LiG

Lehren & Lernen im Gesundheitswesen

Die Fachzeitschrift für Theorie und Praxis

Ausgabe 13/2025

SPEZIELLE BERUFLICHE DIDAKTIK

04 **B2 Sprachzertifikat: „Schicht im Schacht – gute Nacht!?“ Sprachkompetenz in Pflege und Führung**
Elisabeth Bauermann
Dr. German Quernheim

08 **Berufsfeldanalyse für die generalistische Pflegeausbildung am Beispiel der Kardiologie**
Nadine Köhnlein
Katrin Möckel

16 **Traumapädagogik an berufsbildenden Schulen für Gesundheits- und Pflegeberufe in Deutschland - Eine Übersichtsarbeit**
Julia Stranzl
Merle Schöne

28 **Die Grätsche in der Pflegeausbildung – theoriegeleitete Ermittlungen eines auf Mitverantwortung und Mitsteuerung gerichteten Handelns aller Beteiligten**
Prof. Dr. Elfriede Brinker-Meyendriesch

BEST PRACTICE

32 **Digitalisierung im Pflegesektor am Best Practice Beispiel Pulsnetz MuTiG**
Nele Stock
Dr. phil. Martina Saße

BERUFLICHE BILDUNG

40 **Lerneffekte von Stationenlernen vs. Frontalunterricht in der Pflegeausbildung**
Nancy Wappler
Katrin Möckel
Prof. Dr. Marcus Schwarz

48 **Evaluationen des schuleigenen Curriculums**
Marie-Therese Popetz
Prof. Dr. Andrea Kerres

58 **Nutzung künstlicher Intelligenz von Auszubildenden an einer Schule für Gesundheitsfachberufe in Brandenburg**
Uwe Ziminske
Prof. Dr. Markus Dormann

HOCHSCHULDIDAKTIK

68 **Akademisierung im Rettungsdienst zwischen beruflicher Qualifizierung und wissenschaftlich-operativer Geschlossenheit: Eine ontologische Standortbestimmung**
Prof. Dr. Thomas Prescher

REZENSION

IMPRESSUM

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

Herausgeber-Team
Prof. Dr. Matthias Drossel
Heiko Käding
Prof. Dr. Sebastian Koch
Prof. Dr. Marcus Mittenzwei
Prof. Dr. Patrizia Raschper
Prof. Dr. Karl-Heinz Sahmel
Kathrin Drossel

Verlag
Jacobs Verlag
Dr. Hans Jacobs
Am Prinzengarten 1
D-32756 Detmold

Redaktion
Kathrin Drossel
Prof. Dr. Matthias Drossel
Am Prinzengarten 1
D-32756 Detmold

Grafik, Layout, Fotoredaktion & Produktion
Kathrin Drossel
Dr. Hans Jacobs

Printausgabe
bestellbar über den Verlag
oder über Amazon

Kontakt
LLIG@jacobs-verlag.de

Titelbild (C) erstellt mit Chat GPT

(C) 2025

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

ISBN 9798284516980 (Einzelausgabe)
ISSN 2943-2766 (Online)
ISSN 2943-2774 (Print)

Marcus Syring, Thorsten Bohl, Alexander Gröschner & Anette Scheunpflug (Hrsg.)
utb, 2025
(Band I 432 S.; ISBN 978-3-8385-6218-6; 29,90 €)
(Band II 368 S.; ISBN 978-3-8385-6219-3; 29,90 €)
(Band III 303 S.; ISBN 978-3-8385-6220-9; 29,90 €)

Studienbuch Bildungswissenschaften I - III

Überblicke und Einblicke…
Unter diesem Motto lässt sich das zentrale Anliegen des Studienbuchs Bildungswissenschaften treffend zusammenfassen. Dieses gliedert sich in Band I *Grundbegriffe klären und Forschungszugänge eröffnen*, Band II *Unterricht und Schule gestalten* sowie Band III *Schulsysteme verstehen und Professionalität entwickeln*.

Insgesamt ermöglicht es einen umfassenden und grundlegenden Einblick in zentrale bildungswissenschaftliche Grundbegriffe wie Bildung, Lernen oder Kompetenz. Dabei wird der inhaltliche Zugang stets theoriebasiert und zugleich empirisch nachgezeichnet sowie kritisch diskutiert. Bei jeder inhaltlichen Themenstellung liegt der Fokus der Autorinnen und Autoren auch auf der selbstreflexiven thematischen Auseinandersetzung der Lesenden. Die selbstreflexiven Transfers beziehen sich auf die unterschiedlichen Ebenen des Bildungssystems, aber auch auf persönliche Aspekte von Studierenden oder Lehrenden. Dabei umfasst die subjektive Auseinandersetzung kontinuierlich die eigene professionelle Haltung zu den vielseitigen Handlungsbereichen von Lehrenden, die unter dem Aspekt „Unterricht und Schule gestalten“, hauptsächlich im zweiten Band vertieft werden. Der dritte Band legt unter diesem Ansinnen den Fokus stärker auf professionstheoretische Ansätze und diskutiert diese vor unterschiedlichen Situationen im Sinne eines berufsbiografischen Professionsverständnisses. Besonders hervorzuheben ist die vielseitige Darstellung des Nutzens der Bildungswissenschaften für den Bereich der Schulentwicklung und damit der Qualitätsentwicklung in Bildungseinrichtungen, die auch den berufsbildenden Bereich umfasst. Neben den zahlreichen Impulsen zu Grundbegriffen, Bildungseinrichtungen, dem Bildungssystem und konkreten didaktischen Konzepten, führt der Sammelband auch in eine breit angelegte Übersicht über bildungswissenschaftliche Forschungswege ein. Hierbei werden vielfältige Forschungsmethoden und deren Nutzen auf unterschiedlichen Ebenen der Bildungsarbeit und für die Professionalisierung der Lehrenden deutlich. Der besonders große Nutzen für Studierende dieser Disziplin ist darin zu erkennen, dass erste Annährungen an eigenständige empirische Arbeiten ermöglicht werden.

Das Handbuch verfügt über eine wohl durchdachte, sehr gut umgesetzte didaktische Grundkonzeption. Dies wird darin erkenntlich, dass zu jedem Kapitel eine digitale Einführung der Autoren abrufbar ist. Ebenso verfügen die Kapitel über eine inhaltliche Kurzübersicht und konkrete Zielstellungen. Jedes Kapitel schließt mit weiterführenden Literaturempfehlungen sowie Aufgabenstellungen und Reflexionsfragen, die teils im Sammelband oder einer digitalen Plattform bearbeitet und beantwortet werden können.

Insgesamt stellt der Sammelband einen empfehlenswerten Überblick über vielfältige und aktuelle bildungswissenschaftliche Begriffe, Fragestellungen und Arbeitsweisen bereit. Trotz teilweise unterschiedlicher Vorgehensweisen bei der Anfertigung von Belegen, stellt der Sammelband eine lohnenswerte Lektüre dar, um Überblicke und Einblicke in diese Disziplin zu erhalten.

Prof. Dr. Marcus Mittenzwei

Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

Prof. Dr. Matthias Drossel
Leitender Herausgeber

es freut mich, Ihnen die neueste Ausgabe von Lehren und Lernen im Gesundheitswesen vorstellen zu dürfen. Unser Journal, das kostenlos und Open Source im Jacobs Verlag erscheint, bietet einmal mehr eine facettenreiche Auswahl an Beiträgen, die zentrale Themen der Gesundheits- und Pflegeberufe aufgreifen. angenommenen Artikel zeigen die stetige Weiterentwicklung und Professionalisierung dieser Berufsfelder.

Die Gesundheits- und Pflegeberufe stehen vor vielfältigen Herausforderungen – sei es in der Ausbildung, in der Digitalisierung oder in der Weiterentwicklung beruflicher Qualifizierungswege. Unser erstes Highlight ist der Beitrag zur Sprachkompetenz in der Pflege und Führung, der unter dem Titel B2 Sprachzertifikat: „Schicht im Schacht – gute Nacht!?“ humorvoll, aber mit ernstem Hintergrund auf die Bedeutung sprachlicher Fähigkeiten für den Berufsalltag eingeht. Sprache als zentrales Element der professionellen Kommunikation verdient besondere Aufmerksamkeit. Wir entschieden uns bewusst von der rein wissenschaftlich-strukturierten Artikelfassung abzuweichen und diesen anzunehmen. Danke an die Autoren!

Die Berufsfeldanalyse für die generalistische Pflegeausbildung am Beispiel der Kardiologie beleuchtet einen spezifischen Bereich der Pflegeausbildung und zeigt auf, welche Anforderungen hier bestehen. Eng damit verbunden ist das Thema der Traumapädagogik, das in einem narrativen Review praxisnahe Einblicke bietet. Ein weiterer Diskussionsbeitrag beleuchtet das Spannungsfeld der Pflegeausbildung zwischen Pflegeschule und Pflegepraxis, das mit dem Begriff „Grätsche“ versinnbildlicht wird. Die strukturelle Verschränkung von Bildungs- und Gesundheitssystem führt zu Herausforderungen in der Mitverantwortung und Mitsteuerung aller Beteiligten. Der Beitrag analysiert diese Problematik aus systemtheoretischer Perspektive und zeigt auf, wie Interaktionssysteme auf verschiedenen Ebenen zu einer konstruktiven berufspolitischen Weiterentwicklung beitragen können. Abschließend wird die Notwendigkeit politischer Lösungsansätze betont, um nachhaltige Verbesserungen für die Pflegeausbildung zu ermöglichen. Die fortschreitende Digitalisierung im Pflegesektor wird anhand des Best Practice Beispiels Pulsnetz MuTiG beleuchtet und stellt innovative Ansätze für den Umgang mit digitalen Transformationsprozessen vor. Ergänzend dazu widmet sich der Beitrag Lerneffekte von Stationenlernen vs. Frontalunterricht in der Pflegeausbildung der Frage, welche didaktischen Methoden nachhaltiger zum Lernerfolg beitragen. Ebenso wichtig sind die kontinuierliche Reflexion und Verbesserung der Ausbildungsgänge, was im Beitrag Evaluationen des schuleigenen Curriculums aufgegriffen wird. Die Entwicklung und Anpassung von Curricula ist ein essenzieller Baustein der Qualitätssicherung. Der Artikel Nutzung künstlicher Intelligenz von Auszubildenden an einer Schule für Gesundheitsfachberufe in Brandenburg zeigt innovative Anwendungsmöglichkeiten auf und stellt zur Diskussion, welche Potenziale sich für die Ausbildung eröffnen. Schließlich setzt sich der Beitrag Akademisierung im Rettungsdienst zwischen beruflicher Qualifizierung und wissenschaftlich-operativer Geschlossenheit mit der aktuellen Debatte zur Akademisierung auseinander und reflektiert deren ontologische Grundlagen.

Diese Ausgabe unterstreicht einmal mehr die Bedeutung der Professionalisierungstendenzen im Gesundheitswesen. Eine starke Selbstverwaltung und weitere fachliche Fundierung, aber auch gesetzlich klare Verantwortungsübergabe sind dabei entscheidend. Innovative Lehrkonzepte und digitale Transformation, v.a. auch des Unterrichtsgegenstandes sind dabei grundlegend.

Ich wünsche Ihnen eine inspirierende Lektüre! Die Leserzahlen steigen und zuletzt möchte ich Sie auch hier ermutigen, unser Open Source Journal noch bekannter zu machen! Teilen Sie die Lesefreude in Ihren Kreisen! Danke!

Herzlichst,

Ihr Prof. Dr. Matthias Drossel
Leitender Herausgeber

Eingereicht: 11.10.2024
Genehmigt: 13.12.2024

doi: 10.61034/LLiG-23

B2 Sprachzertifikat: „Schicht im Schacht – gute Nacht!?“ Sprachkompetenz in Pflege und Führung

Elisabeth Bauermann
Pflegepädagogin/
Dozentin für Deutsch
als Zweitsprache

Dr. German Quernheim
Pflegewissenschaftler/
Pflegepädagoge/Praxis-
anleiter

Zusammenfassung

International ausgebildete Pflegefachpersonen sind trotz einem bestätigten Sprachniveau von B2 den kommunikativen Herausforderungen im Pflegealltag nicht immer gewachsen. Dies ist nicht nur eine Belastung für neue Mitarbeitende, sondern häufig eine frustrierende Situation für alle Personen im Team, insbesondere für Praxisanleitende (PAL) und Teamleitungen. Alltägliche Herausforderungen werden im Gespräch von zwei Lernbegleitenden verdeutlicht. Am Beispiel neuer Methoden wird aufgezeigt, wie engagierte Anleitende Kompetenzen für eine sprachsensible Lernbegleitung erwerben können.

Summary

Despite holding a confirmed B2 language level, internationally trained nurses often struggle with the communicative challenges encountered in daily nursing care. This situation not only creates difficulties for new employees but also frequently leads to frustration for everyone on the team, especially for practical instructors (PAL) and team leaders. We illustrate these daily challenges through a conversation between two learning guides. Additionally, we present new methods as examples to demonstrate how dedicated instructors can acquire skills for language-sensitive learning support.

Fallbeispiel

PAL Markus Wild und Verena Sommer:

„Schon wieder haben wir eine neue Kollegin, die, obwohl sie das B2 Zertifikat hat, keine Schicht leiten kann!“ berichtet Markus Wild seiner Kollegin Verena Sommer. Vor zwei Jahren lernten sie sich in der Weiterbildung zur Praxisanleitung kennen. Heute nehmen sie am Seminartag „Einarbeitung von Internationalen Arbeitskräften (IEN)“ teil. „Ja,“ meint Verena, „von uns wird zu viel verlangt. Wir haben immer mehr Fachpersonen mit geringen Deutschkenntnissen zum Einarbeiten. Aber mittlerweile läuft es wieder recht gut. Was stresst dich besonders?“

Markus legt los: „Natürlich haben wir zu wenig Personal und diese Personen müssen sehr schnell Verantwortung übernehmen. Aber weißt du, wenn die Kollegin bereits B2 hat, dann muss sie doch proaktiv auf die Fragen und Probleme unserer Patienten eingehen können. Wie die wohl zu diesem Zertifikat gekommen ist? Ich kann verstehen, dass sie die Arztvisite stresst, das war bei mir anfangs auch so. Aber allein die Übergabe! – Es dauert ewig! – Sie schweift ab und erzählt nicht das Wesentliche. Da ist echt „Schicht im Schacht!“ Ich bin nie ausreichend informiert, wenn ich nach ihr Schichtleitung bin. Von den deutschlernenden

Auszubildenden will ich gar nicht reden. Hier erlebe ich Lernende, die beim ersten Einsatz kaum ein Wort verstehen. Bei den Fachpersonen erwarte ich schon mehr!“

Verena hört aufmerksam zu und meint: „Verstehe, das ist nervig. Aber ich habe einen neuen Blick auf die Sache bekommen. Meine Mitbewohnerin studiert Deutsch als Fremdsprache und hat mir ein Buch zum Lesen gegeben. Ein Beitrag beschäftigt sich mit Allgemein- Berufs-, Fach- und Bildungssprache. Bei der Berufssprache ging es darum, dass man angemessen und adressatengerecht kommunizieren kann. Das bedeutet, den Kontext, die Situation und Erwartung der Gesprächspartner im Blick zu haben und entsprechend individuell zu reagieren (vgl. Efing, 2024: 51ff). Es braucht einfach Zeit, sich in einer anderen Sprache ausdrücken zu können. Häufig gebrauchte „Redemittel“ sind sehr hilfreich. Hinzu kommt, dass ältere Patienten oft nur im Dialekt sprechen und wir im Team bei der Übergabe auch nicht immer Standardsprache verwenden. An anderer Stelle (Bechmann 2024: 395 ff) habe ich gelesen, dass grammatikalische Kenntnisse auf B2 Niveau nicht gleichbedeutend mit berufssprachlichen Kompetenzen sind. Beraten, anleiten, aufklären, motivieren und eben auch emotionale Unterstützung geben, das ist in der Pflege zu können. Das B2 Zertifikat bescheinigt allerdings nicht diese essenziellen sprachlichen Kompetenzen. Wir begleiten in der Praxis Personen und haben in unserer Weiterbildung nicht gelernt, wie wir solche Kolleginnen und Kollegen, beim Sprachenlernen unterstützen. Im Alltag ist wichtig, dass der Dienstplan steht. Wie gut, dass ich meine PAL-Pflichtfortbildungstage nutzen kann. In diesem Jahr werde ich etwas über Sprache und Kultur erfahren. Ich will hier noch mehr wissen.“

Impulse für Schulungen in sprachsensibler Lernbegleitung

Anstatt der Aussage: „Ich bin doch keine Deutschlehrerin!“ lesen wir von Verena Sommer: „Ich will hier noch mehr wissen!“ Mit diesem Wunsch zeigt sie, dass sie die Probleme nicht nur in den Rahmenbedingungen sucht, sondern ihre eigenen Handlungsmöglichkeiten wahrnimmt. Welche Informationen und Fortbildungen könnten ihr nützen?

Eine praxisrelevante Herangehensweise zeigt sich in szenariobasiertem Lernen. Hier wird Sprache und pflegerisches Handeln gleichzeitig entwickelt. „Mit dem didaktischen Aufbau nach dem Prinzip der vollständigen Handlung können dabei auch die Auseinandersetzung mit der eigenen Berufsidentität und Berufsrolle in der Pflege sowie das eigenständige und selbstorganisierte Lernen […] gefördert werden“ (Roche et al. 2023: 13). In sieben Schritten kann fachintegriert Sprachbildung stattfinden. Auf eine Orientierungs- und Informationsphase folgt das Planen und Analysieren der Aufgabensstellung. Anschließend wird die Aufgabe durchgeführt und präsentiert. Abgeschlossen wird die Lerneinheit durch eine Bewertungs- und Reflexionsphase. Diese Vorgehensweise empfiehlt sich für Auszubildende und IENs in der Pflege. Zwischenzeitlich werden in einigen norddeutschen Bundesländern die neuen Kolleg:innen mittels Szenarien geprüft[1].

Es werden weitere Angebote für sprachsensible Lernbegleitung entwickelt. Insbesondere gibt es bereits einen außergewöhnlichen E-Learning-Tag 10 bei Anleiten-2Go, indem praxisrelevante Fragen aufgegriffen und methodenvielfältig beantwortet werden. Damit bearbeitet Verena Sommer orts- und zeitunabhängig von zu Hause das Thema „sprachsensible Lernbegleitung“. Ein Fortbildungstag umfasst acht Unterrichtseinheiten á 45 Minuten. Diese lassen sich in kleinen Portionen aufteilen und im Rahmen von bis zu zehn Tagen absolvieren. Sie erweitert dadurch die Hintergründe zum Spracherwerb, macht sich Stolperfallen beim Lernen und Schwierigkeiten beim Verstehen von Operatoren deutlich und beschäftigt sich mit Texten, z.B. Fallsituationen und Redemitteln. In all diesen Fortbildungsmaßnahmen sollte unbedingt eine praktikable Fehlerkultur besprochen und aufgezeigt werden. Beispielsweise erfährt sie, wie ein Sprachenporträt und die Mehrsprachigkeit neuer Kolleg:innen konstruktiv genutzt werden können. Die PAL erfahren Ideen und Tipps für die Gestaltung von sprachsensiblen Handouts und erkennen idealerweise, wie der Pflegeprozess als Sprachlernchance eingesetzt werden kann.

Eine erfahrene Praxisanleiterin stellt beispielsweise im E-Learning den zielführenden Umgang mit Fehlinterpretation und Missverständnissen vor und zeigt Videos von echten Anleitesituationen mit IENs. Pflegerelevante Redemittel, um mit unterschiedlichen Ausdrucksweisen im pflegerischen Kontext zu agieren und ausgefallene Umsetzungsideen für eine sprachsensible Lernbegleitung sowie reichhaltige Literatur und Arbeitsvorlagen stehen zur Ver-

[1]Nähere Informationen auf der Website des Norddeutsches Zentrum zur Weiterbildung der Pflege. https://www.pflege-ndz.de/startseite.html

fügung. Der oben beispielhaft aufgeführte E-Learning-Tag schließt mit zehn verschiedenen Pencasts (Fringer & Gleiser 2023). Dies sind skizzenhaft gezeichnete kurze Erklärfilme, in denen grundlegende Aspekte zur sprachsensiblen Lernbegleitung verständlich zusammengefasst werden.

So können Deutschlernende in der Pflege auch sprachlich gefördert werden, um z.B. den Herausforderungen als Schichtleitung gewachsen zu sein.

Erforderliches Sprachniveau für professionell Pflegende

Für das Sprachniveau B2 (www.Europaeischer-Referenzrahmen.de) ist festgelegt, dass die Fähigkeit zur „Förderung der Gesprächskultur“ vorhanden sein muss, auf Sprachniveau C1 dagegen, sollen Personen mit Sprache vermitteln können. So ist für C1 beschrieben, dass wichtige Informationen klar und flüssig darzustellen und kulturelle Bezüge herzustellen sind. Die Kommunikation muss diplomatisch und gleichzeitig überzeugend geführt werden. Sprachniveau C1 ist für professionell Pflegende nicht erst im Rahmen einer Weiterbildung oder eines Studiums, sondern auch für den Pflegealltag erforderlich. Wie soll die „Seelenarbeit“ mit entsprechendem Berufsstolz im Pflegeberuf denn gelingen, wenn nur rudimentär Deutsch gesprochen wird (Quernheim & Zegelin 2024)? Gerade diese Interaktion mit Pflegeempfängern und ihren Angehörigen macht doch unseren Beruf aus. Das bleibt nicht bei B2 stehen!

Deswegen beklagt sich im obigen Fallbeispiel der Praxisanleiter, dass seine Kollegin mit dem vorhandenen B2 Zertifikat nicht ausreichend interagieren kann. Ihr fehlen berufssprachliche Kompetenzen und sie benötigt Sprachniveau C1 (Thomas & Lux 2020).

Wie und wann soll jetzt noch ein weiteres Zertifikat möglich gemacht werden? Alltagserfahrungen zeigen, dass viele IENs nach dem intensiven Vorbereiten auf die Sprachprüfung B2 erschöpft sind und nicht gleich Folgekurse absolvieren. Zudem wird offensichtlich, dass nach der Einstellung von neuen Mitarbeitenden aus anderen Sprachregionen, zu wenig Fortbildung für die hiesigen Teammitglieder investiert und gleichzeitig übersehen wird, dass dieser fordernde Einsatz der Lernbegleitenden entsprechend anzuerkennen ist. Die Lernform „Versuch und Irrtum“ bestätigt am Ende leider oftmals Kündigung und Abwanderung der neuen Kolleg:innen sowie der Praxisanleitenden (Quernheim 2021).

Fazit und Ausblick

Ein Blick in die Zukunft mahnt allerdings: Führungspersonen in Einrichtungen mit deutschlernenden Mitarbeitenden sollten mit ihnen von Anfang an gemeinsam Karriereschritte planen und praxistaugliche Sprachförderungen anbieten. Auch nach der Bestätigung von B2 ist die Fortsetzung der Sprachbildung zu empfehlen, um neuen Kolleg:innen Fort- und Weiterbildungswünsche zu ermöglichen und die sprachlichen Herausforderungen im Pflegealltag zu meistern (Bauermann 2023: 97). Ebenso benötigen Lernbegleitende für sich selbst konkrete Fortbildungsangebote, damit sie nicht an den alltäglich auftretenden Kommunikationsdilemmata leiden und aufgrund der ständigen Belastung ihr Berufsfeld verlassen.

Schicht im Schacht! Es heißt jedoch noch nicht „Gute Nacht!“ Denn zwischenzeitlich gibt es zahlreiche Möglichkeiten von innovativen Schulungen für Lernbegleitende in der Pflege, damit diese im Spracherwerb unterstützen können, ohne selbst ein Studium für Deutsch als Zweit- oder Fremdsprache absolviert zu haben. Ferner sollten in Weiterbildungen und Pflegestudiengängen sprachsensible Inhalte angeboten werden. Fest steht: hier ist Erkenntnisgewinn und Kompetenzerweiterung für Lernbegleitende unbedingt nötig. Verena Sommer´s Haltung „Ich will hier noch mehr wissen!“ ist der erste Schritt.

