch eine Beschwerdeliste zu psychischen und körperlichen Beschwerden (BESL), und die bedingungsbezogene Analyse durch das Arbeitsbewertungsverfahren ABC-L (Arbeits-Bewertungscheck-Check für Lehrkräfte) (ebd., S. 11). Im Anschluss geht es darum, die Ergebnisse für den Einzelnen und die Schule als Ganzes aufzubereiten, Schlussfolgerungen auf individueller und kollegialer Ebene zu ziehen und diese schließlich in Form geeigneter Interventionsmaßnahmen umzusetzen. Bei diesen Interventionen geht es sowohl um die gesundheitsförderliche Arbeits- und Organisationsgestaltung als auch um Unterstützungsmaßnahmen, die den Lehrkräften direkt zugutekommen sollen. Die gesundheitsförderliche Arbeits- und Organisationsgestaltung sollen die Leitung und das Kollegium jedoch dabei aus eigener Kraft in Angriff nehmen, wohingegen die personenbezogenen Interventionen durch die Unterstützung von ausgebildeten Moderatoren erfolgen.

Durch die Umsetzung des Programms ‚Denkanstöße!' und dem Modellprojekt ‚Betriebliche Gesundheitsförderung in berufsbildenden Schulen - Entwicklung von Maßnahmen und Strategien' wird zum einen versucht Gesundheit als Organisationsprinzip in dem Setting ‚Schule für Gesundheitsberufe' zu integrieren, und zum anderen die persönliche Handlungsfähigkeit einzelner Lehrkräfte für die Gestaltung ihrer gesundheitlichen Lebensbedingungen zu stärken, um sie zu gesundheitsgerechtem Verhalten zu motivieren und zu befähigen (Autonomie und Empowerment). Dieses Vorgehen entspricht dem Versuch der Gestaltung eines ‚gesundheitsfördernden Settings', bei dem die Förderung der internen und externen Gesundheitsressourcen von Lehrpersonen im Vordergrund steht. Sie können infolgedessen als positive Beispiele für eine nachhaltige Gesundheitsförderung von Lehrkräften der Gesundheitsberufe dienen, da sie sowohl auf der Verhaltens- als auch auf der Verhältnis-ebene ansetzen und diese Kombination im Rahmen von Gesundheitsförderung besonders wirkungsvoll ist (Altgeld & Kolip, 2014, S. 47).

## Diskussion

Die Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche und ergänzenden Expertenbefragung zeigen auf, dass es eindeutig an Transparenz mangelt, welche Maßnahmen zur Gesundheitsförderung für Lehrkräfte der Gesundheitsberufe bereits durchgeführt werden. Diese Tatsache wird durch die Aussage einer befragten Expertin bestätigt: „Es gibt verschiedene Übersichten, u. a. bei Martin Rothland, Andreas Krause und Michael Stiller. Nur zu dem von Ihnen angefragten Berufsfeld gibt es nix, was ich kenne." (E2, Z 1-4). Die knappe Veröffentlichungslage und fehlende Transparenz ist möglicherweise ein Hinweis darauf, dass wenig bis keine Maßnahmen zur Gesundheitsförderung durchgeführt werden. Zum anderen kann diese Tatsache jedoch auch bedeuten, dass bereits durchgeführte Gesundheitsförderungsmaßnahmen nicht systematisch erfasst und evaluiert werden.