Literaturverzeichnis

Anleiten2Go Sprachsensible Lernbegleitung. Im Internet: https://myablefy.com/s/Anleiten2Go/Sprachsensible-lernbegleitung-tag-10; 2024

Backhaus A. & Chlebnikow J. Anforderungen an Lehr-Lernmaterialien für den sprachsensiblen Fachunterricht. Beispiele und Gestaltungskriterien. S. 487 – 499

Bauermann E. Sprachsensible Kompetenzentwicklung an verschiedenen Lernorten. In: Bossle M & Kunhardt H Integration ausländischer Mitarbeiter in die Pflege. Theorien, Konzepte sowie pädagogische Erfahrungen und Rahmenempfehlungen für die Praxis. Bern: Hogrefe; 2023

Bechmann S. Sprachliche Förderung im Bereich Pflege und Gesundheit. S. 395 – 403. In: Efing C & Kalkavan-Aydin Z Berufs- und Fachsprache Deutsch in Wissenschaft und Praxis. Ein Handbuch aus DaF- und DaZ-Perspektive. Berlin/Bosten: Walter de Gruyter; 2024

Council of Europe Gemeinsamer europäischer Referenzrah-

men für Sprachen: lernen, lehren, beurteilen. Begleitband. Zusammenarbeit Goethe-Institut München. Stuttgart: Klett Sprachen; 2020

Efing Ch. Fach- und berufsweltbezogene kommunikative Kompetenz. In: Efing C & Kalkavan-Aydin Z Berufs- und Fachsprache Deutsch in Wissenschaft und Praxis. Ein Handbuch aus DaF- und DaZ-Perspektive. Berlin/Bosten: Walter de Gruyter; 2024; S.51 – 63

Fringer A & Gleiser C „Pflege ist …. Übersetzen!“ Einsatz von Grafiken und Filmen zur Förderung von Open Education. In Padua Heft 1, S. 41-49; 2023

Quernheim G & Zegelin A Berufsstolz in der Pflege. 3. Auflage. Bern: Hogrefe; 2025

Quernheim G Spielend anleiten und beraten. 6. Auflage. München: Elsevier; 2021

Roche J., Kamm A. et al. (2024): Szenarien für den sprachsensiblen Pflegeunterricht. Stuttgart: Georg Thieme Verlag; 2024

Roche et al. Pflege+. Fachsprache lehren und lernen. Szenarien für den Fachunterricht in der Pflege

Thomas V & Lux V 48 Sprachkompetenz in der Pflege: Es reicht nicht aus, einfache Worte zu verstehen. Die Schwester/Der Pfleger Heft 1, S. 48; 2020

Eingereicht: 28.10.2024
Genehmigt: 27.02.2025

doi: 10.61034/LLiG-24

Berufsfeldanalyse für die generalistische Pflegeausbildung am Beispiel der Kardiologie

Nadine Köhnlein
M.A. Medizin- und Gesundheitspädagogik
Pflegepädagogin
Stellv. Schulleitung für die generalistische Pflegeausbildung in Ansbach

Katrin Möckel
M.A. Medizinpädagogik
Schulleitung Pflegeschule des SRH Waldklinikums Gera

Zusammenfassung

Insbesondere durch die Zusammenführung der bisherigen Ausbildungen in der Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sowie Altenpflege und der kontinuierlichen Weiterentwicklung der Anforderungen in der Pflege ist eine Erfassung der aktuellen Aufgaben und Herausforderungen in der Pflege notwendig. Bisherige Berufsfeldanalysen, wie etwa das KraniCH-Projekt, fokussierten sich in erster Linie auf die Möglichkeiten und die Umsetzung der Zusammenführung dieser Ausbildungen. Die vorliegende Arbeit verfolgt jedoch einen etwas anderen Ansatz: Sie orientiert sich an der zukünftigen Arbeitsweise von Pflegekräften, die verstärkt in spezialisierten Fachbereichen tätig sein werden. Am Beispiel der Kardiologie (Akutpflege) wurden die zentralen Pflegeaufgaben, Pflegeanlässe, herausfordernden Situationen und Kommunikationsbedarfe ermittelt.

Im November 2023 wurde in einem Krankenhaus der Versorgungsstufe 2 auf einer kardiologischen Station über neun Schichtdienste hinweg eine Beobachtungsstudie mit Hilfe eines Beobachtungsleitfadens durchgeführt. Im Anschluss erfolgte eine Analyse der Daten nach der Inhaltsanalyse von Mayring (2015) sowie eine Kategorisierung nach der Typenbildung von Kluge (2000), um die Kernaufgaben, Pflegeanlässe, herausfordernden Situationen und Kommunikationsmuster zu identifizieren.

Die Analyse der Daten ergab insgesamt 35 Kernaufgaben, 26 verschiedene Pflegeanlässe, 11 Kategorien von herausfordernden Situationen und 3 Kategorien von Konfliktsituationen. In Bezug auf die Kommunikation kam die verbale Kommunikation mit den Patient/-innen am häufigsten vor.

29 der 35 Kernaufgaben stimmen mit dem KraniCH-Projekt überein; zusätzlich wurden für die Kardiologie 6 weitere Kernaufgaben identifiziert. Die herausfordernden Situationen können als Fallsituationen in die Curricula aufgenommen werden. Weitere Studien müssen im Rahmen der Kinderkardiologie vorgenommen werden, um auch diese Altersgruppe in der generalistischen Ausbildung zu berücksichtigen.

Abstract

In particular, the merging of the previous training programmes in healthcare and nursing, healthcare and paediatric nursing and geriatric nursing and the continuous further development of requirements in nursing make it necessary to record the current tasks and challenges in nursing. Previous

occupational field analyses, such as the KraniCH project, focused primarily on the possibilities and implementation of merging these training programmes. However, this study takes a slightly different approach: it focuses on the future working methods of nurses who will increasingly work in specialised fields. Using the example of cardiology (acute care), the central nursing tasks, nursing occasions, challenging situations and communication requirements were determined.

In November 2023, an observational study was conducted in a level 2 hospital on a cardiology ward over nine shifts using an observation guide. The data was then analysed according to Mayring's (2015) content analysis and categorised according to Kluge's (2000) typology in order to identify the core tasks, care occasions, challenging situations and communication patterns.

The analysis of the data revealed a total of 35 core tasks, 26 different care occasions, 11 categories of challenging situations and 3 categories of conflict situations. In terms of communication, verbal communication with patients occurred most frequently.

29 of the 35 core tasks correspond to the KraniCH project; in addition, 6 further core tasks were identified for cardiology. The challenging situations can be included in the curricula as case situations. Further studies need to be carried out in paediatric cardiology in order to include this age group in generalist training.

Einleitung

Die gesellschaftlichen und demografischen Entwicklungen im Gesundheitswesen haben zu einer grundlegenden Veränderung der Anforderungen an den Pflegeberuf geführt (Fachkommission nach § 53 PflBG, 2020). Im Jahr 2017 wurde durch den Bundesrat eine Neugestaltung der Pflegeberufe beschlossen (BMFSFJ, 2020). In diesem Rahmen wurden die Berufe der Gesundheits- und Krankenpflege, der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sowie der Altenpflege zu einem einheitlichen, neuen Beruf der Pflegefachfrau bzw. des Pflegefachmanns zusammengeführt. Das Ziel dieser Reform bestand darin, den Absolventen ein breites Einsatzspektrum zu ermöglichen (Fachkommission nach § 53 PflBG, 2020). Die bisherigen Tätigkeitsanforderungen können jedoch nicht ohne Weiteres aus den alten Ausbildungsgängen übernommen werden, da sich die Pflegeberufe in den vergangenen Jahren erheblich weiterentwickelt haben. In den Dokumenten der Fachkommission wird jedoch nicht ersichtlich, auf welche Art und Weise die genauen Ausbildungsinhalte sowie die Zusammenführung der Inhalte aus den alten Pflegeberufen gestaltet wurden (Schneider et al., 2019a). Es kann festgehalten werden, dass keine Berufsfeldanalyse durchgeführt wurde, welche als grundlegendes Element bei der Neugestaltung der Ausbildung von großem Nutzen hätte sein können. Diese Problematik wurde zwar im Rahmen des Kranich-Projekts beleuchtet und eine exemplarische Zusammenführung der Bereiche vorgenommen, allerdings wurde dabei die aktuelle Aufgabenstellung der Pflegekräfte in Abhängigkeit von den jeweiligen Arbeitsbereichen bzw. Fachgebieten nicht näher betrachtet (Schneider et al, 2018a). Dieser Problemstellung widmete sich die vorliegende Arbeit. Am Beispiel der akutstationären Kardiologie wurde mithilfe einer Beobachtungsstudie, welche an einem Krankenhaus der Versorgungsstufe 2 durchgeführt wurde, untersucht, welche Kernaufgaben, Pflegeanlässe und Herausforderungen für Pflegekräfte in diesem Fachbereich (ausgenommen die Kinderkardiologie) bestehen.

Theoretischer Hintergrund

Seit 2020 wurden die bisherigen Ausbildungsberufe Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und Altenpflege in einem gemeinsamen Berufsprofil vereint. Die generalistische Pflegeausbildung umfasst eine Gesamtdauer von drei Jahren und schließt mit einer staatlichen Prüfung ab, welche zum Führen der Berufsbezeichnung „Pflegefachfrau“ bzw. „Pflegefachmann“ berechtigt (BMFSFJ, 2020). Die bundeseinheitlichen Rahmenlehrpläne, welche gemäß den Richtlinien des PflBG und der PflAPrV erstellt wurden, wurden von einer Fachkommission, bestehend aus elf Experten für die Bereiche Pflege, Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft entwickelt (Fachkommission nach § 53 PflBG, 2020, S. 7–8). Allerdings wird aus den vorliegenden Plänen nicht ersichtlich, „wie die Auswahl und die Legitimation der zu vermittelnden Inhalte erfolgt[e]“ (Schneider et al, 2019a, S. 8). Dies legt die Annahme nahe, dass es sich weitgehend um eine reine Zusammenführung der bisherigen Ausbildungsinhalte handelt, was durch die weiterhin bestehende Möglichkeit (bis Ende 2025) unterstützt wird, im Rahmen der neuen Ausbildung einen Abschluss in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege oder der Altenpflege zu erwerben (BMG, 2023).

Berufsfeldanalysen dienen der wissenschaftlichen Untersuchung aktueller und zukünftiger Berufsauf-

gaben, um daraus Lehrinhalte und praxisnahe Handlungssituationen für Curricula abzuleiten (Rauner, 2000; Schneider et al., 2019a). Der Kern der Berufsfeldanalyse besteht aus Beobachtungen oder Befragungen der jeweiligen Berufsgruppe in einem gewählten Setting (Schneider et al., 2018a). Der Prozess beginnt mit der Identifizierung eines Problems und der Ableitung einer Forschungsfrage. Im Anschluss erfolgt die sogenannte Sektorenanalyse, bei der Daten zur Organisationsstruktur, wirtschaftlichen Bedeutung, Beschäftigung, Fachkräftestruktur sowie zur Ausbildungsentwicklung analysiert werden, um den Bedarf einer Berufsfeldanalyse in diesem Setting festzustellen. In der vorliegenden Arbeit wurde sich für das Setting der kardiologischen Stationen im Krankenhaus entschieden, weil kardiologische Erkrankungen an erster Stelle der häufigsten Diagnosen im Krankenhaus stehen und zukünftig der Bedarf an Pflegepersonal insgesamt steigen wird aufgrund der demografischen Entwicklung mit Zunahme der Pflegebedürftigkeit (Statistisches Bundesamt, 2023; Bundesagentur für Arbeit, 2024). Der qualitative Teil der Berufsfeldanalyse stellt schließlich den eigentlichen Kern der Analyse dar und wird mittels Expertengesprächen, Auftragsanalysen oder Arbeitsprozessanalysen durchgeführt. Im Anschluss werden die identifizierten Aufgaben durch Experteninterviews und Facharbeiter-Workshops gebündelt, strukturiert und bewertet. Des Weiteren erfolgt eine Zuordnung der Anforderungsniveaus in den Aufgaben entsprechend den Ausbildungsjahren (Rauner, 2000). Zum Schluss erfolgt die Integration in das Curriculum (Becker & Spöttl, 2008).

Forschungsstand

Eine Berufsfeldanalyse im Bereich der Pflege existiert lediglich in Form des KraniCH-Projektes von 2016-2020, bei dem Pflegeaufgaben der einzelnen Berufsgruppen Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und Altenpflege identifiziert wurden (Schneider et al, 2018a). Im Rahmen des Projektes wurden Beobachtungsstudien sowie Experten-Workshops durchgeführt. Die Beobachtungen erfolgten durch Lehrende im Tandem. Insgesamt entstanden 80 Beobachtungsprotokolle, 71 Tondokumente und Experten-Workshops. Letztendlich wurden 40 Kernaufgaben, 299 Pflegeanlässe und 23 herausfordernde Situationen identifiziert (Schneider et al., 2018a, 2018b, 2019a, 2019b, 2020). In der rückblickenden Betrachtung wurden zudem zahlreiche Gemeinsamkeiten der Berufe festgestellt, die für eine generalistische Pflegeausbildung sprechen und diese in eine beispielhafte, praxisnahe und realistische curriculare Struktur überführt haben (Schneider et al., 2020). Seit 2020 hat sich der Pflegeberuf weiterentwickelt und aktuelle berufswissenschaftliche Studien fehlen, die konkrete Aufgaben dieser neuen Berufsgruppe in den Fachgebieten identifizieren.

Ziel und Forschungsfrage

Ziel der vorliegenden Arbeit war es, das Berufsfeld der Pflegenden auf einer stationären kardiologischen Station eines Krankenhauses zu analysieren und dabei sowohl die Pflegeanlässe als auch die Aufgaben einschließlich der Herausforderungen zu identifizieren.

Es wurde folgende konkrete Forschungsfrage formuliert: Welche pflegerischen Kernaufgaben, Pflegeanlässe, herausfordernde Situationen und Kommunikationssituationen lassen sich auf einer stationären kardiologischen Abteilung eines Krankenhauses mithilfe einer Berufsfeldanalyse identifizieren?

Methodik

Die Berufsfeldanalyse wurde mit einer nicht teilnehmenden Feldbeobachtung durchgeführt. Sie erfolgte strukturiert anhand eines Beobachtungsbogens.

Untersucht wurden dreijährig ausgebildete Pflegekräfte auf einer kardiologischen Station im Krankenhaus. Das kardiologische Setting wurde gewählt, da es an der Spitze der häufigsten Diagnosen für Krankenhausbehandlungen steht (Statistisches Bundesamt, 2023). Die Studie fand an einem Klinikum der Schwerpunktversorgung in Bayern statt. Das Krankenhaus umfasst 360 Planbetten in 22 Fachbereichen und beschäftigt über 1.300 Mitarbeitende.
Neun Pflegekräfte nahmen an der Studie teil, wobei sechs Teilnehmende weiblich und drei Teilnehmende männlich waren. Die Berufserfahrung lag zwischen zwei und 32 Jahren, wobei die Berufserfahrung speziell in der Kardiologie im Durschnitt bei 4,6 Jahren lag. Drei beobachtete Personen hatten einen Abschluss in der Krankenpflege, sechs Personen waren Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen.

Im Vorfeld wurde ein Beobachtungsbogen erstellt, der die Schwerpunkte tabellarisch erfasst. Im Rahmen eines Pretests stellten die Beobachter/-innen jedoch fest, dass das Eintragen in die Tabelle einen erhöhten Zeitaufwand darstellt und möglicherweise dadurch andere Tätigkeiten nicht mehr beobachtet werden können. Deshalb wurde der Beobachtungsbogen

nur als Anhaltspunkt genutzt und die Beobachtungen zunächst als Fließtext dokumentiert. Nach der Beobachtung wurden die Inhalte dann im Bogen den Bereichen zugeordnet.

Vor Beginn der Studie wurde das Einverständnis der Stations- und Pflegedienstleitung eingeholt. Die Teilnehmenden wurden anschließend über Inhalte und Datennutzung aufgeklärt und hatten die Möglichkeit, Fragen zu stellen. Die Beobachtungen fanden im November 2023 innerhalb von drei Wochen statt. Sie umfassten jeweils ca. sechs Stunden in jeweils drei Früh-, Spät- und Nachtdiensten, um eine umfassende Darstellung der Handlungen und Abläufe innerhalb von 24 Stunden erfassen zu können. Die Beobachtungen fanden nur innerhalb der Woche statt, da die Personalbesetzung an Wochenend- und Feiertagen anders ist. Die Teilnehmenden wussten von der Beobachtung und die Ergebnisse wurden direkt notiert. Die Beobachtungen wurden zu zweit im Tandem durchgeführt, um eine Objektivität zu gewährleisten. Es war dabei ein „Experte“ mit mehrjähriger Erfahrung im kardiologischen Bereich sowie ein „Laie“ ohne Erfahrung im kardiologischen Bereich beteiligt. Bei der Identifikation der Herausforderungen wurden die Pflegenden getrennt voneinander ca. 30 Minuten nach dem Erleben einer solchen Situation hinsichtlich individueller Reaktionen und Empfindungen befragt, um Fehlinterpretationen zu vermeiden.

Die beobachteten Daten wurden mit Hilfe der induktiven Kategorienbildung bzw. Clusteranalyse nach Kluge (2000) ausgewertet. Dabei werden zunächst Ähnlichkeiten und Unterschiede im Datenmaterial identifiziert und Kategorien und Subkategorien zugeordnet. Die korrekte Zuordnung wird im nächsten Schritt anhand der empirischen Regelmäßigkeit untersucht. Die gebildeten Kategorien werden anschließend inhaltlich analysiert, wobei es zu einer Erweiterung oder zur Reduktion von Kategorien kommen kann. Zuletzt werden die entstandenen Typen anhand charakteristischer Kriterien erfasst und inhaltlich in Ober- und Unterkategorien eingeteilt (Kluge, 2000). Bei dieser Kategorienbildung wurde das Programm MAXQDA verwendet.

Ergebnisse

Von den speziellen beobachteten Tätigkeiten wurden 130 allgemeine Tätigkeiten abgeleitet und schließlich 32 Kernaufgaben sowie drei übergeordnete Kernaufgaben ermittelt. Diese wurden dem Pflegeprozess sowie dem Arbeitsprozess im Krankenhaus zugeordnet und in Abbildung 1 zusammenfassend dargestellt. Die farbliche Markierung zeigt, welche Personen als Entscheidungsträger für die Durchführung der Aufgabe verantwortlich waren (gelb: Pflegekräfte, grau: Ärzt/-innen, gemischt: beide).

Es wurden 351 Pflegeanlässe identifiziert, die in 26 übergeordnete Pflegeanlässe eingeteilt wurden (Tabelle 1). Der Start der Pflegeanlässe war auf vier Gründe zurückzuführen: Routine, Alarm, Wünsche von Patient/-innen oder Angehörigen oder Kolleg/-innen und sonstiges wie z.B. Arztanordnung oder fehlerhaftes Verhalten.

28 Situationen wurden beobachtet, die eine Herausforderung für Pflegekräfte darstellten, wobei 19 davon als schwierige und neun als Konfliktsituationen eingestuft wurden. Die 19 schwierigen Situationen wurden in 11 Kategorien eingeteilt, die neun Konfliktsituationen in drei Kategorien (Tabelle 1). Die häufigsten Gründe für diese Situationen waren Sorge/Angst unkollegial oder besserwisserisch zu gelten, innere Konflikte, entgegen dem eigenen Pflegeanspruch zu arbeiten, Sorge/Angst vor Fehlern und Patientengefährdung.

345 Kommunikationssituationen wurden insgesamt beobachtet, wobei sich 55 % auf verbale Kommunikationen mit Patient/-innen bezogen und damit den Hauptkommunikationsweg darstellten.

Diskussion

Der Pflegeprozess beschreibt die grundlegende Patientenversorgung in der Pflege von der Informationssammlung über die Problem- und Zieldefinition sowie die Planung, Durchführung und Evaluation der Pflegemaßnahmen. Bei der Zuordnung der in dieser Arbeit ermittelten Kernaufgaben von Pflegenden in der Kardiologie in Abbildung 1 konnten 16 Aufgaben allen Schritten dieses Pflegeprozesses zugeordnet werden. Weitere sechs Aufgaben sind zum Schritt der Durchführung von Maßnahmen sortiert worden. Die Aufgaben Kommunikation, Dokumentation, hygienisches Arbeiten und Umgang mit medizinischen Geräten sind einzeln oder kombiniert bei allen anderen Kernaufgaben innerhalb und außerhalb des Pflegeprozess anzuwenden, sodass diese Aufgaben an der Schnittstelle dargestellt sind. Der Pflegeprozess ist außerdem in den Geschäfts- und Arbeitsprozessen im Krankenhaus von der Aufnahme, der Behandlung und der Entlassung von Patienten eingebettet. Hier sind vier Aufgaben außerhalb des Pflegeprozess zu verorten: Bei der medikamentösen Therapie mitarbeiten, bei der Therapie mitarbeiten, bei der

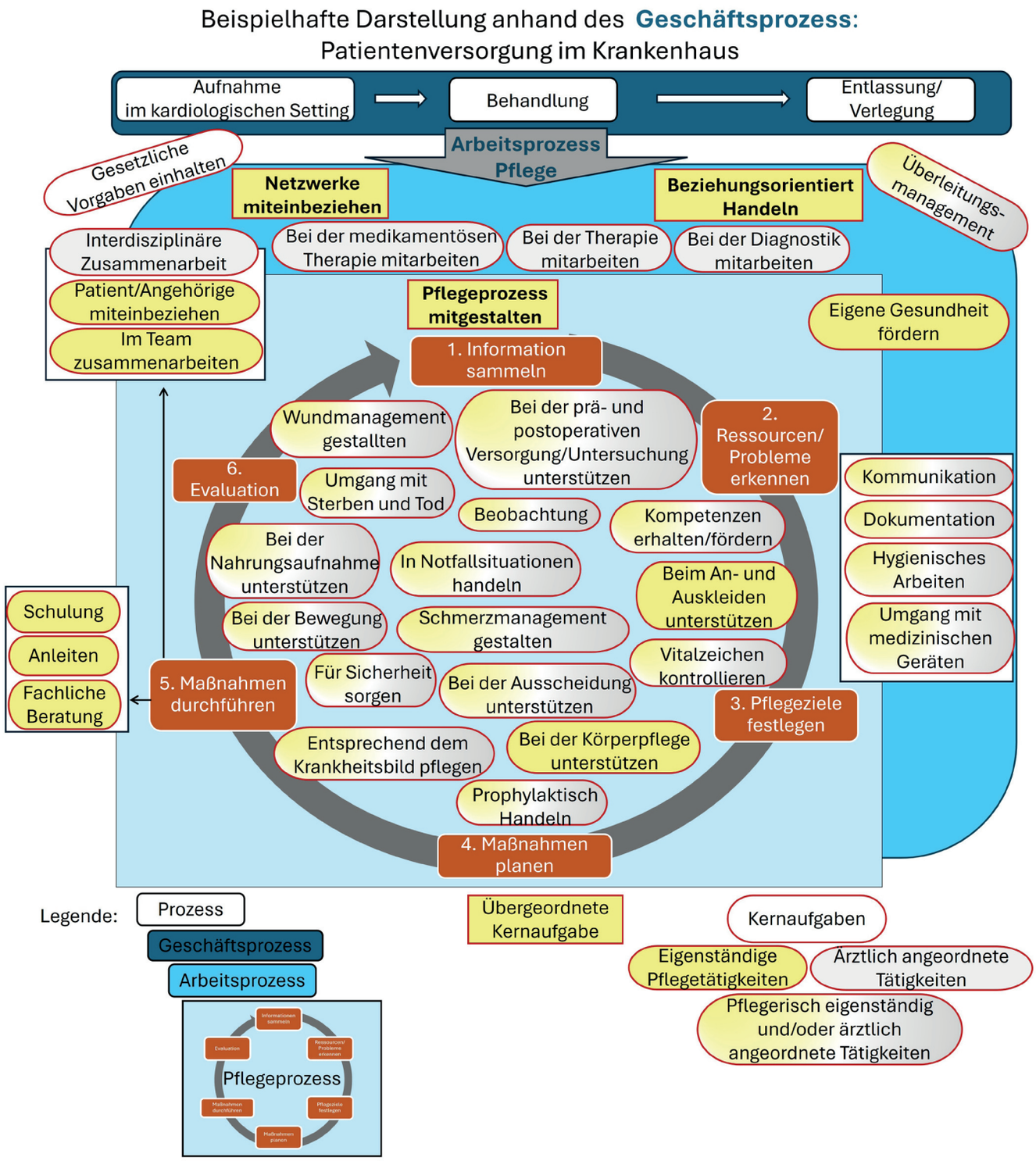

Abbildung 1: Kernaufgaben in der Kardiologie im Rahmen von Geschäfts- und Arbeitsprozess sowie Pflegeprozess (eigene Darstellung)

Pflegeanlässe	herausfordernde Situationen	Konfliktsituationen
1. Patientenübergabe	1. Beschwerde von Angehörigen oder Patienten	1. mit Handlung nicht einverstanden sein
2. veränderte Herz-Kreislaufleistung	2. grenzüberschreitendes Verhalten	2. uneinsichtiges fehlerhaftes Verhalten
3. unausgeglichener Flüssigkeitshaushalt	3. Verweigerung der Maßnahmen	3. entscheiden müssen
4. Informationsbedarf	4. mangelnde Compliance	
5. Beeinträchtigung der Mobilität	5. Verhalten von Pflegenden	
6. Orientierungsstörungen des Patienten	6. mangelnde Zusammenarbeit	
7. Nachsorge/Behandlung nach Herzkatheter/OP/Untersuchung	7. verschiedene Interessen unterschiedlicher Personen	
8. beeinträchtigte Selbstversorgung, Entlassung eines Patienten	8. Flucht eines Patienten	
9. defizitäres Wissen	9. potenzielle Notfallsituationen	
10. Maßnahmen bei Stoffwechselerkrankungen	10. Wissenslücken	
11. Neuzugang eines Patienten	11. mehrere gleichzeitige Anforderungen	
12. beeinträchtigte Atmung		
13. Schmerzmanagement		
14. Beratungsbedarf		
15. Gefahr einer Gesundheitsschädigung		
16. Gesunderhaltung		
17. beeinträchtigte Ausscheidung		
18. Operationsvorbereitungen		
19. Schlafstörungen/Unruhe		
20. beeinträchtigte Körpertemperatur		
21. beeinträchtigte Sinneswahrnehmung		
22. Erbrechen		
23. Umgang mit einem Toten		
24. Wundmanagement		
25. hygienisches Arbeiten		
26. Notfälle		

Tabelle 1: Ergebnisse der Pflegeanlässe, herausfordernde Situationen und Konfliktsituationen (eigene Darstellung)

Diagnostik mitarbeiten und interdisziplinäre Zusammenarbeit. Die eigene Gesundheit zu fördern steht an der Schnittstelle zwischen beiden Prozessen. Übergeordnet gilt es außerdem gesetzliche Vorgaben einzuhalten und das Überleitungsmanagement zu gestalten, wenn Patienten wieder entlassen werden. Alle Kernaufgaben sind den drei übergeordneten Kernaufgaben Netzwerke einbeziehen, beziehungsorientiert handeln und Pflegeprozess mitgestalten zuzuordnen. Die Darstellung der Kernaufgaben in der Kardiologie in Abhängigkeit vom Pflege- sowie Geschäfts- bzw. Arbeitsprozess ermöglicht eine Strukturierung des Aufgabenprofils, sodass daraus Handlungssituationen bzw. Lernfelder für Curricula abgeleitet werden können.

29 Kernaufgaben finden sich auch in den 40 Kernaufgaben des KraniCH-Projektes wieder. Auf Basis der Clusteranalyse wurden einige Kernaufgaben anders zugeordnet, was die Komplexität der Pflegetätigkeiten verdeutlicht. Einige Aufgaben aus dem KraniCH-Projekt wurden in dieser Arbeit nicht identifiziert und sind wahrscheinlich auf ein anderes Setting zurückzuführen. Darüber hinaus wurden sechs Kernaufgaben abgeleitet, die bisher keine Berücksichtigung fanden:

- gesetzliche Vorgaben einhalten
- bei der prä- und postoperativen Versorgung oder Untersuchung unterstützen
- Umgang mit medizinischen Geräten
- entsprechend dem Krankheitsbild pflegen
- prophylaktisch handeln
- Patienten oder Angehörige mit einbeziehen.

Diese Tätigkeiten umfassen nicht nur das spezielle Arbeiten im Setting der Kardiologie und sind möglicherweise im KraniCH-Projekt anderen Kategorien zugeordnet worden. Eine weitere Einteilung der Tätigkeiten in allgemeine und spezielle Tätigkeiten konnte, vor dem Hintergrund der Gegenüberstellung eines Settings (Kardiologie) mit dem KraniCH-Projekt (multiple Settings), nicht durchgeführt/bewertet werden. Die 28 beobachteten Herausforderungen sind nicht neu und treten damit unabhängig vom Arbeitsumfeld auf.

Die Arbeit stellt nur einen ersten Schritt in der Berufsfeldanalyse dar. Die Beobachtungen müssen im Setting der Kinderkardiologie sowie im Rahmen einer Altenpflegeeinrichtung oder ambulanten Versorgung mit kardiologischen Patienten erweitert werden, um im Rahmen der generalistischen Ausrichtung auch diese Altersgruppen zu berücksichtigen. Beobachtungen in Universitätskliniken müssten ebenso ergänzt werden, um auch schwerere oder komplexere Krankheitsverläufe mit einzuschließen, die oftmals nur in den Krankenhäusern der Maximalversorgung behandelt werden. Des Weiteren müssen die Ergebnisse im Rahmen eines Experten-Facharbeiter-Workshops verfeinert, ergänzt und gewichtet werden. Weitere Settings neben der Kardiologie müssten ebenso im Rahmen einer aktuellen Berufsfeldanalyse untersucht werden, so z.B. in der Chirurgie.

Fazit

Die durchgeführte Arbeit ermöglichte einen ersten Einblick in eine aktuelle Berufsfeldanalyse der Pflege am Beispiel der Kardiologie. Um die gewonnenen Erkenntnisse weiter zu vertiefen und zu bestätigen, sind jedoch zusätzliche Forschungsarbeiten erforderlich. Auf Basis der identifizierten Kernaufgaben können anschließend praxisnahe Fallsituationen aus dem Berufsalltag in das Curriculum der Pflegeausbildung integriert werden. Dies ermöglicht eine praxisnahe Ausbildung zukünftiger Pflegekräfte.

Literatur

Becker, M. & Spöttl, G. (2008). Berufswissenschaftliche Forschung und deren empirische Relevanz für die Curriculumentwicklung. In: Berufs- und Wirtschaftspädagogik - online (Nr. 11). https://www.bwpat.de/ausgabe11/becker_spoettl_bwpat11.pdf.

BMFSFJ (2020). Gesetz zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz). https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/gesetze/gesetz-zur-reform-der-pflegeberufe-pflegeberufereformgesetz--119230.

BMG (2023): Pflegeberufegesetz. Bundesministerium für Gesundheit. Online verfügbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/pflegeberufegesetz, zuletzt aktualisiert am 23.08.2023, zuletzt geprüft am 05.11.2023.

Bundesagentur für Arbeit (2024). Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich. https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Statischer-Content/Statistiken/Themen-im-Fokus/Berufe/Generische-Publikationen/Altenpflege.pdf?__blob=publicationFile.

Fachkommission nach § 53 PflBG (2020). Rahmenlehrpläne für den theoretischen und praktischen Unterricht. Rahmenausbildungspläne für die praktische Ausbildung. (2., überarbeitete Auflage). https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/

Pflegeberufegesetz/2019_pflgb_rahmenplaene-der-fachkommission.pdf.

Kluge, S. (2000). Empirisch begründete Typenbildung in der qualitativen Sozialforschung. In: Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research, Artikel 14. https://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/download/1124/2497?inline=1#gaut.

KMK (2021). Handreichung für die Erarbeitung von Rahmenlehrplänen der Kultusministerkonferenz für den berufsbezogenen Unterricht in der Berufsschule und ihre Abstimmung mit Ausbildungsordnungen des Bundes für anerkannte Ausbildungsberufe. https://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluesse/2021/2021_06_17-GEP-Handreichung.pdf.

Mayring, Philipp (2015): Qualitative Inhaltsanalyse (12. Auflage). Weinheim/Basel: Beltz Verlag

Rauner, F. (2000). Der berufswissenschaftliche Beitrag zur Qualifikationsforschung und zur Curriculumsentwicklung. In: Jörg-Peter Pahl (Hg.). Berufliches Arbeitsprozesswissen. Ein Forschungsgegenstand der Berufsfeldwissenschaften. Nomos-Verl.-Ges (Bildung und Arbeitswelt, Bd. 1), S. 339–363. https://ams-forschungsnetzwerk.at/downloadpub/Rauner%20-%20Qualifikationsforschung.pdf.

Schneider, K.; Kuckeland, H. & Hatziliadis, M.(2018a). Ein Curriculum für die generalistische Pflegeausbildung. Das Forschungsprojekt KraniCH an der Medizinischen Hochschule Hannover und der Berufsfachschule für Altenpflege der Johanniter Hannover. In: PADUA, 13 (3), S. 215–220.

Schneider, K.; Kuckeland, H. & Hatziliadis, M. (2018b). Lehrende und Schulleitungen erforschen das Berufsfeld professionelle Pflege. Erfahrungen und ausgewählte Ergebnisse aus dem Forschungsprojekt KraniCH. In: BWP, 47 (6), S. 16–20.

Schneider, K.; Kuckeland, H. & Hatziliadis, M. (2019a). Berufsfeldanalyse in der Pflege. Ausgangspunkt für die curriculare Entwicklung einer generalistisch ausgerichteten Pflegeausbildung. In: zbw 115 (1), S. 6–38. DOI: 10.25162/zbw-2019-0001.

Schneider, K.; Kuckeland, H. & Hatziliadis, M. (2019b). Pflegerische Handlungssituationen als Basis für die generalistische Curriculumentwicklung. Ein Beitrag zur Berufsfeldanalyse im Forschungsprojekt KraniCH. In: Pädagogik der Gesundheitsberufe 6 (2), S. 126–138.

Schneider, K.; Kuckeland, H. & Hamar, C. (2020). Das generalistisch ausgerichtete Curriculum im KraniCH-Projekt. Curriculare Struktur und Konzeption von Lernsituationen. In: PADUA, 15 (5), S. 263–276.

Statistisches Bundesamt (2023). Vollstationäre Patientinnen und Patienten der Krankenhäuser. Diagnosekapitel 2022. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/diagnosekapitel-geschlecht.html.

Eingereicht: 11.12.2024
Genehmigt: 07.01.2025

doi: 10.61034/LLiG-25

Traumapädagogik an berufsbildenden Schulen für Gesundheits- und Pflegeberufe in Deutschland – Eine Übersichtsarbeit

Merle Schöne
M.A.
Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Hamburger Fern-Hochschule

Julia Stranzl
M.Sc.
Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Hamburger Fern-Hochschule

Abstract (deutsch)

Traumatisierte Auszubildende, die mit Lern- und Entwicklungshindernissen konfrontiert sind, benötigen maßgeschneiderte Unterstützung, um sich im Schulmilieu zurechtzufinden. Das Paradigma der traumasensiblen Schule geht daher davon aus, dass Bildungseinrichtungen traumatische Auswirkungen nicht nur erkennen, sondern auch aktiv ein Bewusstsein für deren vielfältige Auswirkungen entwickeln sollten, um Traumata proaktiv zu minimieren und eine erneute Traumatisierung zu verhindern. Während theoretische Rahmenwerke für traumainformierten Unterricht sowohl national als auch international existieren, besteht eine spürbare Lücke in ihrer Umsetzung und Anwendbarkeit auf berufliche Schulen in Deutschland. Um eine erste Übersicht bezüglich der Bedeutung von Traumapädagogik und traumainformiertem Unterricht an berufsbildenden Schulen in Deutschland zu geben sowie die Rolle der Lehrenden darzustellen, wurde eine Übersichtsarbeit durchgeführt. Die Ergebnisse dieser Arbeit könnten eine Grundlage für nachfolgende Studien bilden und so zu einem transformativen Verständnis einer effektiven Implementierung von traumainformiertem Unterricht in Berufsfachschulen beitragen.

Abstract (englisch)

Traumatized apprentices, facing impediments in learning and development, necessitate tailored support for navigating the school milieu. Hence, the trauma-sensitive school paradigm asserts educational institutions should not only recognize traumatic impacts but actively cultivate an awareness of their multifaceted ramifications, proactively addressing trauma and averting re-traumatization. While theoretical frameworks for trauma-informed teaching exist both nationally and internationally, it seems that there is a noticeable gap in their implementation and applicability to vocational schools in Germany. To provide an overview of the importance of trauma-informed teaching in vocational schools in Germany an unsystematic review was conducted. The aim is to present an initial overview of the importance of trauma-informed teaching at vocational schools in Germany and to describe the role of teachers. The results of this review could establish a foundation for subsequent studies, contributing to a transformative understanding of an effective implementation of trauma-informed teaching in vocational schools.

Einleitung

Schüler/-innen mit Traumaerfahrungen stellen Schulen vor erhebliche Herausforderungen. Laut

Linderkamp und Casale (2023, S. 100) lernen traumatisierte Kinder und Jugendliche „[…] unter erschwerten Bedingungen, was einen sonderpädagogischen Auftrag an Fachkräfte für eine individuelle Unterstützung und Förderung impliziert.“ Angesichts zukünftiger gesellschaftlicher Herausforderungen, wie dem demografischen Wandel (Destatis, 2024a, o. S.; Destatis, 2024b, o. S.; GBD 2021 Fertility and Forecasting Collaborators., 2024, S. 2057 ff.), der Zunahme von Multimorbidität (Seger & Gaertner, 2020, S. A2092 ff.) sowie globalen Entwicklungen wie etwa der Klimakrise und ihren weitreichenden Auswirkungen auf die Bevölkerung (Bundesministerium für Gesundheit [BMG], 2024b, o. S.; Dahlkamp, 2024, o. S.), wird der Bedarf an Fachkräften im Pflege- und Gesundheitswesen in den nächsten Jahren signifikant steigen (BMG, 2023a, o. S.; BMG, 2023b, o. S.). Die Gewinnung von Geflüchteten sowie Menschen mit Migrationshintergrund könnte dabei eine Möglichkeit sein, dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken (Robert Bosch Stiftung, 2019, S. 2 ff.). Um jedoch diesen Herausforderungen zu begegnen und gleichzeitig den Bedürfnissen traumatisierter Auszubildender gerecht zu werden, scheint es unerlässlich, traumapädagogische Ansätze in das Lehr- und Lernkonzept von berufsbildenden Schulen zu integrieren. Dies ermöglicht es, sowohl die fachliche als auch die psychische Entwicklung von Schüler/-innen mit Traumaerfahrungen zu fördern und sie bestmöglich auf ihre zukünftige Rolle im Gesundheitswesen vorzubereiten. Hierfür braucht es im Schulalltag umsetzbare Handlungskonzepte. Dabei wird nicht explizit davon ausgegangen, dass Menschen mit Fluchterfahrung per se traumatisiert sind, es führt lediglich zu einer erhöhten Wahrscheinlichkeit, an Berufsschule damit konfrontiert zu sein.

Im transatlantischen Raum etwa ist das Konzept der traumasensiblen Schule weit verbreitet. Die Diagnostik und Förderung von traumatisierten Schüler/-innen werden an diesen Schulen in multiprofessionellen Teams organisiert (Thomas et al., 2019). Auch in Deutschland hat die traumapädagogische Arbeit an Schulen in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen, was insbesondere auf die zunehmende Zuwanderung schutzsuchender Kinder und Jugendlicher aus Krisen- und Kriegsgebieten zurückzuführen ist, da diese Gruppe ein erhöhtes Risiko für Traumatisierungen aufweist (Pine et al., 2005). Der Bedarf an traumapädagogischen Ansätzen ist jedoch nicht nur auf allgemeinbildende Schulen beschränkt. Insbesondere berufsbildende Schulen, die junge Erwachsene auf eine Karriere im Gesundheitswesen oder in pflegerischen Berufen vorbereiten, stehen vor der Herausforderung, Auszubildende mit Traumaerfahrungen angemessen zu unterstützen.

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, inwiefern an berufsbildenden Schulen in Deutschland traumapädagogische Konzepte wiederzufinden sind.

Begriffsbestimmungen

Im Folgenden werden zunächst die zentralen Begrifflichkeiten erläutert und näher beleuchtet, um ein umfassendes Verständnis der Thematik zu ermöglichen.

Trauma

Ein psychisches Trauma stellt eine erhebliche seelische Verletzung dar und geht über die üblichen Bewältigungsmöglichkeiten eines Individuums hinaus (Fischer & Riedesser, 2020, S. 24). Der Begriff „Trauma“ leitet sich vom griechischen Wort „traûma“ ab, was „Wunde“ oder „Verletzung“ bedeutet. Trauma beschreibt demnach eine tiefe psychische Erschütterung, die durch eine massive Diskrepanz zwischen den Anforderungen einer bedrohlichen Situation und den verfügbaren Bewältigungsressourcen entsteht. Dabei fühlen sich betroffene Personen hilflos und schutzlos ausgeliefert, was zu einer nachhaltigen Erschütterung ihres Selbst- und Weltverständnisses führen kann (Fischer & Riedesser, 2009, S. 84).

Aus psychiatrischer Sicht werden die Folgen solcher traumatischen Erfahrungen häufig als Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) klassifiziert. Laut der ICD-10 (F43.1) handelt es sich bei der PTBS um eine verzögerte oder verlängerte Reaktion auf eine extrem belastende Situation, die in nahezu jedem Menschen tiefe Verzweiflung auslösen würde. Solche Situationen inkludieren oftmals außergewöhnliche Bedrohungen oder katastrophenartige Ausmaße (ICD 10, 2024, o. S.).

Traumapädagogik

Die Traumapädagogik stellt einen pädagogischen Ansatz dar, der auf psychotraumatologischen Grundlagen basiert und diese in verschiedene (sozial-) pädagogische Handlungsfelder überträgt (Hemsoth, 2021, S. 23). Ihre Entstehung geht auf die späten 1980er-Jahre in Deutschland zurück, als sie in stationären und teilstationären Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe eingeführt wurde. In der Zwischenzeit hat sich die Anwendung der Traumapädagogik auf diverse Arbeitsfelder ausgeweitet. Der Bedarf an traumapäd-

agogischen Interventionen ergibt sich aus der Tatsache, dass traumatisierte Menschen Überlebensstrategien entwickeln, die ihnen das Leben und den Zugang zu sozialen Beziehungen sowie zur Teilhabe an der Gesellschaft erheblich erschweren. Der Prozess der Traumabearbeitung bezieht sich dabei auf die aktive Auseinandersetzung der Betroffenen mit ihren Erlebnissen, während die Traumaarbeit die Begleitung und Unterstützung durch Fachkräfte umfasst.

In den frühen 2000er-Jahren wurden erste Fachliteratur und Konzepte zur Traumapädagogik veröffentlicht. Im Jahr 2008 gründeten Martin Kühn und Wilma Weiß die Bundesarbeitsgemeinschaft Traumapädagogik, die in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT) Standards entwickelte und Fort- sowie Weiterbildungsangebote konzipierte (Weiß, 2016; Zimmermann, 2017).

Des Weiteren wird Traumapädagogik auch als „Graswurzelbewegung“ bezeichnet, da sie aus der Praxis hervorgegangen ist und bislang nicht über eine umfassende theoretische Fundierung verfügt (Hemsoth, 2021, S. 16; Kühn, 2014, S. 14). Ein zentrales Element der Traumapädagogik ist die Haltung, die sich in fünf Grundprinzipien manifestiert (BAG Traumapädagogik, 2011, o. S.; Hemsoth, 2021, S. 17):

- Annahme des guten Grundes
- Wertschätzung
- Partizipation
- Transparenz
- Spaß und Freude

Darüber hinaus lassen sich drei zentrale Leitgedanken der Traumapädagogik identifizieren, die im Laufe der Zeit entwickelt wurden:

- Die Pädagogik des (äußeren) sicheren Ortes beschreibt „verlässliche, einschätzbare und zunehmend zu bewältigende Lebensräume und Alltagsbedingungen.“ (Kühn, 2008, S. 323) Im Mittelpunkt der Gestaltung eines sicheren Orts stehen gute und transparente Beziehungen, welche die Voraussetzung für eine gelingende psychische und soziale Entwicklung bilden.

- Die Pädagogik der Selbstbemächtigung: „Ursprünglich bestand die Pädagogik der Selbstbemächtigung darin, das Selbstverstehen, die Selbstakzeptanz und den selbststärkenden Umgang mit den Auswirkungen traumatischer Erfahrungen zu begleiten.“ (Weiß, 2016, S. 93) Es müssen dabei soziale Bezüge mitgedacht werden. So bildet gesellschaftliche Partizipation neben der individuellen Stärkung die zweite, ebenso wichtige Säule dieser pädagogischen Leitidee.

- Die Pädagogik des guten Grundes geht auf Bruno Bettelheim (1950/2007) zurück und übersetzt den Fachterminus der Subjektlogik in ein pädagogisches Alltagshandeln. „Demnach benötigen die Fachkräfte eine verinnerlichte Haltung, dass das Verhalten eines Kindes oder Jugendlichen vor dem Hintergrund der Erfahrung und des Erlebens immer sinnvoll ist. Ausgehend davon kann diese Haltung auch in den Dialog mit den Jungen und Mädchen eingebracht werden, die sich selbst und ihr Verhalten vielfach kaum verstehen.“ (Zimmermann, 2017, S. 58 f.)

Die Grundlagen der Traumapädagogik stützen sich auf Erkenntnisse aus verschiedenen Bezugswissenschaften, einschließlich Psychotraumatologie, Sozialer Arbeit, Bindungstheorie, Resilienzforschung, Gesundheitslehre und therapeutischen Wissenschaften. Besonders prägend für die Entwicklung der Traumapädagogik sind die Einsichten der Psychoanalyse (Weiß, 2016, S. 22). Eine Grundannahme der Psychoanalyse ist, dass ein Trauma und die Auswirkungen derartiger Erfahrungen auf das Erleben und Verhalten von Menschen nicht zu verstehen ist, wenn die Existenz eines Unbewussten geleugnet wird. Was im Unbewussten abgespeichert ist, kann schwer in Worte gefasst werden. Vielmehr zeigen die betroffenen Menschen diese Erfahrung mit ihrem Verhalten, das als Reinszenierung beschrieben wird (Zimmermann, 2017, S. 35 f.).

Im pädagogischen Alltag mit traumatisierten Menschen kommt dem Konzept der Übertragung und Gegenübertragung eine wichtige Rolle zu. Pädagogische Fachkräfte, die über diese Konzepte informiert sind, können viele Verhaltensweisen besser nachvollziehen. Darüber hinaus unterstützt das Wissen um und die Reflexion von Gegenübertragungen die alltägliche Selbstsorge (Weiß, 2024; Wagner, 2009).

Gesundheitsberufe

Eine einheitliche Definition des Begriffs „Gesundheitsberufe“ gibt es nicht. Allerdings umfasst dieser Begriff im Allgemeinen alle Berufe, die im weitesten Sinne mit Gesundheit und Gesundheitsförderung in Verbindung gebracht werden können. Während die Ausbildung einiger Gesundheitsberufe in Deutschland gesetzlich geregelt ist, existieren viele andere,

die sich unabhängig von solchen Regulierungen entwickelt haben, das heißt ohne staatliche Vorgaben zur Ausbildung. Grundsätzlich lassen sich Gesundheitsberufe in Deutschland in zwei Kategorien unterteilen: Die geregelten Berufe und die nicht geregelten Berufe. Zu den geregelten Berufen zählen beispielsweise die Heilberufe, welche wiederum Berufe wie etwa die Gesundheits- und Krankenpflege, Physiotherapie oder Medizin umfassen (BMG, 2024a, o. S.).

Problem- und Zielstellung

Aufgrund der in der Einleitung beschriebenen Herausforderungen bezüglich des Umgangs mit traumabelasteten Auszubildenden an deutschen Berufs(fach)schulen, ist es Ziel dieser Übersichtsarbeit, die Bedeutung der Traumapädagogik an berufsbildenden Schulen in Deutschland darzustellen. Es soll bereits vorhandene Literatur gesichtet werden, um einen ersten Überblick über den aktuellen Forschungsstand zu erhalten sowie gegebenenfalls Forschungslücken zu ermitteln und somit Bedarfe für weitere Forschung in diesem Feld aufzuzeigen (Ferrari, 2015, S. 231). Folgende Forschungsfrage soll hierfür beantwortet werden:

Inwiefern ist Traumapädagogik an berufsbildenden Schulen für Gesundheits- und Pflegeberufe in Deutschland implementiert?