Zu dem jetzigen Zeitpunkt kann jedoch davon ausgegangen werden, dass nur wenige Maßnahmen zur Gesundheitsförderung für Lehrkräfte in dem Setting ‚Schule für Gesundheitsberufe' umgesetzt werden. Diese Ergebnisse decken sich mit folgender Einschätzung von Gläßer, Dlugosch und Haselwander (2010, zitiert nach Krause, Dorsemagen, & Baeriswyl, 2013, S. 76), die der Meinung sind, wenn Angebote zur Gesundheitsförderung unterbreitet werden, erreichen diese viele Schulen und Lehrpersonen immer noch nicht und bestehende Maßnahmen werden nur punktuell eingesetzt. Die Untersuchung von Stab (2007, S. 51f.) bestätigt ebenfalls, dass im Vergleich zu den Gesundheitsförderungsmaßnahmen, welche an allgemeinbildenden Schulen durchgeführt werden, die berufsbildenden Schulen und somit auch

die Schulen für Gesundheitsberufe und deren Lehrkräfte eine stark unterrepräsentierte Zielgruppe darstellt, die keine ausreichende Berücksichtigung hinsichtlich schulischer Prävention und Gesundheitsförderung erfährt. Ferner erhalten berufsbildende Schulen keine angemessene Beachtung in bestehenden Netzwerken.

Um die wichtige Frage zu beantworten, wie Lehrkräfte für Gesundheitsberufe – trotz hoher Arbeitsbelastungen – gesund bleiben, muss zukünftig im Rahmen einer ressourcenorientierten Betrachtungsweise vermehrt hinterfragt werden, wie Ressourcen aktiviert und gepflegt werden können. Dies bedeutet jedoch für den Lehrberuf, dass neben den internen Ressourcen auch externe Ressourcen berücksichtigt werden müssen, denn defizitäre Arbeitsverhältnisse lassen sich nicht durch gesundheitsfördernde Maßnahmen, die ausschließlich am Individuum ansetzen, verändern. Sicherlich ist auch jede einzelne Lehrkraft gefordert darüber nachzudenken, inwiefern sie die eigenen Ziele, Erwartungen und Verhaltensweisen so modifizieren kann, dass gesundheitliche Belastungen reduziert werden. Doch um erfolgreich und nachhaltig zu sein, bedürfen personenbezogene Maßnahmen unbedingt der Begleitung durch die Arbeitsbedingungsgestaltung (Schaarschmidt & Fischer, 2013, S. 81).

Tatsache ist, dass auf politischer Ebene und auf Seiten der Krankenkassen, der Unfallkassen und anderer Träger ebenfalls dringender Handlungsbedarf besteht. Im Hinblick auf die Auswirkungen des am 18.06.2015 verabschiedeten Präventionsgesetzes ist vor allem eine Stärkung der Gesundheitsförderungsinterventionen nach dem Setting-Ansatz und der setting-bezogenen Netzwerkarbeit in der Gesundheitsförderung in Deutschland zu erwarten. Dabei sind Leistungsträger gefordert, ihre Leistungen im Sinne des § 20a SGB V verstärkt auch an Schulen für Gesundheitsberufe zu erbringen, denn die Gesundheit dieser Lehrendengruppe ist von großer gesellschaftlicher Relevanz. Sie befindet sich an einer zentralen Stelle für die Qualifizierung der zukünftig dringend benötigten Fachkräfte im Gesundheitswesen. Nur mit qualifiziertem Personal kann dem demographischen Wandel und den immer komplexeren Krankheitsbildern begegnet werden (Schneider, Bonse-Rohmann & Heidenreich, 2015, S. 27). Dabei ist ebenfalls zu berücksichtigen, dass die Ausbildungsqualität unmittelbar mit der Lehrergesundheit zusammenhängt.

Gesundheitsförderung für Lehrkräfte der Gesundheitsberufe ist jedoch nicht nur wichtig, um deren eigene Gesundheit zu stärken, sondern auch um als glaubwürdigere Beispiele in der Vermittlung gesundheitsbezogener Kompetenzen wahrgenommen.

## Literatur


Altgeld , T. & Kolip, P. (2014). Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann, K., Klotz, T. & Haisch, J. (Hrsg.). Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung (4., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage) (S.45-59). Bern: Hans Huber.