Literaturrecherche

Von November 2023 bis März 2024 wurde eine unsystematische Literaturrecherche an folgenden elektronischen Datenbanken durchgeführt: Fachportal Pädagogik, Universitätsbibliothek Bielefeld, peDOCS, Springer-Link über die Hamburger Fern-Hochschule und über die Humboldt Universität zu Berlin. Zudem wurde eine unsystematische Literaturrecherche nach dem Schneeballsystem angewendet und graue Literatur aus Google Scholar hinzugezogen. Eingeschlossen wurden wissenschaftliche Artikel, Studien, Artikel aus Fachzeitschriften und Bücher, die online frei zugänglich waren und sich auf Traumapädagogik an Berufsschulen und Berufsfachschulen in Deutschland bezogen. Es wurde unter Einbeziehung der Booleschen Operatoren UND, AND, OR und ODER deutsch- als auch englischsprachige Literatur eingeschlossen, die im Zeitraum von 2014 bis 2024 publiziert wurde. Dabei wurden folgenden Schlüsselbegriffe, wie in Tabelle 1 dargestellt, einbezogen.

Ergebnisse

Unter Verwendung der Schlüsselbegriffe (Tabelle 1) sowie der Booleschen Operatoren konnten in den aufgeführten elektronischen Datenbanken keine Ergebnisse gefunden werden. Die beiden Autorinnen konnten somit keine aktuelle Forschung identifizieren, die sich auf die Implementierung von traumapädagogischen Konzepten in berufsbildenden Schulen in Deutschland bezieht. Der Bedarf an weiterer Forschung in diesem Gebiet scheint somit groß zu sein. Im Folgendem wird auf die Wichtigkeit von Traumapädagogik in deutschen Berufs(fach)schulen eingegangen und es werden Konzepte aus dem internationalen Raum vorgestellt.

Bedeutung von Traumapädagogik in berufsbildenden Schulen

Vertreibung, Verfolgung, Folter und Vergewaltigung sind u. a. extreme Erlebnisse, die tiefgreifende Auswirkungen auf einen Menschen haben können (UNO-Flüchtlingshilfe, 2024, o. S.). Laut einer Studie des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) von Schröder et al. (2018, S. 1) haben über 75 Prozent der geflüchteten Menschen, die aus Syrien, dem Irak und Afghanistan nach Deutschland kamen, verschiedene Formen von Gewalt erfahren und sind dadurch häufig mehrfach traumatisiert (Abb. 1). Diese traumatischen Erlebnisse haben meist langanhaltende negative Auswirkungen auf die Gesundheit der Betroffenen und behindern die erfolgreiche Integration in die Aufnahmegesellschaften. Nach der Flucht stehen die Betroffenen im Aufnahmeland vor weiteren Herausforderungen, wie etwa der Sprachbarriere (Robert Bosch Stiftung, 2019, S. 2 ff.) oder der Suche nach Wohnraum oder Arbeits- bzw. Ausbildungsmöglichkeiten (UNO-Flüchtlingshilfe, 2024, o. S.). Neben Fluchterfahrungen können familiäre Gewalt, Vernachlässigung und soziale De-

Schlüsselbegriffe	
Deutsch	Traumapädagogik, Trauma, Unterricht, Pädagogik, Berufsschule, Berufsfachschule, Deutschland
Englisch	trauma, education, trauma-informed teaching, trauma pedagogy, vocational school

Tabelle 1: Schlüsselbegriffe (eigene Darstellung)

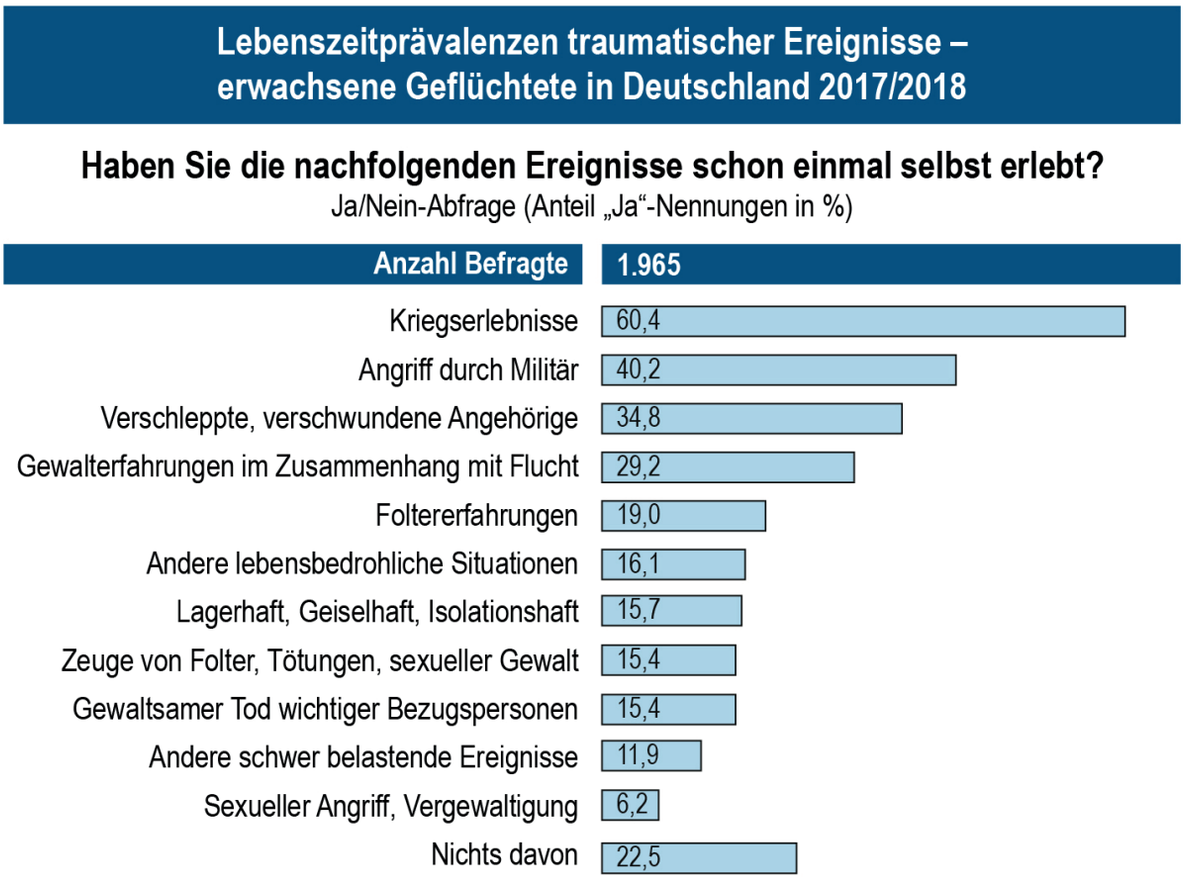

Abb. 1: Traumatische Ereignisse – Ergebnisse der WIdO-Studie 2018 (Schröder et al., 2018, S. 8)

privation eine wesentliche Rolle bei der Entstehung von Traumata spielen.

Einfluss von Traumata

Allein die Anzahl der geflüchteten jungen Menschen und deren potenzielle Traumatisierung führt dazu, dass nahezu jede Lehrperson in Kontakt mit traumatisierten Menschen kommt (Zimmermann, 2017, S. 13). Schüler/-innen bzw. Auszubildende, die in ihrer sozial-emotionalen Entwicklung tief erschüttert sind, haben häufig Schwierigkeiten, sich auf schulische Inhalte zu konzentrieren. Sie entwickeln oft Wahrnehmungs- und Konzentrationsstörungen, sensomotorische Beeinträchtigungen und zeigen extreme Unruhe. In der Folge reagieren sie häufig aggressiv oder ziehen sich in eine Fantasiewelt zurück, haben Schwierigkeiten mit Zuwendung und stehen unter großem Leistungsdruck. Dies beeinträchtigt ihre Fähigkeit, zwischen relevanten und irrelevanten Informationen zu unterscheiden, was zu negativen Schulkarrieren mit Klassenwiederholungen, Schulwechseln oder sogar Schulabbrüchen bzw. Ausbildungsabbrüchen führen kann (Ding, 2023, S. 56 f.). Neben den schulischen Entwicklungseinschränkungen betrifft dies auch die Ausgestaltung sozialer Beziehungen, beispielsweise zu Mitschüler/-innen (Tabelle 2).

Zudem werden folgende Bereiche des Verhaltens durch Traumata im Kontext schulischen Lernens stark beeinflusst (Hemsoth, 2021, S. 253):

- die Fähigkeit zur Regulierung von Verhalten,
- eingeschränkte Impulskontrolle,
- die Entwicklung und Übernahme von Perspektiven,
- die Konzentration,
- die Frustrationstoleranz,
- wichtige Informationen werden übersehen und nicht zusammengefügt,
- Schüler/-innen bzw. Auszubildende werden von negativen Emotionen überwältigt (sie empfinden z. B. Angst, fühlen sich wertlos),
- die Orientierung im Raum wird beeinträchtigt (Stundenplan, Abläufe, Räume, Sitzordnung, etc. sind nicht mehr zugänglich oder erschließen sich nicht),

Einfluss auf die schulische Entwicklung	Einfluss auf soziale Beziehungen
Reduzierte kognitive Fähigkeit	Bedürfnis nach Kontrolle, was Konflikte mit Lehrenden und anderen Mitschüler/-innen auslösen kann
Schlafstörungen, was Konzentrationsschwierigkeiten auslösen kann	Bindungsschwierigkeiten, was die Bindung zur Institution Schule erschweren kann
Gedächtnisschwierigkeiten, was das Lernen erschweren kann	Schlechtere Bindung zu Mitschüler/-innen
Sprachverzögerungen, was die Fähigkeit des Zuhörens, Verstehens und Ausdrückens erschweren kann	Instabile Lebensumstände

Tabelle 2: Einfluss von Traumata auf die Schule und Beziehungen (angelehnt an Hemsoth, 2021, S. 246)

- die Fähigkeit zu Struktur und Ordnung wird stark gemindert (Wochenpläne, Hausaufgaben, selbstständiges (Er-) Arbeiten, Referate, Mitbringen von Geodreieck und Zirkel, etc. werden unmöglich) und
- die Partizipation ist eingeschränkt (kaum noch Kontakte zu Mitschüler/-innen bzw. Auszubildenden und zu Lehrkräften).

Viele Lehrpersonen erleben, dass traumatisierte Schüler/-innen bzw. Auszubildende andere Mitschüler/-innen ärgern, den Unterricht durch Zwischenrufe stören oder dauernd an Lernmaterialien herumbasteln. Sie zeigen eine stark beeinträchtige Selbstwirksamkeit und damit verbundenes niedriges Selbstbewusstsein. Ihre Frustrationstoleranz ist häufig eher niedrig, genauso wie ihre Impulskontrolle. Sie neigen dazu, Dinge zu vergessen und zu verschleppen (Cole et al., 2005, o. S.). Wichtig ist zu verstehen, warum sie dies tun. Hemsoth (2021, S. 244) benennt hierfür vier Gründe: Wiedererleben, Vermeidung, Übererregung und Dissoziation.

Rolle der Lehrenden

„Traumapädagogik hat im Kern den Grundsatz, dass eine gesunde seelische Entwicklung und die Herstellung guter Bedingungen dafür vor dem Lernen stehen." (Hemsoth, 2021, S. 15) Wenn Schule als sicherer Ort gestaltet wird, kann sie eine korrektive Kraft für traumatisierte Schüler/-innen bzw. Auszubildende entfalten. Hierfür muss das Verhalten, welches als Störung wahrgenommen wird, „und die damit verbundene Unsicherheit anerkannt werden, damit die Kontinuität von Abläufen, die Transparenz und die institutionelle Sicherheit ihre heilsame Kraft entfalten können." (Zimmermann, 2017, S. 43)

Die Rolle der Schule in der Gesamtentwicklung eines Menschen wird jedoch häufig unterschätzt. Negative Schulerfahrungen wie fehlende Erfolgserlebnisse und mangelnde Anerkennung können die Entwicklung stark hemmen. Traumatisierungen können durch fortgesetzte Gewalt, familiäre Missstände, schulisches Scheitern, soziale Ausgrenzung, Mobbing oder rassistische Diskriminierung verstärkt werden.
Im Gegensatz dazu können positive Rückmeldungen seitens der Lehrenden sowie stabile, unterstützende Beziehungen den Lern- und Entwicklungsprozess positiv beeinflussen (Ding, 2023, S. 60; Zimmermann, 2017, S. 12).

Modelle in der Traumapädagogik

In Deutschland spielten in der Sonder- und Heilpädagogik bereits in den 1980er-Jahren traumaspezifische Kenntnisse für den Unterricht eine Rolle und es wurden entsprechende Konzepte entwickelt. Diese Erkenntnisse finden erst seit jüngster Zeit Eingang in die allgemeine Schulpädagogik (Ding, 2023, S. 57). Beispiele für mehrstufige Diagnose- und Förderkonzepte (sogenannte Multi-Tiered Systems of Support [MTSS]), die in den USA bereits erprobt sind, sind der „Schoolwide Positive Behavior Support" oder „Response to Intervention" (z. B. von Grosche & Casale, 2021). Sie sind präventiv ausgerichtet und organisieren Hilfen für Schüler/-innen auf verschiedenen Stufen (Abb. 2). In Deutschland existieren bisher hingegen kaum Methoden zur Diagnostik und Förderung, die schulspezifisch ausgerichtet sind (Linderkamp & Casale, 2023, S. 104).

Ein weiteres Programm ist die „Cognitive Behavioral Intervention for Trauma in Schools" (CBITS). Der Ansatz basiert auf sechs zentralen Wirkprinzipien (angelehnt an Kirsch & Goldbeck, 2013):

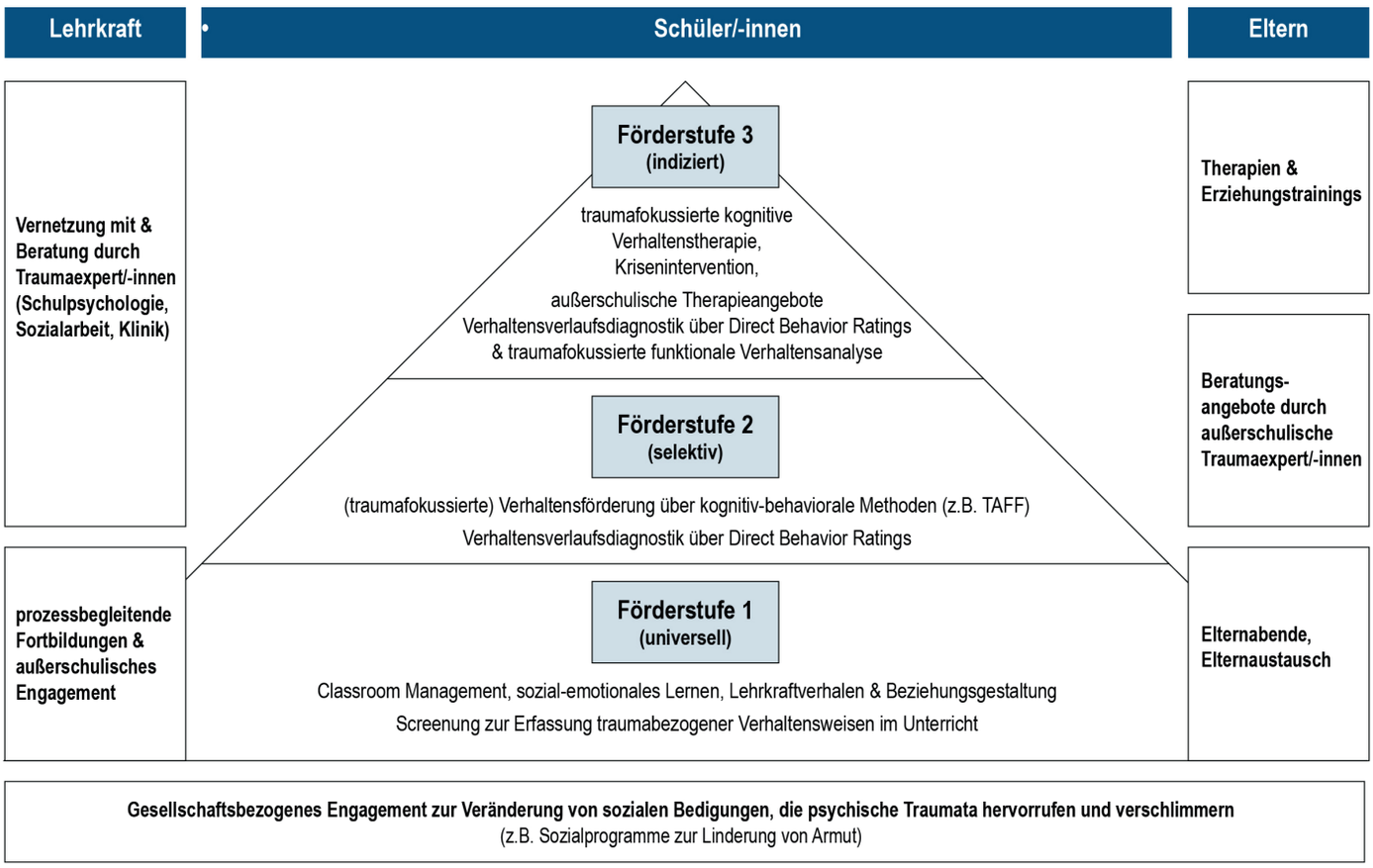

Abb. 2: Exemplarisches Multi-Komponenten-Konzept zur mehrstufigen und traumasensiblen Förderung in der Schule (Linderkamp & Casale, 2023, S. 104)

- Therapeutische Beziehung (Unterstützung bei der aktiven Bewältigung traumatischer Erinnerungen, Stärkung, Ressourcenaktivierung),
- Exposition (graduelle Auseinandersetzung mit dem traumatischen Erlebnis gemäß eigenem Tempo und selbst gewählter Methode, z. B. durch Sprechen, Malen, Zeichnen oder Schreiben, um Vermeidungsverhalten abzubauen und Triggerwirkungen abzuschwächen),
- Vermittlung von Bewältigungsstrategien (Stressbewältigungsstrategien, kognitive Umbewertung, Emotionsregulationsstrategien, u. a. kognitive Neubewertung),
- Kognitive Interventionen (Edukation bzw. Aufklärung oder kognitive Umstrukturierung),
- Achtsamkeitsbasierte Entspannung,
- Einbeziehung der Eltern (Edukation; Erlernen von Strategien zur Unterstützung ihres Kindes) (Linderkamp & Casale, 2023, S. 107).

Ein Programm, das dezidiert für Lehrkräfte und die Anwendung im Schulsetting konzipiert ist, ist das „Support for Students Exposed to Trauma Programm“ (SSET), eine schulbasierte Gruppenintervention für Schüler/-innen, die traumatischen Ereignissen ausgesetzt waren oder auch unter Symptomen einer PTBS leiden (Linderkamp & Casale, 2023, S. 108).

Ein deutschsprachiges Förderkonzepts für den Einsatz zur traumasensiblen Arbeit mit Schüler/-innen bzw. Auszubildenden mit Fluchterfahrungen, namentlich „Trauma sensible Unterstützungs- und Förderkonzept für Kinder und Jugendliche mit Fluchthintergrund (TAFF)“, wurde von Lindekamp und Casale (2022) entwickelt. Die Grundbausteine umfassen dialogische Edukation, Umgang mit Gefühlen und Gedanken, soziales Problemlösen und Übungen zur Achtsamkeit (Linderkamp & Casale, 2023, S. 109).

David Zimmermann (2017, S. 128) betont zudem: „Traumapädagogik ist in allererster Linie immer eine Haltungspädagogik. Keine Technik, keine gute Methode kann ihre Wirksamkeit entfalten, ohne die zugewandte, vor allem aber im Hinblick auf Subjektlogiken reflektierte Haltung der Lehrkräfte.“

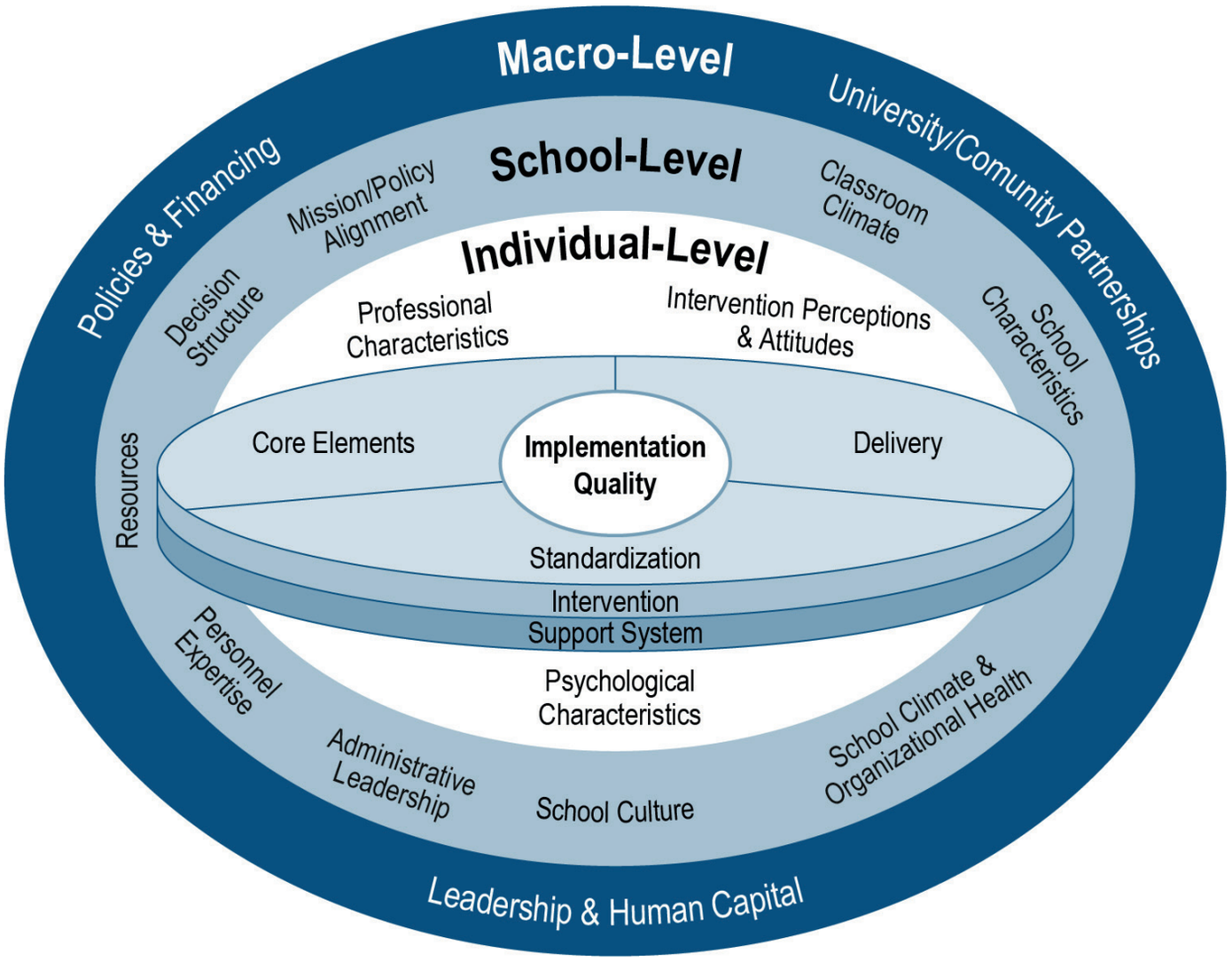

Abb. 3: Einflussfaktoren für eine evidenzbasierte Implementierung an Schulen – ein mehrdimensionales Modell (Domitrovich et al., 2008, S. 8)

Was generell durch den Schullalltag für traumatisierte Schüler/-innen bzw. Auszubildenden hilft, ist Sicherheit herzustellen, durch sichere Beziehungsgestaltung, Imagination eines sicheren Ortes, Wahrnehmung des Inneren und Äußeren. Durch die Einhaltung des Stundenplans, der Besprechung des Tagesablaufs am Morgen, der Visualisierung des Ablaufes, der Formulierung verständlicher Arbeitsaufträge, einer gemeinsam gestalteten Raumstruktur oder des gemeinsamen Packens eines Notfallkoffers wird Stabilität gewährleistet. In Krisensituationen sollten Lehrkräfte Ruhe bewahren, Schüler/-innen bzw. Auszubildende beim Namen ansprechen, Berührungen ankündigen, Sinnesreize setzen und helfen zu reorientieren (Zimmermann, 2017, S. 130 ff.).

Wichtig ist, dass Lehrende die Versuche, das Erlebte zu verarbeiten, anerkennen und das Verhalten der Schüler/-innen bzw. Auszubildenden als „normale“ Reaktion auf „unnormale“ Erlebnisse interpretieren (Hemsoth, 2021, S. 256). Generell gilt, dass Methoden immer auf konkrete individuelle Schüler/-innen bzw. Auszubildende und Beziehungsherausforderungen ausgerichtet sein müssen und sich niemals pauschal auf alle Menschen in traumatischen Prozessen übertragen lassen können (Zimmermann, 2017, S. 14).

Domitrovich et al. (2008, S. 8) untersuchten in ihrer Studie die erfolgreiche Implementierung von präventiven, evidenzbasierten Programmen in Schulen. Das mehrdimensionale Modell (Abb. 3)

beleuchtet, welche Faktoren die Qualität und Nachhaltigkeit solcher Interventionen beeinflussen können. Dazu zählen etwa die organisatorische Unterstützung, die Qualifikation und Schulung der Lehrenden sowie die kontinuierliche Anpassung und Überwachung des Programms. Ziel ist es, die Effektivität präventiver Maßnahmen zu maximieren, sodass Schüler/-innen davon langfristig profitieren und das Programm in der Schule verankert bleibt.

Fazit und Ausblick

Berufsbildende Schulen sind zunehmend mit Auszubildenden konfrontiert, die traumatische Erfahrungen erlebt haben. Daraus können sich Belastungen entwickeln, die das Lernen und soziale Miteinander erheblich erschweren. Um diesen Umstand zu begegnen, braucht es Konzepte, die die Besonderheiten an berufsbildenden Schulen berücksichtigen. Zu benennen sind hier unter anderem die Altersspanne der Auszubildenden und die curricularen Strukturen. So befinden sich beispielsweise Auszubildende lediglich tageweise innerhalb einer Woche in der Berufs(fach)schule, während sie sich den Rest der Woche in einem Betrieb aufhalten, der ebenfalls in ein traumapädagogisches Schulkonzept einzubinden wäre.

Neben einem auf die berufsbildenden Schulen ausgelegten traumapädagogischen Konzeptes, welches vor allem auf die Strukturen abzielt, ist der Blick ebenfalls auf die Lehrkräfte und deren traumapädagopgischen Wissens und Handlungskompetenzen zu richten. Wobei sich hier die Frage stellt, inwiefern ein solcher Kompetenzerwerb bereits Teil der Ausbildung der Berufspädagog/-innen darstellen sollte, um traumabezogenen Herausforderungen in der Lehrtätigkeit adäquat begegnen zu können. Weitere Forschung und wissenschaftlich fundierte Auseinandersetzungen zur Anwendbarkeit traumapädagogischer Konzepte in berufsbildenden Schulen in Deutschland sind somit erforderlich, um eine Implementierung zu ermöglichen.

Literaturverzeichnis

BAG Traumapädagogik. (2011). Standards für traumapädagogische Konzepte in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Gnarrenburg: BAG Traumapädagogik. www.bag-traumapaedagogik. de/index.php/standards.html [30.07.2024].

Bettelheim, B. (1950/2007). Liebe allein genügt nicht. Die Erziehung emotional gestörter Kinder (2. Aufl.) Klett-Cotta.

Bundesfachverband unbegleitete minderjährige Flüchtlinge (2024). Zahlen und Fakten. https://b-umf.de/p/zahlen-statistiken/ [21.08.2024].

Bundesministerium für Gesundheit. (2023a). Beschäftigte in der Pflege. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegekraefte/beschaeftigte [21.08.2024].

Bundesministerium für Gesundheit. (2023b). Konzentrierte Aktion Pflege. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/konzertierte-aktion-pflege.html [21.08.2024].

Bundesministerium für Gesundheit. (2024a). Gesundheitsberufe – Allgemein. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/gesundheitsberufe/gesundheitsberufe-allgemein [01.10.2024].

Bundesministerium für Gesundheit. (2024b). Globale Herausforderungen der Gesundheitspolitik. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/internationale-gesundheitspolitik/global/globale-herausforderungen-der-gesundheitspolitik.html [21.08.2024].

Cole, S., Greenwald O'Brien, J., Gadd, M., Ristuccia, J., Wallace, D. & Gregor, M. (2005). Helping Traumatized Children Learn. Supportive school environments for children traumatized by family violence. Massachusetts Advocates for Children Trauma and Learning Policy Initiative.

Dahlkamp, S. (2024). Klimawandel erhöht das Risiko für späte Frühgeburten deutlich. https://www.uke.de/landingpage/zukunftsplan-2050/medizin-der-zukunft/klimawandel-erhoeht-risiko-fuer-fruehgeburten.html [21.08.2024].

Destatis. (2024a). Demografischer Wandel. https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/_inhalt.html [21.08.2024].

Destatis. (2024b). Geburtenrückgang setzt sich im Jahr 2023 fort. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Geburten/geburten-aktuell.html [21.08.2024].

Ding, U. (2023). Trauma und Schule. Was lässt Peter wieder lernen? Über unsichere Bedingungen und sichere Orte in der Schule. In J. Bausum, L. U. Besser, M. Kühn & W. Weiß (Hrsg.), Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis (4 korrigierte Aufl., S. 56-67). Beltz Juventa.

Domitrovich, C. E., Bradshaw, C. P., Poduska, J. M., Hoagwood, K., Buckley, J. A., Olin, S., Hunter Romanelli, L., Leaf, P. J., Greenberg, M. T. & Ialongo, N. S. (2008). Maximizing the implementation quality of evidence-based preventive interventions in schools: A conceptual framework. Advances in School Mental Health Promotion, 1(3),6–28.

Downey, L. (2007). Calmer classrooms. A guide to working with traumatised children. of Communities, Child Safety and Disability Services Department of Education, Training and Employment. The Victorian Commission for Children and Young People. www.pacesconnection.com/g/aces-in-education/fileSendAction/fcType/5/fcOid/452934889391655998/fodoid/452934889391655997/Calmer%20Classrooms%20-%20A%20guide%20to%20working%20with%20traumatised%20children.pdf [04.02.2025].

Ferrari, R. (2015). Writing narrative style literature reviews. Medical Writing, 24(4). DOI: 10.1179/2047480615Z.000000000329

Fischer, G. & Riedesser, P. (2020). Lehrbuch der Psychotraumatologie (5. Akt. Aufl.). utb.

Gahleitner, S. B. (2011). Das Therapeutische Milieu in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. Trauma- und Beziehungsarbeit in stationären Einrichtungen. Psychiatrie.

GBD 2021 Fertility and Forecasting Collaborators. (2024). Global fertility in 204 countries and territories, 1950-2021, with forecasts to 2100: A comprehensive demographic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. Lancet, S0140-6736(24)00550-6. DOI: 10.1016/S0140-6736(24)00550-6

Grosche, M. & Casale, G. (2021). Response-to-Intervention (RTI) und schulische Inklusion – Grundlegender Widerspruch oder zwei Seiten einer Medaille? In C. Mähler & M. Hasselhorn (Hrsg.), Test & Trends: Inklusion, (S. 169–183). Hogrefe.

Hemsoth, C. (2021). Traumatisierte Kinder in Schule und Unterricht. Wenn Kinder nicht wollen können. Utb.

ICD 10 (2024). Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen. https://www.icdcode.de/suche/icd/code/F43.-.html?sp=SF43.1 [11.10.2024].

Kirsch, V., Fegert, J. M., Seitz, D. C., & Goldbeck, L. (2011). Traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie (Tf-KVT) bei Kindern und Jugendlichen nach Missbrauch und Misshandlung. Kindheit und Entwicklung, 20(2), 95–102.

Kühn, M. (2007). Wir können auch anders – Anmerkungen zu einem interdisziplinären Verständnis von Trauma und Kindheit in der Pädagogik. Unveröffentlichtes Vortragsmanuskript.

Kühn, M. (2008). Wieso brauchen wir eine Traumapädagogik? Annäherung an einen neuen Fachbegriff. Trauma und Gewalt 2(4), 320–327.

Kühn, M. (2014). Traumapädagogik – von einer Graswurzelbewegung zur Fachdisziplin. In S. B. Gahleitner, Th. Hensel, M. Baierl, M. Kühn & M. Schmid (Hrsg.), Traumapädagogik in psychosozialenm Handlungsfeldern. Ein Handbuch für Jugendhilfe, Schule und Klinik (S. 19–26). Vandenhoeck & Ruprecht.

Lang, B. (2013). Stabilisierung und (Selbst-)Fürsorge für pädagogische Fachkräfte als institutioneller Auftrag. In J. Bausum, L. Besser, M. Kühn & W. Weiß, W. (Hrsg.), Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis (3., durchgesehene Aufl., S. 211–222). Beltz Juventa.

Linderkamp, F. & Casale, G. (2023). Die traumasensible Schule – Grundlagen, Konzepte und Perspektiven. Zeitschrift für Heilpädagogik, 74 (2023), 100-109.

Pine, D. S., Costello, J. & Masten, A. (2005). Trauma, proximity, and developmental psychopathology: the effects of war and terrorism on children. Neuropsychopharmacology: Official Publication of the American College of Neuropsychopharmacology, 30, 1781–1792. https://doi.org/10.1038/sj.npp.1300814.

Robert Bosch Stiftung. (2019). Gute Daseinsvorsorge in ländlichen Räumen: Pflege sichern, Migration nutzen. https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf/2019-08/Kurzexpertise_Migration%20und%20Pflege_0.pdf [21.08.2024].

Ross, T. (2012). A Survival Guide for Health Research Methods. McGraw Hill Education.

Schröder, H., Zok, K. & Faulbaum, F. (2018). Gesundheit von Geflüchteten in Deutschland – Ergebnisse einer Befragung von Schutzsuchenden aus Syrien, Irak und Afghanistan. WIdO-monitor, 15(1), 1-20

Seger, W. & Gaertner, T. (2020). Multimorbidität: Eine besondere Herausforderung. https://www.aerzteblatt.de/archiv/216462/Mul-

timorbiditaet-Eine-besondere-Herausforderung [21.08.2024].

SHAMSA (2014). Practical Guide for Implementing a Trauma-Informed Approach. https://store.samhsa.gov/product/samhsas-concept-trauma-and-guidance-trauma-informed-approach/sma14-4884 [30.07.2024].

Thomas, M. S., Crosby, S., & Vanderhaar, J. (2019). Trauma-informed practices in schools across two decades: An interdisciplinary review of research. Review of Research in Education, 43 (1), 422–452.

UNO-Flüchtlingshilfe e.V. (2024). Wenn die Psyche leidet. https://www.uno-fluechtlingshilfe.de/hilfe-weltweit/humanitaere-hilfe/gesundheit/trauma [21.08.2024].

van der Kolk, B. (2016). Verkörperter Schrecken: Traumaspuren in Gehirn, Geist und Körper und wie man sie heilen kann. Probst.

Wagner, W. (2009). Psychoanalytische Sozialarbeit als Traumapädagogik. Familienanaloge Ersatzelternschaft für psychosozial hochbelastete Kinder. In J. Bausum, L. Besser, M. Kühn & W. Weiß, (Hrsg.), Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis (S. 87–100). Juventa.

Weiß, W. (2005). Was hilft? Pädagogische Möglichkeiten zur Korrektur traumatischer Erfahrungen nutzen. Forum Erziehungshilfen, 11(1), S. 42–47.

Weiß, W. (2009). Selbstbemächtigung. Ein Kernstück der Traumapädagogik. In J. Bausum, L. Besser, M. Kühn & W. Weiß (Hrsg.), Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis (S. 167–181). Juventa.

Weiß, W. (2016). Traumapädagogik: Entstehung, Inspiration, Konzepte. In W. Weiß, T. Kessler & S. B. Gahleitner (Hrsg.), Handbuch Traumapädagogik (S. 20-32). Beltz.

Weiß, W. (2024). Philipp sucht sein Ich. Zum pädagogischen Umgang mit Traumata in den Erziehungshilfen (10. überarbeitete Aufl.). Beltz Juventa.

Zimmermann, D. (2017). Traumatisierte Kinder und Jugendliche im Unterricht. Ein Praxisleitfaden für Lehrerinnen und Lehrer. Beltz.

Zukunft gestalten. Kompetenzen stärken Karriere sichern.

Studieren im Gesundheitswesen an der Hochschule Hof, Fakultät INWISS – Lernorte Bamberg & Kronach

Sie möchten im Gesundheitswesen etwas bewegen? Ob Berufseinsteiger*in oder erfahrene Fachkraft – mit einem Studium an der Hochschule Hof bringen Sie Ihre Karriere auf das nächste Level.Praxisnah. Flexibel. Zukunftsorientiert.

Unsere Studienangebote:

Pflege (B.Sc.) – das Pflegestudium mit heilkundlichen Kompetenzen

#studieren mit #Vergütung

Nach dem Pflegeberufegesetz – mit monatlichem Entgelt im Studium!

In nur 7 Semestern zur akademisch qualifizierten Pflegefachperson.

Pflege (B.Sc.) für Berufserfahrene – studieren in Teilzeit

Für Pflegefachpersonen mit Berufserfahrung: Kompetenzen erweitern, Karrierechancen nutzen. Dank Anerkennung bestehender Kompetenzen in nur 4 Semestern. Studierbar neben Familie, Beruf und Hobby.

Berufspädagogik im Gesundheitswesen (B.A.) – studieren in Teilzeit

#Medizinpädagogik #Pflegepädagogik

Qualifizieren Sie sich für Lernbegleitung/Lehre und pädagogische Aufgaben im Gesundheitswesen. Berufsbegleitend in 7 Semestern – praxisnah und mit dem richtigen didaktischen Handwerkzeug für Dich.

Jetzt QR-Code scannen, informieren und durchstarten!

Hochschule Hof
University of Applied Sciences

www.hof-university.de

Eingereicht: 03.01.2025
Genehmigt: 10.01.2025

doi: 10.61034/LLiG-26

Prof. Dr. Elfriede Brinker-Meyendriesch
i. R.,
Hochschuldidaktik/
Berufspädagogik
Lehrerbildung Pflege
und Gesundheit

Die Grätsche in der Pflegeausbildung – theoriegeleitete Ermittlungen eines auf Mitverantwortung und Mitsteuerung gerichteten Handelns aller Beteiligten

Abstract deutsch

In diesem Diskussionsbeitrag geht es darum, eine bestimmte Problemhaftigkeit zu reflektieren, die ich mit dem Begriff Grätsche (Straddle Problem-Indicator) versinnbildliche. Es geht um innerberufliche und die Ausbildung betreffende Angelegenheiten der Pflegefachberufe und damit verbunden um Möglichkeiten, aber auch Unmöglichkeiten der Mitverantwortung und Mitsteuerung bis in die Berufs- und Bildungspolitik hinein.
Da derzeit gesundheitspolitische und bildungspolitische Weichen gestellt werden, ist es das Anliegen des Diskussionsbeitrags, einen Beitrag dazu zu leisten und aus einem bestimmten Blickwinkel Denkweisen anzubieten, die diskursiv aufgegriffen werden können (Brinker-Meyendriesch 2024).

Abstract englisch

This contribution to the discussion is about reflecting on a certain problem, which I symbolize with the term „Grätsche“ (Straddle Problem-Indicator). It is about matters relating to the nursing profession within the profession and to training, and the associated possibilities, but also the impossibilities, of shared responsibility and co-management, right up to professional and educational policy.
As the course is currently being set for health and educational policy, the aim of this contribution to the discussion is to make a contribution to this and to offer ways of thinking from a certain perspective that can be taken up discursively (cf. Brinker-Meyendriesch 2024).

Blickwinkel und Denkweisen in thesenartiger Kurzfassung

Die Pflegeschule[1] ist als eine Organisation des Teilsystems ‚Lehre und Forschung‘ zu sehen. Systemtheoretisch betrachtet, muss die Pflegeschule als Organisation eines Teilsystems ‚Lehre und Forschung‘ ungestört mit ‚Wahrheit‘ umgehen können. Aber auch ein Krankenhaus als Organisation eines Teilsystems ‚Beschäftigung‘ muss, folgere ich, ungestört mit ‚Arbeit‘ umgehen können.

Teilsysteme können sich als Funktionssysteme eines Gesellschaftssystems aufgrund ihrer Abgrenzungen zur Umwelt und ihrer Selbstreferenz zur Kenntnis nehmen und aufeinander beziehen, sie können sich gegenseitig anregen und in Gegenseitigkeit voneinander profitieren, aber bestimmen können sie sich nicht (Luhmann 2013).
Das Gesundheitswesen als Funk-

[1] Ein Transfer auf die hochschulische Bildung wird hier nicht explizit vorgenommen, der Transfer kann aber vorgenommen werden.

tionssystem eines Gesellschaftssystems präferiert seinem Wesen nach Gesundheit (Gesundheits- bzw. Sozialministerien) und das Bildungswesen präferiert seinem Wesen nach Bildung (Bildungsministerien bzw. Kultusministerien). Durch eine nicht reflektierte ‚Vermischung' von Gesundheit und Bildung, können systemische Abgrenzungen nicht eingehalten werden.

Sollen Pflege und Bildung nicht organisational verschmelzen und sich aufgeben, weil keine Lösungen gefunden werden, die durch Kommunikation der beiden Organisationen hergestellt werden können, liegt es im Vermögen der Politik, generelle Lösungsmöglichkeiten vorzuhalten und einzubringen. Man richtet sich mit Interessenswahrungen so gesehen unter der Maßgabe politisch legitimer Artikulationsmittel (Honneth 2021a, 2021b) nicht **gegen** den Staat, sondern **an** den Staat.

Bildlich drängt der Zustand einer Grätsche bei der „dualen" Pflegeausbildung (Pflegeschule und Pflegepraxis) auf Lösung. Die Grätsche als Indikator eines Zustandes, der veränderungsbedürftig ist, ist ein Fixpunkt, an dem sich zeigt, ob Klärungen und Veränderungen etc. notwendig sind.

Analyse

Es gibt die Berufsbildung im Bildungswesen und eine Berufsbildung im Gesundheitswesen. Hier geht es um sogenannte Pflegeschulen, die staatlich anerkannte Schulen im Gesundheitswesen sind, wo für Gesundheitsberufe, die nach Berufsgesetzen geregelt sind, ausgebildet wird.

Mit diesem Diskussionsbeitrag wird auf ein Dilemma dieser beruflichen Pflegebildung – vielleicht auch anderer Gesundheitsberufe verwiesen –, welche politisch gewollt im Gesundheitswesen oder im Bildungswesen verankert sein können. Der Sachverhalt, dass Pflegeausbildung sich dem Gesundheitswesen oder dem Bildungswesen zuweisen kann, ist entscheidend: Für die Schulen im Gesundheitswesen (hier Pflegeschulen) werden didaktische Finessen eingebracht, die eine Brücke zwischen Theorie und Praxis der Ausbildungen schlagen sollen. Das ist dem Umstand geschuldet, dass das Krankenhaus Träger der Pflegeausbildung ist und weiterhin eigene staatlich anerkannte Pflegeschulen führt. Dadurch kommt es zu einer Verwiesenheit von Pflegeschule und Pflegepraxis. Da im Gesundheitswesen verankert, und nicht im Bildungswesen, fällt sowohl auf die Pflegeschule als auch auf das Krankenhaus (als Stellvertreter für weitere Einsatzorte) und den in ihnen Tätigen diese besondere strukturelle Verschränkung von Beschäftigung und Berufsausbildung zurück. Die Gesundheitswirtschaft hat mit Sparzwang und Personalmangel zu tun. Das führt dazu, dass in der Ausbildung das, was gelernt bzw. gelehrt und gewusst wird, die Pflegepraxis als Ausbildungspartner derzeit nicht immer widerspiegeln kann. Die Pflegeschule als Organisation eines Teilsystems ‚Lehre und Forschung' kann sich aber nicht, mit Blick auf die Gesundheitswirtschaft ihres Arbeitgebers, aufgeben, sondern sondiert curriculare und didaktische Auswege. Es kann aber nicht Aufgabe der Pflegeschule sein, noch könnte sie es leisten, eine Differenz von „Sollen und Sein" (Kersting 2020) zu überbrücken. Dennoch ist implizit verlangt (z.B. durch Abgleich von theoretischer und praktischer Ausbildung, Lernortkooperation, Praxisanleitung, Praxisbegleitung), „Sollen und Sein", um der Auszubildenden willen in Übereinstimmung zu bringen. Dadurch drängt sich weniger das Bild einer Brücke als vielmehr das Bild einer Grätsche auf. Als hergeleitete Denkfigur (Brinker-Meyendriesch 2023, 2024) versinnbildlicht sie etwas, das fortwährend ausbalanciert werden muss und das einer geistigen und/oder tätigen Überbrückung bedarf. Eine Grätsche markiert etwas dialektisch Unsicheres, Unfertiges, Widerstreitendes. Sie kann oder sollte nur eine begrenzte Zeit aufrechterhalten bleiben müssen.

Die Grätsche kommt auf mehreren Ebenen zum Tragen: auf einer Mikroebene, einer Mesoebene und Exoebene sowie einer Makroebene (Kell 1989, Bronfenbrenner 1981) (Abbildung).

Maßnahmen

Mikroebene: Interaktionssysteme als Lernortkooperationen

Unter der systemtheoretischen Unausweichlichkeit, dass beide Teilsysteme ‚ungestört' arbeiten können müssen, bilden sich bezogen auf Ausbildung auf einer Mikroebene Interaktionssysteme als Lernortkooperationen, indem Ausbildungsangelegenheiten kommunikativ behandelt werden. Allerdings werden solche Interaktionssysteme trotz Verstehensbemühungen an Grenzen stoßen.

Kommunikation kann ausgeweitet werden zu einer berufspolitischen Gemeinschaft, die sich dahingehend zur Sprache bringt.

Meso- und Exoebene: Expandierende Interaktionssysteme

So bilden sich etwa expandierende Interaktionssysteme als regionale Arbeitsgruppen. Auf der Mesoebene werden subjektive und organisationale Zuschreibun-

Ebenen, Interaktionssysteme, Personen und Aktionen	
Makrobene: Strukturen der Gesellschaft, des Staates	*Berufspolitisches Interaktionssystem: berufsverbandlich, vereins-/fachpolitisch, wissenschaftlich, gewerkschaftlich; Stellungnahmen in Medien, Beiträge in Foren/Blogs, Beschwerden bei Abgeordneten, politische Mandate, Sachkundige Bürger im Rat u.v.m.*
Exoebene: Schulen des Gesundheitswesens - des Bildungswesens	Expandierendes Interaktionssystem: *Netzwerke, formlose Arbeitskreise,feste Arbeitsgemeinschaften, regional, überregional - webbasiert*
Mesoebene: Pflegeschule - Pflegepraxis	Expandierendes Interaktionssystem: *Netzwerke, formlose Arbeitskreise, feste Arbeitsgemeinschaften, regional, überregional - webbasiert*
Mikroebene: Lernortkooperation, Didaktik....	Interaktionssystem der Lernortkooperation: *Lehrer*in bzw. Praxisbegleiter*in, Praxisanleiter*in, Auszubildende, Betriebsangehörige, Leiter*in/Manager*in in Schule und Betrieb, die Behörde*

Abbildung: Übersicht (System-)Ebenen, Interaktionssysteme, Personen und Aktionen (Ebenen gekürzt nach Kell 1989 bzw. ursprünglich von Bronfenbrenner 1981), eigene Darstellung

gen und Strukturen von Schule und Praxis reflektiert und in den berufspolitischen Diskurs eingespeist. Auf der Exoebene kann die Zweiheit ‚Schulen im Gesundheitswesen' oder ‚Schulen im Bildungswesen' hinterfragt werden. Es bilden sich Kommunikationsverbünde zu Arbeitskreisen oder Arbeitsgruppen aus Schule und Praxis als formlose oder formelle Vereinigungen. Es bildet sich ein kollektives Bewusstsein berufsverbandlicher, vereins-/fachpolitischer, wissenschaftlicher und gewerkschaftlicher Art aus.

Expandierende Interaktionssysteme können übergehen in berufspolitische Interaktionssysteme auf einer Makroebene (Strukturen der Gesellschaft, des Staates).

Makroebene: Berufspolitische Interaktionssysteme

Wenn Organisationen sich aufeinander stützen, miteinander kommunizieren und von jeweils fremder Gedankenarbeit in Gegenseitigkeit profitieren wollen, müssen entsprechende Organisations- und Verfahrensweisen gegeben sein und es muss auch mehr Macht bereitstehen, um die hohe Komplexität bewältigen zu können – ohne zu starke Interferenz durch eine hierarchisch ordnende Macht (Luhmann 2013:142).