Bonse-Rohmann, M. (2013). Gesundheitsförderung in der beruflichen Bildung und der Lehrerbildung für Gesundheitsberufe. In bwp@ Spezial 6 – Hochschultage Berufliche Bildung 2013, Fachtagung 10, hrsg. v. Bonse-Rohmann, M./ Weyland, U., 1-21. Zugriff am 10.08.2015 unter: http://www.bwpat.de/ht2013/ft10/bonse-rohmann_ft10-ht2013.pdf

Deutsche Angestellten Krankenkasse (DAK) (Hrsg.) (2003). DAK-Report Berufsschul-lehrer. Belastungsschwerpunkte von Berufs-schullehrern – Ergebnisse einer Befragung. Zugriff am 18.11.2015 unter: http://epub.sub.uni-hamburg.de/epub/volltexte/2009/4052/pdf/Berufsschul-report_2004.pdf

Deutsche Angestellten Krankenkasse (DAK), Bundesverband der Unfallkassen (BUK) & Gemeindeunfallversicherungsverband West-phalen-Lippe (GUVV W-L) (Hrsg.). (2006). Lehrergesundheit - Baustein einer guten gesunden Schule. Impulse für eine gesundheitsfördernde Organisationsent-wicklung. ISBN 3-9809765-2-1

Döring-Seipel, E. (2014). Lehrer-/-innen-Gesundheit - eine ressourcenorientierte Betrachtung. Die berufsbildende Schule, 1, 19-22

Hundeloh, H. (2012). Gesundheits-management an Schulen. Prävention und Gesundheitsförderung als Aufgaben der Schulleitung. Weinheim: Beltz.

Krause, A. & Dorsemagen, C. (2011). Gesundheitsförderung für Lehrerinnen und Lehrer. In Bamberg, E., Ducki, A. & Metz, A.-M. (Hrsg.). Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement in der Arbeitswelt: Ein Handbuch. (S. 139-157). Göttingen, Bern, Wien u.a.: Hogrefe.

Krause, A., Dorsemagen, C. & Baeriswyl, S. (2013). Zur Arbeitssituation von Lehrerinnen und Lehrern. Ein Einstieg in die Lehrerbelastungs- u. gesundheitsforschung. In Rothland, M. (Hrsg.). Belastung und Beanspruchung im Lehrerberuf. Modelle – Befunde – Interventionen. (2., überarbeitete Auflage). (S. 60-80). Wiesbaden: Springer.

Nieskens, B., Rupprecht, S. & Erbring, S. (2012). Was hält Lehrkräfte gesund? Ergebnisse der Gesundheitsforschung für Lehrkräfte und Schulen. In DAK-Gesundheit & Unfallkasse NRW (Hrsg.). Handbuch Lehrergesundheit – Impulse für die Entwicklung guter gesunder Schulen. (2., umfänglich überarbeitete und erweiterte Auflage). (S. 41-94) Köln: Carl Link.

Nieskens, B. (2006). Ergebnisse der Gesundheitsforschung für Lehrkräfte und Schulen. In Deutsche Angestellten Krankenkasse (DAK)

(Hrsg.). Lehrergesundheit – Baustein einer guten gesunden Schule. Impulse für eine gesundheits-fördernde Organisationsentwicklung (S. 19-50).

Schaarschmidt, U. & Fischer A. W. (2013). Lehrergesundheit fördern – Schulen stärken. Ein Unterstützungsprogramm für Kollegium und Leitung. Weinheim: Beltz.

Schaarschmidt, U. & Kieschke, U. (Hrsg.) (2005). Halbtagsjobber? Psychische Gesundheit im Lehrerberuf – Analyse eines veränderungsbedürftigen Zustandes. (2., Auflage). Weinheim: Beltz.