Es verdeutlicht sich also, dass das Interaktionssystem der Lernortkooperation keine ausreichend elementaren Machtmittel haben wird, sondern es mit permanenten Rücksichten auf den Träger der Ausbildung bzw. mit der allgemeinen Verfasstheit der pflegerischen Ausbildungen im Gesundheits- oder Bildungswesen zu tun hat. Daher müssen alle normativen Vorgaben von Pflege und Pflegeausbildung bereits Lösungen für allgemeine Problemlagen enthalten. Wenn dies, auch mittels expandierender Interaktionssysteme, nicht oder nicht ausreichend der Fall ist, drängt die vergesellschaftete Berufsöffentlichkeit, möglichst mit den Mitteln, die der verhandelte Gegenstand bereits in sich trägt, darauf (Nassehi 2020). Um sich selbst zur Geltung zu bringen und mit politischer Aufmerksamkeit und Beteiligung arbeiten zu können, kann sich in einem erweiterten berufspolitischen Interaktionssystem ein kollektives Bewusstsein berufsverbandlicher, vereins-/fachpolitischer, wissenschaftlicher und gewerkschaftlicher Art weiterentwickeln.

Fazit

Eine sich auf Mitverantwortung und Mitsteuerung eigener Angelegenheiten etablierende Kultur (Kraul 2009) hat sich in den letzten Jahren seitens der Pflege und Pflegebildung berufspolitisch öffentlichkeitswirksam in Aktionen und Kundgebungen gezeigt.

Studierende und Auszubildende bedienen sich ihres eigenen Verstandes und ihres Mundes und verschaffen sich diskursiv berufspolitisch Geltung – ein auf Mitverantwortung und Mitsteuerung eigener Ausbildungs- und Arbeitsqualität gerichtetes Handeln, das sich politisch legitimer Artikulationsmittel (Honneth) bedient.

Literatur

Brinker-Meyendriesch, E. (2023): Mehr theoretische Durchdringung und selbstkritische Selbst-Aufklärung bei der Erforschung der neuen Pflegeausbildung. In: Pädagogik der Gesundheitsberufe. Die Zeitschrift für den interprofessionellen Dialog. 10(2), S. 49-52.

Brinker-Meyendriesch, E. (2024): Die Grätsche – eine notwendige um berufspolitische Ambitionen erweiterte Denkfigur von Lernortkooperation in der Pflegedidaktik. In: Brühe, R., von Gahlen-Hoops, W. (Hrsg.): Pflegedidaktik II. Reihe: Pflege – Bildung – Wissen. Bielefeld: Transcript, S. 524-557.

Bronfenbrenner, U. (1981): Die Ökologie der menschlichen Entwicklung. Natürliche und geplante Experimente. Stuttgart: Klett-Cotta.

Honneth, A.(2021a): Kampf um Anerkennung. Zur moralischen Grammatik sozialer Konflikte. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Honneth, A.(2021b): Das Ich im Wir. Studie zur Anerkennungstheorie. Berlin: Suhrkamp.

Kell, A. (1989): Berufspädagogische Überlegungen zu den Beziehungen zwischen Lernen und Arbeiten. In: Kell, A., Lipsmeier, A. (Hrsg.): Lernen und Arbeiten. (Beiheft 8 zur ZBW), S. 9-25.

Kraul, M. (2009): Bildungsprozesse und Institutionenkultur. In: Melzer, W., Tippelt, R. (Hrsg.): Kulturen der Bildung. Beiträge zum 21. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Erziehungswissenschaft. Opladen: Barbara Budrich, S. 237-246.

Kersting, K. (2020): Die Theorie des Coolout und ihre Bedeutung für die Pflegeausbildung. Frankfurt a.M.: Mabuse.

Luhmann, N. (2013): Macht im System. Berlin: Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft.

Nassehi, A. (2020): Das Große Nein. Hamburg: Kursbuch Kulturstiftung.

Eingereicht: 13.11.2024
Genehmigt: 31.01.2025

doi: 10.61034/LLiG-27

Digitalisierung im Pflegesektor am Best Practice Beispiel Pulsnetz MuTiG

Nele Stock
MSc. Public Health, Wissenschaftliche Mitarbeiterin Finsoz e.V. und Hochschule Hof – University of Applied Science

Dr. phil. Martina Saße
Dipl. Päd; Dip. Geront. Schwerpunkt Management und Digitalisierung in der Sozial- und Gesundheitswirtschaft
Digitalisierungs- und Innovationsberaterin
Contec GmbH
Bochum

Zusammenfassung

Das Projekt „Pulsnetz: Menschen und Technik im Gemeinwesen (MuTiG)“ ist darauf ausgelegt, den Anforderungen der modernen und innovativen Gesundheitsversorgung zu begegnen. In puncto Digitalisierung zeigt insbesondere die Pflege- und Sozialwirtschaft Entwicklungspotenziale. Der Rückstand des Pflegesektors birgt dahingehend das Risiko, langfristig Effizienzverluste und eine Verschlechterung der Versorgungsqualität zu verursachen. Um die Anforderungen an eine innovative und hochwertige Gesundheitsversorgung zu erfüllen, sind neue Kompetenzen im Umgang mit digitalen Technologien notwendig. Das Projekt „Pulsnetz: MuTiG“ unterstützt diesen Kompetenzaufbau durch praxisnahe Schulungs- und Weiterbildungsangebote, die Pflegekräfte dabei unterstützen, digitale Kompetenzen effektiv in ihren Arbeitsalltag zu integrieren. Am Beispiel des Projekts Pulsnetz MuTiG wird erläutert, wie digitale Lösungen in der Pflege effektiv implementiert werden können. Neben der Bedeutung des Kompetenzaufbaus wird auf die Hürden wie begrenzte Infrastruktur, Akzeptanzprobleme und gesetzliche Anforderungen eingegangen. Angesichts der notwendigen Umstrukturierungen des Pflegesektors und dem anhaltenden Bedarf an digitalem Know-how, ist es essenziell, digitale Kompetenzen in die Curricula der Gesundheitsausbildung zu integrieren. Gemeinsam mit Projekten wie „Pulsnetz: MuTiG“ kann so der notwendige Wandel nachhaltig gefördert werden.

Summary

The Projekt „Pulsnetz Menschen und Technik im Gemeinwesen (MuTiG), which means People and Technology in the Community is designed to meet the demands of modern and innovative healthcare. Especially the care and social services sectors show potential for digital development. This digital lag carries the risk of long-term efficiency losses and a decline in care quality. To meet the requirements of an automated and high-quality healthcare system, new skills in handling digital technologies are essential. The „Pulsnetz: MuTiG“ project supports this development through practical training and continuing education offerings, helping care professionals effectively integrate digital competences into their daily work. The Pulsnetz MuTiG project as an example, demonstrates how digital solutions can be effectively implemented in the care sector. Along with highlighting the importance of building competencies, the project addresses challenges such as limited infrastructure, acceptance issues, and regulatory demands.

Given the necessary restructuring of the care sector and the ongoing need for digital expertise, it is essential to integrate digital skills into healthcare education curricula. Together with initiatives like „Pulsnetz: MuTiG," this approach can sustainably promote the needed transformation.

Projekthintergrund

Zunehmende Multimorbidität, chronische Erkrankungen, der demografische Wandel und der steigende Mangel an Gesundheitspersonal erfordern eine Umstrukturierung der öffentlichen Gesundheitsüberwachung. Digitalisierungsprozesse besitzen das Potential global komplexe Gesundheitssysteme zu revolutionieren. Der gezielte Einsatz von digitalen Ressourcen ermöglicht dabei neue Perspektiven für multiple Akteure. Damit diese Chancen genutzt werden können, benötigen moderne Gesundheitssysteme neue Expertisen sowie ein Verständnis über die wechselseitige Beziehung zwischen Innovation und Gesundheit (McKee & Kluge, 2018; Longhini et al., 2022). Das „Projekt Pulsnetz: Menschen und Technik im Gemeinwesen (MuTiG)" ist darauf ausgelegt, genau diesen Anforderungen zu begegnen: https://mutig.pulsnetz.de/. Pulsnetz MuTiG ist eine Initiative, die sich mit dem Transfer von evidenzbasiertem Wissen und vielversprechenden Technologien in der Pflege- und Sozialwirtschaft beschäftigt. Ziel des Projekts ist es, Mitarbeitende in diesen Bereichen durch maßgeschneiderte Bildungsangebote und Ressourcen zu befähigen die Chancen der Digitalisierung wahrzunehmen, um den Herausforderungen der Moderne proaktiv zu begegnen. Das Projekt wurde vor dem Hintergrund der zunehmenden Digitalisierung, die auch vor der Pflege- und Sozialwirtschaft nicht Halt macht, ins Leben gerufen.

Projektpartner

„Pulsnetz: MuTiG" wird von einem Konsortium diverser Akteure getragen, die ihre Expertise und Ressourcen bündeln, um eine möglichst sektorübergreifende Wirkung zu erzielen. Gefördert wird das Projekt durch den europäischen Sozialfond plus und das Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Zu den zentralen Partnern gehören Einrichtungen der Sozialwirtschaft und Fachhochschulen – darunter die Diakonie Baden-Württemberg, FINSOZ e.V., Contec GmbH, Universität Stuttgart IAT, Hochschule Hof, Vediso. Diese Kooperationen ermöglichen es, praxisnahe und wissenschaftlich fundierte Bildungsangebote zu entwickeln, die den spezifischen Bedürfnissen der Pflege- und Sozialbranche gerecht werden. Durch die enge Zusammenarbeit der Partner werden Synergien geschaffen, die dazu beitragen, die digitalen Kompetenzen in der Pflege- und Sozialwirtschaft nachhaltig zu stärken.

Zugzwang zur Digitalisierung aufgrund gesetzlicher Rahmenbedingungen

Die zunehmende Digitalisierung in der Pflege und Sozialwirtschaft wird nicht nur durch technologische Entwicklungen vorangetrieben, sondern auch durch gesetzliche Vorgaben. Seit der Einführung des E-Health Gesetzes (in Kraft getreten 01/16) verzeichnet Deutschland eine graduelle Entwicklung der politisch reglementierten digitalen Infrastruktur. Verschiedene Gesetzesinitiativen wie das, Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG in Kraft getreten 11/19), das Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung (GSAV in Kraft getreten 08/19), das Digitale-Versorgungs-Gesetz (DVG in Kraft getreten 12/20), die Digitale Gesundheitsanwendungen Verordnung (DiGAV in Kraft getreten 04/20), das Patientenschutzgesetz (PDSG in Kraft getreten 04/20), das Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG in Kraft getreten 10/20), das Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz (DVPMG in Kraft getreten 06/21) und die Einführung der Telematikinfrastruktur, setzen neue Standards und fordern die Integration digitaler Prozesse und Technologien in den Arbeitsalltag (Angerer et al., 2020; Deutsches Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizin-produkte, 2022; Deutsches Bundesministerium für Gesundheit [BMFG], 2019a,b; BMFG, 2020a,b; BMFG, 2023a,b). Für viele Einrichtungen in der Pflege- und Sozialwirtschaft bedeutet dies einen erheblichen Modernisierungsdruck, der oft mit einer schnellen und tiefgreifenden Umstrukturierung einhergeht. Vor allem zu Beginn müssen Mitarbeitende im Umgang mit den digitalen Werkzeugen geschult, Arbeitsprozessen adaptiert und neue Kompetenzen erworben werden.

Rückstand der Pflege im Vergleich zu anderen Branchen

Auch wenn die gesetzlichen Rahmenbedingungen geschaffen und Ansätze in Richtung digitaler Gesundheitsversorgung zu verzeichnen sind, hinkt Deutschland im internationalen Vergleich weiterhin hinterher (Europäische Union [EU], 2022). Insbesondere die Pflege- und Sozialwirtschaft zeigt in puncto Digitalisierung große Entwicklungspotenziale. Während in der Industrie und im Dienstleistungssektor digitale Technologien bereits weitgehend integriert sind, stehen viele Pflegeeinrichtungen noch am Anfang. Gründe hierfür sind unter anderem die hohe

Arbeitsbelastung, begrenzte finanzielle Förderung und die komplexen Anforderungen an Datenschutz und Datensicherheit im Gesundheitswesen (Beckers & Strotbaum, 2021). Dieser Rückstand birgt das Risiko, dass die Pflege- und Sozialwirtschaft den Anschluss an die technologische Entwicklung verliert, was langfristig zu Effizienzverlusten und einer Verschlechterung der Versorgungsqualität führen könnte (Hülsken-Giesler & Daxberger, 2018).

Die digitale Revolution der Dienstleistungserbringung und Arbeitsmethoden bringt nicht nur technische Herausforderungen mit sich. Um den Anforderungen für eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung gerecht zu werden und sich an die zunehmend automatisierte Gesellschaft anzupassen, ist der Erwerb neuer Kompetenzen zwingend notwendig (Jarva et al., 2023). In der Pflege- und Sozialwirtschaft müssen neben allgemeinen digitalen Kompetenzen gesundheitsbestimmende Determinanten verschiedenen Dimensionen einbezogen werden, um den multidimensionalen Ansprüchen der digitalen Versorgung gerecht werden. Ausreichende Fähigkeiten im Umgang mit digitaler Technologie werden durch die digitale Gesundheitskompetenz, Digital-Health-Competence (DHC), abgebildet. Im Sinne einer modernen und effizienten Gesundheitsversorgung, dem Wissenstransfer sowie einer patientenorientierten Entscheidungsfindung bilden diese im Pflegesektor das Fundament für den erfolgreichen Einsatz von digitalen Gesundheitsressourcen. Die zielführende Praxisimplementierung digitaler Ressourcen erfordert eine extensive Visualisierung dieser Kompetenzen (D'Onofrio, 2022; Hofstetter et al., 2023; Jarva et al., 2023; Robert Koch Institut, 2022; Vollmar et al., 2022). Das Projekt „Pulsnetz: MuTiG" trägt diesem Bedarf Rechnung, indem es gezielte Schulungs- und Weiterbildungsangebote entwickelt, die den Mitarbeitenden helfen, die notwendigen digitalen Kompetenzen zu erwerben und in ihrer täglichen Arbeit anzuwenden.

Digitale Kompetenzen

Kompetenzen bilden ein dynamisches Konzept, das je nach Kontext unterschiedliche Definitionen und Bedeutungen annehmen kann. Die Elemente Wissen, Fähigkeiten, Einstellungen, Werte und Leistungen bilden als stabile Bestandteile den Kern jeglicher Kompetenz und können durch Bildung und Weiterentwicklung individuell verbessert werden (Hartig & Klieme, 2006; Jarva et al., 2023). Die Spezifikation der digitalen Kompetenzen umfassen die kritische und verantwortungsvolle Nutzung digitaler Technologien für Lernen, Arbeit und gesellschaftliche Teilhabe, welche sich über Bereiche wie Informationskompetenz, Zusammenarbeit, digitale Inhaltserstellung, Sicherheit und Problemlösung erstrecken (EU, 2022). Sie ermöglichen den Zugang und eine multidimensionale Interaktion mit Informationen über verschiedene digitale Netzwerke. Die klassische Gesundheitskompetenz (health literacy) beschreibt die individuelle Fähigkeit, gesundheitsförderliche Entscheidungen zu treffen (Messer & Murau, 2023; Trill, 2018). Die Umstrukturierung des Gesundheitswesens erfordert eine Adaption dieser Konstrukte, wobei sich verschiedene Definitionen herausgebildet haben.

Begriffe wie die e-health Literacy, digital Literacy und Digital-Health-Competence werden im Deutschen zwar kongruent als „digitale Gesundheitskompetenz" bezeichnet, decken jedoch unterschiedliche Dimensionen ab. Norman und Skinner (2006) definierten e-health Literacy als Fähigkeit, Gesundheitsinformationen aus elektronischen Quellen zu suchen, zu verstehen und anzuwenden, um gesundheitliche Probleme zu lösen (Trill, 2018, S.225). Neuere Definitionen, wie das Lily-Modell, erweitern diesen Ansatz, indem sie individuelle, soziale und technologische Faktoren einbeziehen, die beim Einsatz von IKT im Gesundheitswesen eine Rolle spielen (Griebel, et al., 2018; Trill, 2018; Langkafel & Matusiewicz, 2021; Levin-Zamir, 2023). Das Konzept Digital-Health-Literacy geht einen Schritt weiter, indem es die Fähigkeiten beschreibt, online Gesundheitsinformationen zu suchen, zu verstehen, zu bewerten und anzuwenden. Dazu gehört auch die Nutzung digitaler Geräte und Ressourcen wie Video-Konsultationen, digitale Patientenakten und gesundheitsbezogene Apps zur Gesundheitsförderung (Levin-Zamir et al., 2021; S. 277). Diese Definitionen fokussieren sich jedoch primär auf das Verständnis und die individuellen Fähigkeiten, persönliche gesundheitliche Herausforderungen mithilfe digitaler Lösungen zu bewältigen. Der Fokus auf die notwendigen Kompetenzen des Pflegepersonals erfordert eine Erweiterung bestehender Qulaifikationsprofile, um digitale Lösungen bedarfs- und bedürfnisorientiert in die Versorgung von Patient:innen zu integrieren. DHC beschreibt dahingehend notwendige Kompetenzen in den Bereichen soziale und kommunikative Fähigkeiten für den Einsatz digitaler Technologien in Prävention, Diagnose und Behandlung, die Bereitschaft zur Integration digitaler Werkzeuge im beruflichen Alltag sowie kollegiale und organisatorische Unterstützung (Langkafel

& Matusiewicz, 2021; Levin-Zamir, 2023). Im Zuge des digitalen Wandels ist dabei entscheidend, digitale Möglichkeiten mit traditionellen Maßnahmen zu kombinieren und den Fokus auf eine patientenzentrierte Versorgung zu legen (Jarva et al., 2023).

Beste-Practice Pulsnetz MuTiG: Verknüpfung von Wissenschaft, Praxis und Industrie

Das Projekt „Pulsnetz: MuTiG“ hat erkannt, dass weder rein wissenschaftliche Ansätze noch ausschließlich praxisbezogene Lösungen oder industrielle Entwicklungen allein die Digitalisierung in der Pflege- und Sozialwirtschaft erfolgreich vorantreiben können. Nur durch die synergetische Bündelung dieser drei Bereiche ist es möglich, die Komplexität der digitalen Transformation adäquat zu adressieren. Diese Erkenntnis führt zur Bildung eines starken Netzwerks und eines interdisziplinären Konsortiums, in dem wissenschaftliche Expertise, praktische Erfahrungen und industrielle Innovationen zusammenfließen. Dies ermöglicht eine erhebliche Verbesserung der Usability digitaler Produkte in der Pflege, da sie gezielt auf die Bedürfnisse und Anforderungen der Branche zugeschnitten werden.

Bottom-up-Entwicklung und Praxiswissenstransfer

Ein zentraler Erfolgsfaktor des Projekts ist der Bottom-up-Ansatz, der auf die aktive Einbindung der Pflegekräfte und anderer Mitarbeitenden aus der Praxis setzt. Durch diesen partizipativen Entwicklungsprozess wird sichergestellt, dass die digitalen Lösungen nicht nur theoretisch fundiert, sondern auch praxisnah und benutzerfreundlich sind. Der Transfer zwischen Wissenschaft und Praxis wird durch diesen Ansatz gestärkt, da praktische Erfahrungen direkt in die Entwicklung und Optimierung digitaler Werkzeuge und deren Prozesse einfließen. „Pulsnetz MuTiG“ fungiert somit als Brücke zwischen Wissenschaft und Praxis, wodurch innovative Lösungen nicht nur erdacht, sondern auch effektiv implementiert werden können.

Lernwege: TruDi und Wissenstransfer in der Praxis

Ein weiteres Kernelement des Projekts ist die Schaffung flexibler und bedarfsorientierter Lernwege, die durch den aufsuchenden Truck der Digitalisierung „TruDi“ unterstützt werden. TruDi ermöglicht es den Mitarbeitenden vor Ort, auf praktische Weise Wissen zu erwerben und direkt in ihren Arbeitsalltag zu integrieren. Dabei handelt es sich um einen Begegnungsort, der sowohl das Ausprobieren von Lerninhalten als auch die praktische Wissensvermittlung und reflektierten Umgang mit Technologien fördert. Der Transfer dieses Wissens in die eigene Praxis und dessen Anwendung im beruflichen Kontext stehen hierbei im Vordergrund.

Vertiefte Wissensvermittlung und spezifische Themenbereiche

Neben der praktischen Anwendung von Wissen durch TruDi legt „Pulsnetz MuTiG“ großen Wert auf die vertiefte Wissensvermittlung in spezialisierten Trainings. Diese Trainings decken wesentliche Themen der digitalen Transformation ab, darunter die Entwicklung von Digitalisierungsstrategien, die Steigerung der Digitalkompetenz, die Implementierung der Telematikinfrastruktur, der Einsatz künstlicher Intelligenz sowie das Prozess- und Changemanagement. Diese Inhalte sind darauf ausgerichtet, den Teilnehmenden umfassende und fundierte Kenntnisse zu vermitteln, die ihnen nicht nur helfen, die aktuellen Herausforderungen zu meistern, sondern auch zukünftige Entwicklungen proaktiv zu gestalten.

Individuelle, bedarfsgerechte Beratung und multidimensionale Lernwege

Das Projekt geht über allgemeine Schulungsformate hinaus und bietet individuelle, bedarfsgerechte Beratungen für klein- und mittelständische Unternehmen an, die auf die spezifischen Anforderungen der einzelnen Mitarbeitenden und Organisationen abgestimmt sind. Dies geschieht durch eine sogenannte „Learner Journey“ – ein multidimensionaler Lernweg in Präsenz und mit digitalen Formaten, der auf die individuellen Bedürfnisse und Lernziele der Teilnehmenden eingeht. Die personalisierten Lernwege sorgen dafür, dass Mitarbeitende bedarfsgerecht die Unterstützung und das Wissen erhalten, die er oder sie benötigt, um in der digitalen Arbeitswelt zukunftsfähig und erfolgreich zu agieren.

Chancen, Hürden und Hindernisse in der Umsetzung der Digitalisierung

Trotz der vielversprechenden Ansätze und Strategien, die das Projekt „Pulsnetz MuTiG“ verfolgt, stehen bei der Umsetzung der Digitalisierung in der Pflege- und Sozialwirtschaft bedeutende Hürden und Hindernisse im Weg. Eine der zentralen Hürden ist der unzureichende Ausbau der digitalen Infrastruktur. Gerade in ländlichen Räumen fehlt es an flächendeckendem Breitband-Internet, was die Nutzung moderner Technologien erschwert oder sogar unmöglich macht. (Lobek, 2020) Hinzu kommen die eingeschränk-

te Verfügbarkeit von Schulungs- und Weiterbildungsangeboten vor Ort. Diese Disparitäten führen dazu, dass der Zugang zu digitalen Technologien und den damit verbundenen Lernangeboten ungleich verteilt ist, was die Kluft zwischen städtischen und ländlichen Einrichtungen weiter vergrößert (Lobek, 2020). Jedoch besteht grade in diesen Regionen eine der größten Chancen darin, mithilfe der Digitalisierung die Raumdimension zu überwinden und so die Leistungserbringung unabhängig von der physischen Präsenz zu ermöglichen. Möglicherweise können auf diese Weise Standortnachteile ausgeglichen werden (Lobeck 2020, S. 300.; Reichert-Schick 2019, S. 197; Hübner 2022, S. 92). In dünn besiedelten Gebieten mit langen Anfahrtswegen kann der Einsatz digitaler Technologie, wie Telemedizin oder Telepflege, insbesondere mithilfe des hochgesicherten Netzwerks der Telematikinfrastruktur, die Versorgung erheblich verbessern. So hilft beispielsweise die sozioökonomisch unabhängige Verteilung des Smartphones dabei, der ungleichen Chancenverteilungen in der Gesundheitsversorgung entgegenzuwirken (D'Onofrio, 2022). Pflegekräfte und Ärzte können über digitale Plattformen Diagnosen stellen, Pflegemaßnahmen adaptieren und den Gesundheitszustand des Pflegeempfängers in Echtzeit überwachen, ohne physisch vor Ort sein zu müssen. Dies spart Zeit und Kosten, insbesondere bei häufigen Konsultationen und Routinetätigkeiten.

Ein weiteres Problem besteht in der Finanzierung: Die Einführung und Wartung digitaler Systeme sowie die Anschaffung von Geräten erfordern erhebliche Investitionen, die nicht immer von den Kostenträgern übernommen werden. Darüber hinaus stellt der bürokratische Aufwand eine erhebliche Belastung dar. Die Einführung und der Einsatz digitaler Technologien sind oft mit umfangreichen Dokumentationspflichten und komplexen Genehmigungsverfahren verbunden. Diese bürokratischen Hürden können die Implementierung verzögern oder sogar ganz verhindern, insbesondere wenn die administrativen Kapazitäten der Pflegeeinrichtungen ohnehin schon begrenzt sind.