Scheuch, K., Rehm U.·& Seibt R. (2008). Prävention und Gesundheitsförderung in Lehrberufen. Prävention und Gesundheits-förderung, 3, 199-205. DOI: 10.1007/s11553-008-0127-z

Scheuch, K., Haufe, E. & Seibt R. (2015). Lehrergesundheit. Deutsches Ärzteblatt, 112, 347–356. DOI: 10.3238/arztebl.2015.0347

Scheuch, K., Haufe, E. (2005) Belastungen und Gesundheit im Lehrberuf. In Konietzko J., Dupuis, H., Letzel, S. (Hrsg.) Handbuch der Arbeitsmedizin. Arbeitsphysiologie – Arbeitspathologie – Prävention (S. 1–15). Landsberg: ecomed MEDIZIN

Schneider, C., Bonse-Rohmann, M. & Heidenreich, T. (2015). Ressourcen und Belastungen im Berufsalltag von Lehrenden an Altenpflegeschulen. Pädagogik der Gesundheitsberufe, 2, 27-35, DOI: 10293.000/30000-20

Schumacher, L. (2006). Einleitung. In Deutsche Angestellten Krankenkasse (DAK), Bundesverband der Unfallkassen (BUK) & Gemeindeunfallversicherungsverband West-phalen-Lippe (GUVV W-L) (Hrsg.). (2006). Lehrergesundheit - Baustein einer guten gesunden Schule. Impulse für eine gesundheitsfördernde Organisationsent-wicklung. (S. 7-18) ISBN 3-9809765-2-1

Schumacher, L. (2012). Wege zu einer guten gesunden Schule – Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. In DAK-Gesundheit & Unfallkasse NRW (Hrsg.). Handbuch Lehrergesundheit – Impulse für die Entwicklung guter gesunder Schulen (2., umfänglich überarbeitete und erweiterte Auflage). (S. 95-128) Köln: Carl Link.

Stab, N. (2007). Prävention und Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Jugendlichen im Setting Berufsbildende Schule. Magdeburg: Blauer Punkt Verlag Zugriff am 05.01.2016 unter: http://www.gesundheitsfoerderung.info

Winkelmann, C. (2011). Ressourcen-stärkendes Training für angehende und berufstätige Lehrkräfte an berufsbildenden Schulen, Entwicklung, Erprobung und Evaluation. Prävention und Gesundheits-förderung, 1, 48-57. DOI: 10.1007/s11553-010-0270-1

Karin Klas, Stefanie Mayrhofer (Hg.)

**50 komplexe Fallsituationen**

Ein Arbeitsbuch für Studierende und Lehrende
der Bachelorstudiengänge
Gesundheits- und Krankenpflege

*facultas 2018, 136 Seiten, broschiert*
*EUR (A) 22,90 / EUR (D) 22,30 / sFr 29,70 UVP*
*ISBN 978-3-7089-1698-9*

Mit Platz für Notizen

**Lernen mit Fallsituationen**

Dieses Buch enthält 50 praxisnahe Fallsituationen aus unterschiedlichen Themenfeldern und Fachgebieten zur Analyse und Bearbeitung. Sie dienen zur Übung von ganzheitlicher Betrachtung und strukturierter Analyse, trainieren das Erkennen von Zusammenhängen und die Ableitung des pflegerischen Handlungsbedarfs anhand des Pflegeprozesses.

Ein kompakter Begleiter durch das Studium Gesundheits- und Krankenpflege zum Lernen und Lehren sowie für die Prüfungsvorbereitung.

facultas

imc
FH KREMS
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES / AUSTRIA
"Ich möchte das Gesundheitswesen in Zukunft mitgestalten"
Katharina, Studierende
CHECK IN
www.fh-krems.ac.at
KREMSGENIAL GESUNDHEIT STUDIEREN
LEHRGANG
• Intensivpflege
• Krankenhaushygiene
BACHELOR
• Betriebswirtschaft für das Gesundheitswesen
• Ergotherapie
• Gesundheits- und Krankenpflege
• Hebammen
• Musiktherapie
• Physiotherapie
MASTER
• Advanced Nursing Practice NEU
• Angewandte Gesundheitswissenschaften NEU
• Management von Gesundheitsunternehmen
• Musiktherapie