Als eine der größten Herausforderungen kristallisiert sich die Akzeptanz neuer digitaler Technologien und Prozesse. Unter der primären Prämisse, Gesundheit und Wohlbefinden zu fördern, müssen Pflegekräfte in der Lage sein Gesundheitstechnologien interoperabel zu verstehen und anwenden zu können (Hofstetter et al., 2022; Jarva et al., 2022a, b; Khuarana et al., 2022; Levin-Zamir et al., 2023; Scaratti et al., 2021). Die Praxiserfahrungen des Projektes Pulsnetz MuTiG zeigen jedoch, dass viele Mitarbeitende in der Pflege- und Sozialwirtschaft der Digitalisierung zunächst mit Skepsis oder gar Widerstand begegnen. Zurückzuführen ist dies auf eine mangelnde Vertrautheit mit den neuen Technologien, Angst vor Veränderungen oder auf die Befürchtung, dass digitale Lösungen den menschlichen Aspekt der Pflege verdrängen könnten. Es ist essenziell diesen Widerständen mit Verständnis zu begegnen. Teilnehmende sollen zur aktiven Mitgestaltung einer Innovationen Gesundheitsversorgung motiviert werden. In den Workshops von Pulsnetz MuTiG liegt auf Grund dessen ein besonderer Fokus darauf, sowohl die Chancen als auch die Risiken der Digitalisierung zu adressieren. Es werden Defizite auf Mikro-, Meso- und Makroebene fokussiert, um zu erkennen, welche Chancen die Digitalisierung bieten kann. So wird ein realistischer Blick auf die Herausforderungen geworfen, während gleichzeitig Möglichkeiten identifiziert werden, um den digitalen Wandel erfolgreich zu gestalten. Obwohl mit Hilfe der Digitalisierung dem allgegenwärtigen Mangel an Ressourcen entgegengewirkt werden soll, stellt dieser ein zentrales Hindernis bei der Umsetzung digitaler Technologien in der Pflege- und Sozialwirtschaft dar. Viele Einrichtungen verfügen nicht über die finanziellen Mittel, die technischen Infrastrukturen oder die personellen Ressourcen, um die Digitalisierung in vollem Umfang voranzutreiben. Die Einführung neuer Technologien erfordert oft erhebliche Investitionen, sowohl in die Anschaffung der benötigten Hardware und Software als auch in die Ausbildung der Mitarbeitenden. Ohne ausreichende finanzielle Unterstützung und klare Strategien zur Ressourcenallokation bleibt die Umsetzung vieler digitaler Innovationen lediglich ein Szenario, welches in der Praxis nur schwer zu realisieren ist (Saße, 2024).

Das Projekt Pulsnetz MuTiG ist daher besonders bestrebt, den Herausforderungen in der Implementierung einer innovativen Gesundheitsversorgung gegenüberzutreten. Das gezielte, individuell- und einrichtungsbezogene Bildungsangebot soll dahingehend den Weg für eine erfolgreiche Digitalisierung der Pflege- und Sozialwirtschaft ebnen. Der Einsatz gezielter Maßnahmen und die proaktive Unterstützung von klein- und mittelständischen Unternehmen zeigt, dass somit nicht nur die Effizienz gesteigert, sondern auch die Versorgungsqualität nachhaltig verbessert werden kann.

Zusammenfassung und Ausblick

Angehörige der Gesundheitsberufe sind dafür verantwortlich, dass Patient:innen an Bedürfnisse angepasste und rechtzeitige Behandlungen erhalten. Im Sinne einer hoch qualitativen Gesundheitsversorgung müssen die Chancen der Digitalisierung integriert werden. Aktuell mangelt es an Pflegepersonal, welches im Umgang mit digitalen Technologien geschult ist. Um eine zielführende Ressourcennutzung zu gewährleisten, entsteht die Notwendigkeit eines erweiterten Kompetenzerwerbs. Es werden folglich mehr Bildung, praktische Erfahrung und ein forciertes Bewusstsein im Umgang mit digitalen Gesundheitsanwendungen benötigt (Hofstetter et al., 2022; Jose et al., 2022; Khurana et al., 2022; Konttila et al. 2018; Longhini et al., 2022; Jarva et al., 2022a,b, 2023; Marwaha et al., 2022; Strotbaum & Becker, 2020; Wolf, 2023). In diesem Kontext leistet das Projekt „Pulsnetz: MuTiG“ einen bedeutenden Beitrag zur digitalen Transformation der Pflege- und Sozialwirtschaft. Durch die Verknüpfung von Wissenschaft, Praxis und Industrie sowie innovative Lernmethoden und individuelle Beratungsangebote schafft es die Grundlage für eine zielführende Nutzung von Ressourcen. So trägt das Projekt nicht nur zur Zukunftsfähigkeit der Branche bei, sondern verbessert auch nachhaltig die Versorgungsqualität und die Arbeitsbedingungen.

Derzeit konzentriert sich das Projekt hauptsächlich auf die Bundesländer Baden-Württemberg, Bayern und Nordrhein-Westfalen und ist bis zum 31.12.2026 angesetzt. Angesichts der aktuellen Entwicklungen, insbesondere im Bereich der Telematikinfrastruktur, sowie der bestehenden Defizite im kompetenten und effizienten Einsatz digitaler Ressourcen, wird deutlich, dass auch in Zukunft ein erhöhter Bedarf an entsprechenden Bildungsangeboten bestehen wird. Vor diesem Hintergrund erscheint es dringend geboten, digitale Kompetenzen in die bestehenden Curricula der Ausbildungs- und Studiengänge im Gesundheits- und Sozialwesen zu integrieren. In Kombination mit fundierten Weiterbildungsangeboten, wie die des Projektes Pulsnetz MuTiG, ließe sich somit der notwendige Wandel im Gesundheits- und Sozialwesen sowie eine innovative Gesundheitsversorgung nachhaltig vorantreiben.

Literaturverzeichnis

Angerer, A., Hollenstein, E., & Russ, C. (2021). Der Digital Health Report 21/22: die Zukunft des Schweizer Gesundheitswesens. ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften. https://doi.org/10.21256/zhaw-2408

Beckers, R.; Stellmacher, L. (2021): Qualitätssicherung in der Telemedizin. In: Marx, G.; Rossaint, R.; Marx, N. (Hrsg.) (2021): Telemedizin. Grundlagen und praktische Anwendung in stationären und ambulanten Einrichtungen. Springer Verlag, Berlin. S. 53–71.

Deutsches Bundesministerium für Gesundheit (2019a). Schnellere Termine, mehr Sprechstunden, bessere Angebote für gesetzlich Versicherte. Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG). https://www.bundesgesundheitsministerium.de/terminservice-und-versorgungsgesetz.html [20.10.2024].

Deutsches Bundesministerium für Gesundheit (2019b). Gesetzes für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung (GSAV). https://www.bundesgesundheitsministerium.de/gsav.html [20.10.2024].

Deutsches Bundesministerium für Gesundheit (2020a). Patientendaten-Schutz-Gesetz (GSAV). https://www.bundesgesundheitsministerium.de/patientendaten-schutz-gesetz.html [20.10.2024].

Deutsches Bundesministerium für Gesundheit (2020b). Ärzte sollen Apps verschreiben können. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/digitale-versorgung-gesetz.html [20.10.2024].

Deutsches Bundesministerium für Arzneimittel und Medizinprodukte (2022). DIGA – digitale Gesundheitsanwendungen. https://www.bfarm.de/DE/Medizinprodukte/Aufgaben/DiGA-und-DiPA/DiGA/_node.html;jsessionid=B66B2224CF46AC-5FBF2ED59B9AFB1BC1.intranet232 [20.10.2024].

Deutsches Bundesministerium für Gesundheit (2023a). E-Health. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/e/e-health.html [20.10.2024].

Deutsches Bundesministerium für Gesundheit (2023b). Digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/online-ratgeber-pflege/leistungen-der-pflegeversicherung/leistungen-im-ueberblick/digitale-pflegeanwendungen.html#:~:text=Mit%20dem%20Digitale-Versorgung-%20und%20Pflege-Modernisierungs%C2%AD-Gesetz%20%28DVPMG%29%20erhalten%20Pflegebed%C3%BCrftige%2C,H%C3-

%B6he%20von%20bis%20zu%20insgesamt%2050%20Euro%20monatlich [20.10.2024].

D'Onofrio. (2022). Der digitale Wandel im Gesundheitswesen. HMD Praxis der Wirtschaftsinformatik (Vol. 59, Issue 6, pp. 1448–1460). Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1365/s40702-022-00930-4

Europäische Union (2022). Digital Economy and Society Index (DESI) 2022. https://digital-strategy.ec.europa.eu/de/policies/desi [20.10.2024].

Griebel, L., Enwald, H., Gilstad, H., Pohl, A.-L., Moreland, J., & Sedlmayr, M. (2018). eHealth literacy research—Quo vadis? Informatics for Health and Social Care, pp. 427-444.

Hartig, J., & Klieme, E. (2006). Kompetenz und Kompetenzdiagnostik. In K. Schweizer (Hrsg.), Leistung und Leistungsdiagnostik. Springer, Berlin, Heidelberg. https://doi.org/10.1007/3-540-33020-8_9

Hofstetter, S., Lehmann, L., & Zilezinski, M. et al. (2022). Vermittlung digitaler Kompetenzen in der Pflegeausbildung – eine Vergleichsanalyse der Rahmenpläne von Bund und Ländern. Bundesgesundheitsblatt, 65, 891–899. https://doi.org/10.1007/s00103-022-03575-2

Hübner, U. (2022): Digitalisierung, Künstliche Intelligenz und Big Data als Motor für Wandel. In: Hülsken-Giesler, M.; Kreutzer, S.; Dütthorn, N. (Hrsg.): Neue Technologien für die Pflege. Universitätsverlag Osnabrück. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen. Seite 79–109.

Hülsken-Giesler, M.; Daxberger, S. (2018): Robotik in der Pflege aus pflegewissenschaftlicher Perspektive. In: Bendel, O. (Hrsg.). Pflegeroboter. Springer Verlag, Wiesbaden. Seite 125–140.

Jarva, E., Oikarinen, A., Andersson, J., Tuomikoski, A. M., Kääriäinen, M., Meriläinen, M., & Mikkonen, K. (2022a). Aspects associated with health care professionals' digital health competence development – a qualitative study. Nursing open, 9(2), 1379–1393. https://doi.org/10.1002/nop2.1184

Jarva, E., Oikarinen, A., Andersson, J., Tuomikoski, A. M., Kääriäinen, M., Meriläinen, M., & Mikkonen, K. (2022b). Healthcare professionals' perceptions of digital health competence: A qualitative descriptive study. Finnish Journal of eHealth and eWelfare, 14(1),

Jarva, E., Oikarinen, A., Andersson, J., Tomietto, M., Kääriäinen, M., & Mikkonen, K. (2023). Healthcare professionals' digital health competence and its core factors; development and psychometric testing of two instruments. International journal of medical informatics, 171, 104995. https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2023.104995

Jose, A., Tortorella, G. L., Vassolo, R., Kumar, M., & Mac Cawley, A. F. (2022). Professional Competence and Its Effect on the Implementation of Healthcare 4.0 Technologies: Scoping Review and Future Research Directions. International journal of environmental research and public health, 20(1), 478. https://doi.org/10.3390/ijerph20010478

Khurana, M.P., Raaschou-Pedersen, D.E., Kurtzhals, J. et al. Digital health competencies in medical school education: a scoping review and Delphi method study. BMC Med Educ 22, 129 (2022). https://doi.org/10.1186/s12909-022-03163-7

Konttila, J., Siira, H., Kyngäs, H., Lahtinen, M., Elo, S., Kääriäinen, M., Kaakinen, P., Oikarinen, A., Yamakawa, M., Fukui, S., Utsumi, M., Higami, Y., Higuchi, A., & Mikkonen, K. (2019). Healthcare professionals' competence in digitalisation: A systematic review. Journal of clinical nursing, 28(5-6), 745–761. https://doi.org/10.1111/jocn.14710

Langkafel, P. & Matusiewicz, D. (2021). Digitale Gesundheitskompetenz: Brauchen wir den digitalen Führerschein für die Medizin? (1. Aufl). Medhochzwei.

Levin-Zamir, D. (2023). 'Digital Health Literacy and Health Technology in Health Systems and Beyond: The Importance of Measurement, Planned Action, and Policy for Readiness and Sustainability. Information Service & Use (43). 143 – 150. https://doi/ 10.3233/ISU-230192

Lobeck, M. (2020): Digitalisierung in ländlichen Räumen. In: C. Krajewski & C. Wiegandt (Hrsg.), Land in Sicht. Ländliche Räume in Deutschland zwischen Prosperität und Peripherisierung. Bpb, Bonn. Seite 300–313.

Longhini J, Rossettini G, Palese A. Digital Health Competencies Among Health Care Professionals: Systematic Review. J Med Internet Res 2022;24(8): e36414 URL: https://www.jmir.org/2022/8/e36414 DOI: 10.2196/36414

Marwaha, J.S., Landman, A.B., Brat, G.A. et al. Deploying digital health tools within large, complex

health systems: key considerations for adoption and implementation. npj Digit. Med. 5, 13 (2022). https://doi.org/10.1038/s41746-022-00557-1

Messer, M. & Murau, T. (2023). Digitale Gesundheitskompetenz von Pflegefachpersonen: Eine Ressource im Umgang mit Infodemien am Beispiel von COVID-19. In K. Rathmann, K. Dadaczynski, O. Okan, M. Messer (Hrsg). Gesundheitskompetenz. (1. Aufl. S. 451-459) Springer Berlin, Heidelberg.

Reichert-Schick, A. (2019): Ökonomischer und infrastruktureller Wandel im ländlichen Raum. In: Nell, W.; Weiland, M. (Hrsg.). Dorf. Ein interdisziplinäres Handbuch. (1. Aufl., S. 193–202). Metzler Verlag, Berlin.

Robert Koch Institut (2022). Public Health – Mehr Gesundheit für alle. https://www.rki.de/DE/Content/Institut/Public_Health/PH_node.html. [22.10.2024].

Saße, M. (2024): Einfluss digitaler Plattformen auf die Pflegequalität in ländlichen Räumen. Szenarioanalyse zu Möglichkeiten und Grenzen. http://dx.doi.org/10.23660/voado-450 [23.10.2024]

Scaratti, Argenta, C., Xavier de Almeida, W., & Argenta Zanatta, E. (2021). Mobile application resources to selfcare and selfmanagement of type I diabetes mellitus: integrative review, 13, 1374–1380. https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.10020

Strotbaum, V. & Becker, M. (2020). Qualitätsbewertung von gesundheitsbezogenen Apps. In A. Pfannstiel; F. Holl & W.J. Swoboda (Eds.), mHealth-Anwendungen für chronisch Kranke – Trends, Entwicklungen, Technologien. (1. Aufl., S. 289-310). Wiesbaden: Springer Gabler

Trill, R. (2018). Praxisbuch eHealth: von der Idee zur Umsetzung. Stuttgart: Kohlhammer.

Vollmar, H., Lemmen, C., Kramer, U., Richter, J. G., Fiebig, M., Hoffmann, F., & Redaèlli, M. (2022). Digitale Transformation des Gesundheitswesens – eine Delphi-Studie der Arbeitsgruppen Digital Health und Validierung und Linkage von Sekundärdaten des Deutschen Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF). Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany)), 84(7), 581–596. https://doi.org/10.1055/a-1821-8429

Wolf, M. (2023). Welche Digitalkompetenzen braucht die Pflege? https://mutig.pulsnetz.de/wissen/artikel/welche-digitalkompetenzen-braucht-die-pflege [23.10.2024].

Eingereicht: 12.12.2024
Genehmigt: 06.01.2025

doi: 10.61034/LLiG-28

Lerneffekte von Stationenlernen vs. Frontalunterricht in der Pflegeausbildung

Nancy Wappler
B.A. Medizinpädagogik
Gesundheits- und Krankenpflegerin

Katrin Möckel
M.A. Medizinpädagogik
Schulleitung
Pflegeschule des SRH Waldklinikums Gera

Prof. Dr. Marcus Schwarz
Professor für Methodenlehre in den Gesundheits- und Sozialwissenschaften an der SRH University

Zusammenfassung

Die zunehmende Bedeutung des aktivierenden Lernens, insbesondere in der Berufsausbildung, zielt darauf ab, Handlungskompetenzen zu entwickeln. Stationenlernen ist dabei eine mögliche Lernmethode, die eingesetzt werden kann. Im Vergleich zum Frontalunterricht gibt es bisher heterogene wissenschaftliche Ergebnisse in Bezug auf den Lerneffekt bei Schüler/-innen der Sekundarstufe I und II in Österreich und Indonesien. Ziel der vorliegenden Arbeit war es, die Lerneffekte im Setting der generalistischen Pflegeausbildung zu untersuchen.

Durchgeführt wurde eine experimentelle Längsschnittstudie mit 27 Schüler/-innen des zweiten Lehrjahres der Pflegeausbildung an einer Schule in Sachsen-Anhalt. Die Zuteilung zur Interventionsgruppe (Stationenlernen, n=10) und zur Kontrollgruppe (Frontalunterricht, n=17) erfolgte randomisiert. Der Lerneffekt wurde mittels Multiple-Choice-Test vor und unmittelbar nach dem Unterricht sowie zwölf Wochen später ermittelt.

Die Lernenden in der Interventionsgruppe erreichten stärkere positive Lerneffekte mit einer Verbesserung des Notendurchschnitts um 1,5 als die Lernenden in der Kontrollgruppe, die sich im Notendurchschnitt nur um 0,8 verbesserten. Bei den langfristigen Effekten nach 12 Wochen verschlechterten sich beide Gruppen um -0,1 Notenpunkte im Vergleich zum Lerneffekt unmittelbar nach der Intervention.

Stationenlernen zeigt damit auch im Setting der Pflegeausbildung positive Effekte. Aufgrund der kleinen Stichprobe sollten weitere Studien erfolgen, die den Lerneffekt umfassender und detaillierter ermitteln.

Abstract

The increasing importance of activating learning, especially in vocational training, aims to develop competences for action. Station-based learning is one possible learning method that can be used. In comparison to frontal teaching, there have been heterogeneous scientific results to date with regard to the learning effect on pupils at lower and upper secondary level in Austria and Indonesia. The aim of this study was to analyse the learning effects in the setting of nursing training.

An experimental longitudinal study was conducted with 27 students in their second year of nursing training at a school in Saxony-Anhalt. Allocation to the intervention group (station-based learning, n=10) and the control group (face-to-face teaching, n=17) was ran-

domised. The learning effect was determined using a multiple-choice The learners in the intervention group achieved stronger positive learning effects with a 1.5 grade point average improvement than the learners in the control group, who only improved their grade point average by 0.8. In the long-term effects after 12 weeks, both groups deteriorated by -0.1 grade points compared to the learning effect immediately after the intervention.

Ward-based learning thus also shows positive effects in the setting of nursing training. Due to the small sample size, further studies should be conducted to determine the learning effect more comprehensively and in greater detail.

Einleitung

Lehrende verschiedener Schulformen setzen in Abhängigkeit vom Unterrichtsziel und dem Thema unterschiedliche Lernmethoden im Unterricht ein. Dabei werden zunehmend mehr aktive Lernmethoden eingesetzt. Eine Befragung von Lehrenden an allen Schulformen in Bayern zeigte bereits in 2005, dass der Anteil an Frontalunterricht im Vergleich zu einer Studie von 1985 um über 60 % abgenommen hat und viel mehr kooperative Sozialformen des Unterrichts zur Anwendung kommen (Ganser, 2005, S. 142; Hage et al., 1985). Eine mögliche Lernmethode dieses kooperativen und aktiven Lernens ist z.B. das Stationenlernen.

Wissenschaftliche Ergebnisse zu den Effekten beider Lernmethoden (Frontalunterricht und Stationenlernen) im Vergleich auf die Lernergebnisse der Schüler/-innen, gab es bisher in internationalen Studien aus Indonesien, Österreich, Tschechien oder der Türkei. Das Stationenlernen zeigte dabei positive Effekte im Vergleich zu klassischen Lernmethoden (Wendler, 2012, S. 110; Litualy & Serpara, 2020, S. 424 f.; Aydogmus & Senturk, 2019, S. 10; Kubiatko & Fancovicova, 2022, S. 7; Alacapinar & Uysal, 2020, S. 94 ff.). Einzelne Studien zeigen jedoch auch, dass vor allem bei komplexeren Unterrichtsthemen auch der Frontalunterricht gegenüber dem Stationenlernen in Abhängigkeit des Alters der Lernenden vorteilhafter sein kann (Held, 2002, S. 9). In anderen Einzelstudien konnte dagegen kein Unterschied hinsichtlich des Lerneffektes im Vergleich beider Lernmethoden festgestellt werden (Schopf et al., 2018, S. 17). Studien im Setting der Pflegeausbildung wurden bislang nicht durchgeführt und war somit Ziel der zugrundeliegenden Untersuchung.

Theoretischer Hintergrund

Der theoretische und praktische Unterricht in der generalistischen Pflegeausbildung gliedert sich in 11 curriculare Einheiten (Rahmenpläne der Fachkommission nach §53 PflBG, 2020, S. 14). Dabei werden den curricularen Einheiten jeweils typische Pflegesituationen zugrunde gelegt, die ein praxisnahes kompetenzorientiertes Lernen ermöglichen sollen und hinsichtlich der Komplexität über den Ausbildungsverlauf anspruchsvoller werden. Durch die Angabe von Bildungszielen in den curricularen Einheiten soll außerdem die Persönlichkeits- und Identitätsentwicklung durch gezielte Reflexionen gefördert werden. Zusätzlich werden methodische Anregungen für den Unterricht sowie für Lern- und Arbeitsaufgaben in den curricularen Einheiten gegeben, um die Kompetenzorientierung in den Fokus zu rücken (Rahmenpläne der Fachkommission nach §53 PflBG, 2020, S. 12 ff.; S. 21 ff.). Die Handlungskompetenz zielt letztendlich darauf ab, dass die Auszubildenden berufliche Situationen professionell bewältigen können. Lt. Kultusministerkonferenz setzt sie sich aus der Fach-, der Human- sowie der Sozialkompetenz zusammen. In allen drei Bereichen integriert sind die Methodenkompetenz, die kommunikative Kompetenz sowie die Lernkompetenz zu schulen (KMK, 2021, S. 15 f.).

Unterricht kann dabei in verschiedenen Sozialformen sowie mit verschiedenen Lernmethoden gestaltet werden. Mit den Sozialformen oder didaktischen Großformen werden zunächst unterschiedliche Organisationen der Lerngruppe zueinander charakterisiert (Schmal, 2023, S. 102). Bei der Großgruppenarbeit (wozu der Frontalunterricht zählt) steht der Lehrende im Fokus der Unterrichtsgestaltung. Die Lernenden auf der anderen Seite sind wenig aktiv bis passiv und setzen sich alle mit den gleichen Lerninhalten auseinander (Schmal, 2023, S. 103). Während der Kleingruppen- und Partnerarbeit dagegen sind die Lernenden aktiver und bearbeiten Lerninhalte selbstständig (Schmal, 2023, S. 108 ff.). Im Rahmen der Einzelarbeit bearbeitet ein Lernender dagegen allein selbstständig die Lerninhalte (Schmal, 2023, S. 114). Die Auswahl der Lernmethode innerhalb der Sozialformen ist letztendlich abhängig von den Rahmenbedingungen, dem Lernziel, den Lernenden und dem Lehrenden (Schmal, 2023, S. 128). Lernmethoden, die zum Bereich der Großgruppenarbeit gehören, sind vor allem der Vortrag sowie Unterrichtsgespräche (Schmal, 2023, S. 103 f.). Innerhalb der Kleingruppen-, Partner- und Einzelarbeiten kommen dagegen verschiedene

aktivere Lernmethoden zum Einsatz (Schmal, 2023, S. 130 ff.). Eine mögliche Lernmethode ist das Stationenlernen.

Beim Stationenlernen können Schüler/-innen Themen entsprechend dem eigenen Vorwissen und ihren Erfahrungen selbstständig in ihrer eigenen Geschwindigkeit an verschiedenen Stationen erarbeiten (Langenkamp & Malottke, 2014, S. 61; Hegele, 1999, S. 53). Eine Station muss dabei gut vorbereitet werden und sollte klare Aufgabenstellungen sowie definierte Lernziele enthalten (Langenkampf & Malottke, 2014, S. 96). Das Stationenlernen läuft in vier Phasen ab (Faust-Siehl, 1989): In einem Anfangsgespräch werden die Lernenden über das Thema und das Ziel informiert. In einem Rundgang können sich die Schüler/-innen anschließend einen Überblick verschaffen. Im nächsten Schritt findet die Arbeit an den Stationen statt und abschließend erfolgt ein Schlussgespräch, in dem die Lerninhalte gemeinsam reflektiert werden. Der Gesamtablauf des Stationenlernens ist in Abbildung 1 dargestellt.

In einer Online-Befragung von 27 Lehrenden und 54 Auszubildenden der Pflegeausbildung wurde der Einsatz verschiedener Lernmethoden in diesem Setting untersucht (Herdecker et al., 2023, S. 38). Dabei wurde festgestellt, dass als vordergründige Lernmethode von 63 % der Lehrenden Frontalunterricht eingesetzt wird. Gruppen- und Partnerarbeiten werden von jeweils 18,5 % der Lehrenden vordergründig eingesetzt, die Einzelarbeit stellte keine bevorzugte Lernmethode dar (Herdecker et al., 2023, S. 38). Das gelenkte Unterrichtsgespräch und Diskussionen wurden dabei am häufigsten eingesetzt (48,1 % der Lehrenden und 74,1 % der Auszubildenden). Fallarbeit oder problemorientiertes Lernen wurde von 29,6 % der Lehrenden sehr häufig eingesetzt. Weitere, jedoch weniger häufig eingesetzte Methoden waren Lernstationen, YouTube-Videos, E-Learning, Kugellager bzw. Expertengruppen, Gruppenpuzzles, Quizze mit PowerPoint-Folien und spielerisches Lernen. 92,6 % der Lehrenden gaben an, dass sie mit dem gelenkten Unterrichtsgespräch und den Diskussionen den größtmöglichen Lernerfolg für die Lernenden fokussieren (Herdecker et al., 2023, S. 38 f.).

Die bisherige Forschung hinsichtlich unterschiedlicher Lerneffekte beider Lernmethoden begrenzt sich bisher auf internationale Studien. In der Türkei analysierte eine Metaanalyse 13 Studien im Zeitraum von 2000 bis 2018

Abb.1: Unterrichtsphasen des Stationenlernens (eigene Darstellung in Anlehnung an Faust Siehl, 1989)

und verglich den Lerneffekt des Stationenlernens im Vergleich zu klassischen Lernmethoden im Bereich der Grundschule bis hin zur Universität. Dabei hatte das Stationenlernen signifikant einen größeren Lerneffekt (Aydogmus & Senturk, 2019, S. 10). Eine weitere Metaanalyse schloss 15 Dissertationen zum Thema ein, die im Zeitraum von 2007 bis 2019 durchgeführt wurden. Sie stellte ebenso einen großen Effekt des Stationenlernens auf die kognitive Leistung der Lernenden im Vergleich zu klassischen Lernmethoden fest. Zusätzlich wurde die Einstellung der Lernenden untersucht, wobei es in der Gruppe des Stationenlernens minimal negative Effekte gab (Alacapinar & Uysal, 2020, S. 94 ff.).

Einzelstudien zeigen dagegen heterogene Ergebnisse. So untersuchte Wendler bereits 2012 im Biologieunterricht einer 6. Klasse in Graz die Unterschiede beider Lernmethoden. Stationenlernen führte dabei zu besseren Noten und positiveren Emotionen beim Lernen (Wendler, 2012, S. 110 ff.). An der Wirtschaftsuniversität Wien im Rechnungswesen erzielte das Stationenlernen im Vergleich zum Frontalunterricht ähnlich große Lerneffekte. Die Motivation war zu Beginn des Unterrichts im Frontalunterricht besser, sank aber dann ab. Beim Stationenlernen war die Motivation bei den Lernenden dagegen zu Beginn eher gering, stieg aber im Verlauf an. Die Studierenden wünschten sich letztendlich eine Kombination beider Methoden (Schopf et al., 2018, S. 17 f.). Eine weitere Studie aus Indonesien zeigte zwei Jahre später, dass Lernende in einer 11. Klasse im Deutschunterricht durch das Stationenlernen dagegen wieder bessere Lernergebnisse erzielten als im Frontalunterricht (Litualy & Serpara, 2020, S. 424 f.). Im Rahmen eines Quasi-Experimentes wurde der Wissenszuwachs zur Bestimmung giftiger Pflanzen bei Studierenden der Biologie an einer tschechischen Universität 2022 untersucht. Die Kontrollgruppe (n=28) lernte dabei mit klassischen Lernmethoden und die Interventionsgruppe (n=21) mit der Lernmethode Stationenlernen. Ein Vergleich zwischen einem Pre- und einem Posttest zeigte, dass das Stationenlernen signifikant die Lernergebnisse verbesserte im Vergleich zur Kontrollgruppe (Kubiatko & Fancovicova, 2022, S. 7).

Die meisten Studien bestätigen zwar einen positiven Effekt der Lernmethode des Stationenlernens im Vergleich zu klassischen Lernmethoden, jedoch gibt es auch gegenteilige Befunde in Einzelstudien. Aktuell fehlen wissenschaftliche Untersuchungen in Deutschland im Setting der Pflegeausbildung, die einen Lerneffekt im Vergleich beider Lernmethoden vergleichen.

Ziel und Forschungsfrage

Ziel der Untersuchung war es, Lerneffekte der beiden Lernmethoden in der Pflegeausbildung zu vergleichen. Es wurde folgende Forschungsfrage gestellt: Wie beeinflusst Frontalunterricht bzw. Stationenlernen den objektiven Lernerfolg bei Auszubildenden der generalistischen Pflegeausbildung?

Methodik

Die vorliegende Untersuchung ist eine quantitative Längsschnittstudie. Im Rahmen eines experimentellen Vorgehens wurden die Auszubildenden einer Klasse randomisiert per Losverfahren einer Kontrollgruppe und einer Interventionsgruppe zugeteilt. Die Gruppen unterschieden sich durch die angewandte Lernmethode und wurden hinsichtlich des Lerneffektes zu zwei Zeitpunkten miteinander verglichen.

Nach Genehmigung der Schulleitung einer Pflegeschule in Sachsen-Anhalt wurden die Auszubildenden der generalistischen Pflegeausbildung im 2. Lehrjahr über die Studie aufgeklärt und die Einwilligung eingeholt. Mittels Randomisierung wurden die Auszubildenden zur Interventionsgruppe (n=10) sowie zur Kontrollgruppe (n=17) zugeordnet. Anhand eines Multiple-Choice-Testes mit 18 Single-Choice-Fragen wurde das Vorwissen zum gleichen Unterrichtsthema zum Start der Studie ermittelt. Beide Gruppen erhielten anschließend den Unterricht mit den sich unterscheidenden Lernmethoden. Das Thema war der curricularen Einheit 11 „Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen und kognitiven Beeinträchtigungen personenzentriert und lebensweltbezogen unterstützen“ zuzuordnen. Konkrete behandelte Themen waren Angst- und Zwangsstörungen, Alkoholismus, affektive Störungen, Suizid, Borderline-Störung, Münchhausen-Syndrom und Narzissmus.

Die Kontrollgruppe erhielt zu diesen Themen Frontalunterricht im Rahmen von Präsentationen und Unterrichtsgesprächen im Zeitraum von Januar bis April 2024. Dafür wurden insgesamt 18 Unterrichtseinheiten (UE) zu je 45 Minuten aufgewendet (Tabelle 1).

Die Interventionsgruppe bearbeitete diese Themen dagegen im Unterricht mit Hilfe der Lernmethode Stationenlernen. Dies erfolgte nach einer kurzen Informationsphase über die allgemeine Vorgehensweise bei dieser Methode in fünf Gruppen zu jeweils zwei

Thema	Unterthemen	UE
Borderline	Typen, Epidemiologie, Ursachen, Symptome, Diagnostik, Therapie	4
Narzissmus	Epidemiologie, Entstehung, Symptome, Diagnostik, Therapie, Prognose	2
Angst- und Zwangsstörungen	Arten, Ursachen, Symptome, Therapie	2
Affektive Störungen	Depression vs. Manie	2
Suizid	Risikofaktoren, Warnzeichen, Stadien, Umgang mit suizidgefährdeten Menschen	2
Alkoholismus	Formen, Folgeerkrankungen, Co-Abhängigkeiten, Entwöhnungstherapie, Umgang mit Entzugssymptomen	4
Münchhausen-Syndrom	Typen, Ursachen	2

Tabelle 1: Unterrichtsthemen in der Kontrollgruppe mit Frontalunterricht

Lernenden. Nach einem gemeinsamen Rundgang erfolgte das individuelle Arbeiten an den Stationen. Alle Stationen enthielten eine konkrete Aufgabenstellung und wurden nummeriert, um eine Bearbeitung in einer gewissen Reihenfolge zu gewährleisten, da die Stationen inhaltlich aufeinander aufbauten. Auch eine Zeitvorgabe pro Station wurde vorgegeben, um die Organisation effektiver zu gestalten. An den Stationen wurden folgende Aufgaben realisiert: Dominos, Zuordnung von Texten zu Bildkarten, Beschriftung von Arbeitsblättern mit Lehrbüchern, Memory, Blitzlicht zur Reflektion in einer Gruppe, Fehlersuche in einem Text, Kahoot, Impulsbilder, Lückentexte, Textpuzzle sowie Filmsequenzen mit Beantwortung von themenbezogenen Fragen. Die Aufgaben wurden zum Teil in Einzel- und zum Teil in Partnerarbeit an den Stationen realisiert. Die Lehrende stand als Beobachterin und Lernbegleiterin zur Verfügung. In dieser Form wurden die sieben Erkrankungsgruppen jeweils über vier UEs im Zeitraum von März bis Juli 2024 bearbeitet (insgesamt 28 UEs).

Der Multiple-Choice-Test wurde anschließend erneut durchgeführt, um den Wissenszuwachs der Auszubildenden zu ermitteln. Aus den Punktwerten im Test wurden Noten gebildet. Der objektive Lernerfolg konnte somit anhand der Notendifferenz der beiden Tests in beiden Gruppen ermittelt werden. Die Datenerhebung erfolgte dabei anonym und es konnten keine Rückschlüsse auf die individuellen Studienteilnehmer vollzogen werden. Somit wurden lediglich die Durchschnittsnoten der Gruppen miteinander verglichen. Nach 12 Wochen erfolgte erneut der gleiche Test, um auch langfristige Lernerfolge in beiden Gruppen zu untersuchen. In der Interventionsgruppe fiel aufgrund von Krankheit jeweils ein/e Lernende/r aus, sodass es hier im ersten sowie zweiten Test nach dem Unterricht zu einem Datenverlust kam. Die Datenauswertung erfolgte mit Microsoft Excel.

Ergebnisse

Die Interventionsgruppe bestand aus neun weiblichen und einem männlichen Lernenden im Alter zwischen 18 und 42 Jahren. Die Kontrollgruppe setzte sich aus 13 weiblichen und vier männlichen Lernenden im Alter zwischen 18 und 43 Jahren zusammen.

Im Prätest erreichte die Kontrollgruppe einen Notendurchschnitt von 3,1 (SD 0,99). Nach dem Unterricht verbesserte dieser sich auf 2,3 (SD 0,84) und verschlechterte sich anschließend leicht nach 12 Wochen auf 2,4 (SD 1,00). Die Interventionsgruppe startete mit einem Notendurchschnitt von 3,2

(SD 0,63) und verbesserte sich nach dem Stationenlernen auf 1,7 (SD 0,7). Nach 12 Wochen erreichten sie einen Durchschnitt von 1,8 (SD 0,66). Somit verbesserten sich beide Gruppen durch den Unterricht, die Lernenden in der Interventionsgruppen erreichten aber stärkere positive Lerneffekte (+ 1,5) als die Lernenden in der Kontrollgruppe (+ 0,8). Bei den langfristigen Effekten nach 12 Wochen verschlechterten sich beide Gruppen um -0,1 Notenpunkte, wobei damit der Notendurchschnitt der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe weiterhin besser bleibt. Die Ergebnisse sind in der Abbildung 2 zusammengefasst.

Diskussion

Bei nahezu gleichen Ausgangsbedingungen im Vorwissen in beiden Gruppen (3,1 und 3,2 im Notendurchschnitt) wurde festgestellt, dass der Lerneffekt nach dem Stationslernen deutlich größer sowohl im Kurzzeit- als auch im Langzeiteffekt als im Frontalunterricht war. Somit konnte ein ähnlich positiver Effekt des Stationenlernens bei den Auszubildenden der Generalistik festgestellt werden wie in den Studien von Wendler (2012) im Biologieunterricht einer 6. Klasse sowie von Litualy & Serpara (2020) im Deutschunterricht einer 11. Klasse in Indonesien und von Kubiatko & Fancovicova (2022) mit Studierenden in Biologie. Auch die beiden Metaanalysen von Aydogmus & Senturk (2019) sowie Alacapinar & Uysal (2020) werden durch die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung bestätigt.

Bei Schopf et al. (2018) gab es keinen wesentlichen Unterschied im Lerneffekt zwischen beiden Lernmethoden bei Wirtschaftspädagogik-Studierenden. Die Altersstruktur der Stichprobe war vergleichbar mit den Berufsschüler/-innen. Das Ergebnis könnte auch mit der Motivation der Lernenden zusammenhängen, die in der Gruppe des Frontalunterrichtes bei Schopf et al. (2018) höher war. Die Motivation wurde in dieser vorliegenden Studie nicht untersucht und lässt deshalb keinen Vergleich zu.

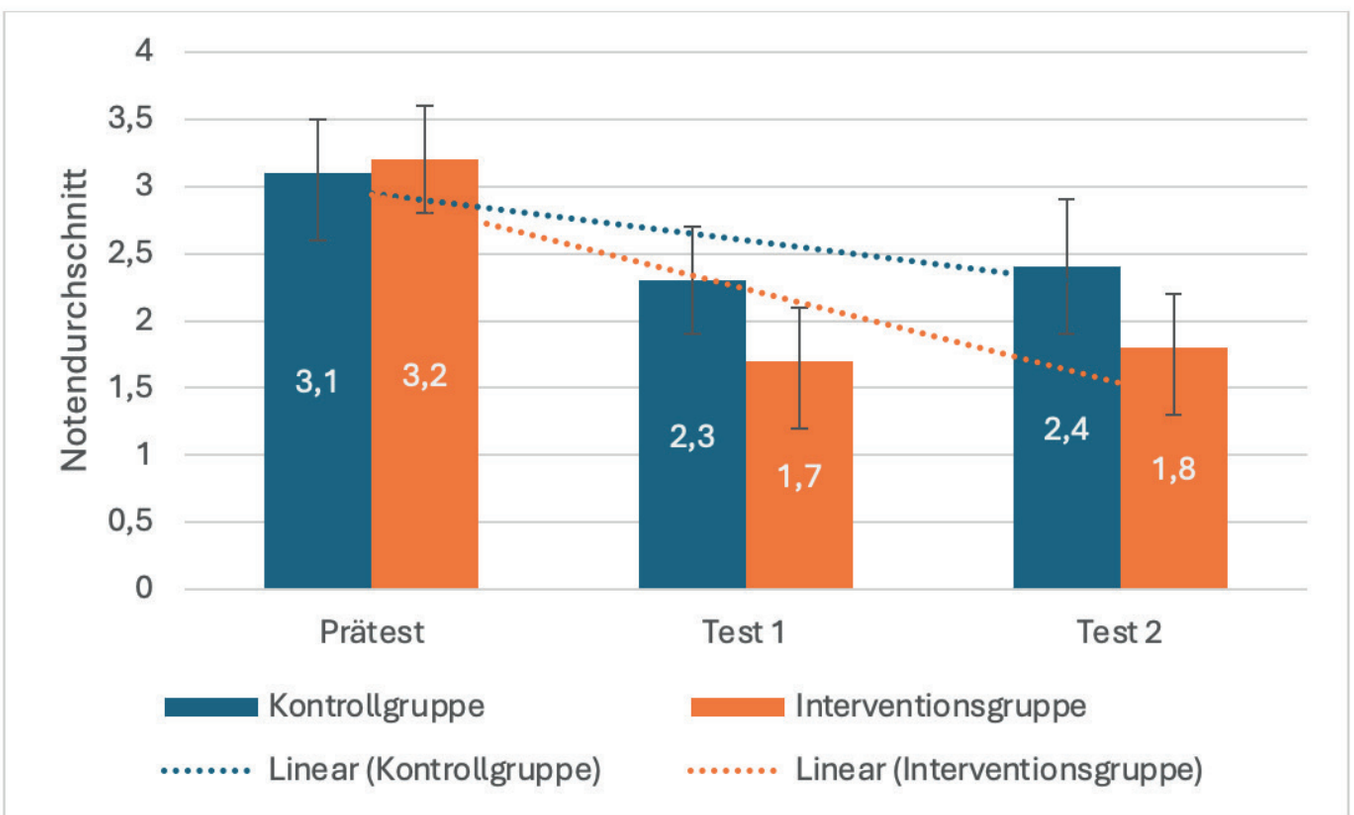

Abb. 2: Mittelwerte und 95 %-Konfidenzintervalle der Noten in den Gruppen (eigene Darstellung)

Die untersuchte Stichprobe in dieser Studie war mit 26 Schüler/-innen sehr klein. Durch Krankheit konnten nicht alle Lernenden am Experiment teilnehmen, sodass Datenverluste in der Interventionsgruppe aufgetreten sind und diese im Vergleich zur Kontrollgruppe kleiner ausfiel. Aufgrund des gleichbleibenden Multiple-Choice-Testes zur Ermittlung des Vorwissens sowie zum Lernerfolg nach der Intervention, könnte es zu Verzerrungen durch Erinnerung an die Fragen gekommen sein. Mit 18 Fragen ist dieser Test zur Erhebung des objektiven Lernerfolgs auch sehr kurz. Eine umfassende Handlungskompetenz kann mit diesem Messinstrument nicht beurteilt werden. Die Lernenden konnten sich außerdem über die Gruppen hinweg austauschen. Durch eine fehlende Verblindung der Teilnehmenden in den Gruppen könnten sich die Lernenden in der Kontrollgruppe benachteiligt sowie die Lernenden in der Interventionsgruppe bevorteilt gefühlt haben und gingen möglicherweise auch mit dieser Erwartungshaltung jeweils an die Lösung des Multiple-Choice-Tests heran. Zusätzlich konnten möglicherweise Informationen zum Test von der Kontrollgruppe an die Interventionsgruppe weitergegeben worden sein, weil in dieser Gruppe die Erhebung zu einem früheren Zeitpunkt stattfand. Es ist also durchaus möglich, dass die Interventionsgruppe dadurch bessere Ergebnisse erzielte.

Weiterführende Studien mit größeren Stichproben sowie umfangreicheren Tests zur Beurteilung des Lernerfolgs sind zu empfehlen. Weiterhin sollte in diesen Studien neben dem Lernerfolg auch die Motivation der Lernenden erfasst werden. Unterschiede in den Ergebnissen der Gruppen kann mit Hilfe einer Signifikanztestung noch näher untersucht werden. Es sollte zudem untersucht werden, ob es Unterschiede im Lernerfolg bei der Anwendung der beiden Lernmethoden im Zusammenhang mit der Komplexität des Themas sowie dem Ausbildungsfortschritt der Lernenden gibt. Es könnten außerdem Zusammenhänge zwischen dem Alter der Lernenden und der Vorerfahrung sowie dem Geschlecht und dem Effekt des Lernerfolgs beider Lernmethoden untersucht werden.

Fazit

Das Stationenlernen erzielte bessere Lernerfolge als der Frontalunterricht in der Pflegeausbildung. Der Einsatz dieser Lernmethode wird verstärkt empfohlen. Aufgrund der kleinen Stichprobe ist die Aussagekraft jedoch begrenzt. Es bleibt offen, inwieweit soziodemografische Faktoren der Lernenden und die Komplexität des Themas Einfluss auf die Anwendung der Lernmethoden und den Lerneffekt haben. Weitere Untersuchungen sind notwendig. Zu beachten ist die sehr hohe Vorbereitungszeit für das Stationenlernen, vor allem bei hoher Komplexität des Themas. Hier bietet der Frontalunterricht dennoch eine gute Alternative.

Literaturangaben

Alacapinar, F. G. & Uysal, H. (2020). Effekt of Station Technique in Classroom Teaching: A Meta-Analysis Study. Research on Education and Psychology (REP), 4, 88-106.

Aydogmus, M. & Senturk, C. (2019). The effects of learning stations technique on academic achievement: a meta-analystic study. Doi: 10.17810/2015.87.

Faust-Siehl, G. (1989). Lernen an Stationen: Kinder und die Einheiten der Zeit. Grundschule: Ihre verlässliche Partnerin, 21(3), 22-25.

Ganser, B. (2005). Kooperative Sozialformen im Unterricht. Ein unverzichtbarer Beitrag zur inneren Schulentwicklung. Dissertation an der Erziehungswissenschaftlichen Fakultät der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg. https://open.fau.de/server/api/core/bitstreams/81b64444-50ea-4271-bb2f-526ab3bab375/content [15.01.2025].

Hage, K., Bischoff, H., Dichanz, H., Eubel, K., Oehlschläger, H. & Schwittmann, D. (1985). Das Methodenrepertoire von Lehrern. Eine Untersuchung zum Unterrichtsalltag in der Sekundarstufe I. Leske & Budrich.

Hegele, I. (1999). Lernziel Stationenarbeit. Eine neue Form des offenen Unterrichts (4. Aufl.). Beltz Verlag.

Held, E. (2002). Lernen an Stationen. https://imstwork.uni-klu.ac.at/imst-wiki/images/2/26/N0206_Langfassung_Held.pdf [11.12.2024].

Herdecker, L., Morgenstern, U. & Schwendemann, H. (2023). Zielführendes Lehren und Lernen. Zwei Perspektiven auf die Lehrmethoden in der Pflegeausbildung. Pflege. 7(76), 37-40.

KMK (2021). Handreichung für die Erarbeitung von Rahmenlehrplänen der Kultusministerkonferenz für den berufsbezogenen Unterricht in der Berufsschule und ihre Abstimmung mit Ausbildungsordnungen des Bundes für anerkannte Ausbildungsberufe. https://www.kmk.org/fileadmin/

veroeffentlichungen_beschluesse/2021/2021_06_17-GEP-Handreichung.pdf [21.01.2025].

Kubiatko, M. & Fancovicova, J. (2022). Learning at Stations on the Secondary Level in Biology Education: The Determination of Toxic Plants. Doi: 10.212023/rs.3.rs-1864232/v1.

Langenkamp, D., & Malottke, A. (2014). Stationenlernen in Trainings und Seminaren- Wie individuelles Lernen in der Gruppe gelingt. Beltz Verlag.

Litualy, S. Y., & Serpara, H. (2020), Stationenlernen learning technique and German language learning outcomes. International Journal of Evaluation and Research in Education, 421- 426. DOI: 10.11591/ijere.v9i2.20467.

PflAPrV (2020). Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (PflAPrV). https://www.gesetze-im-internet.de/pflaprv/BJNR157200018.html [11.12.2024].

Rahmenpläne der Fachkommission nach §53 PflBG (2020). Rahmenlehrpläne für den theoretischen und praktischen Unterricht (2., überarbeitete Auflage). Bundesinstitut für Berufsbildung.

Schmal, J. (2023). Unterrichten und Präsentieren in Gesundheitsfachberufen. Methodik und Didaktik für Praktiker (2. Auflage). Springer.

Schopf, C., Dobrovits, I., Lorenz, M., & Schmid, P. (2018). Was bringt Stationenlernen im RW-Unterricht? Eine experimentelle Studie zu Lernmotivation und Lernerfolg. bwp Spezial. https://www.bwpat.de/wipaed-at1/schopf_etal_wipaed-at_2018.pdf [11.12.2024].

Wendler, P. (2012). Vergleich zwischen Frontalunterricht und offenem Lernen an Stationen in der Sekundarstufe 1 (Masterthesis). https://inter-uni.net/wp-content/uploads/2023/07/VT_Wendler_Frontalunterricht_u_offenes_Lernen_2012.pdf [11.12.2024].

Eingereicht: 15.01.2025
Genehmigt: 31.01.2025

doi: 10.61034/LLiG-29

Evaluationen des schuleigenen Curriculums

Marie-Therese Popetz
M.A., Pflegepädagogik RoMed Berufsfachschule für Pflege in Wasserburg, Lehrbeauftrage an der KSH München

Prof. Dr. Andrea Kerres
Professorin an der KSH München, Studiengangsleitung für den BA Studiengang Pflegepädagogik sowie den MA Studiengang Bildung und Bildungsmanagement im Gesundheitssystem

Abstrakt

Der vorliegende Artikel befasst sich mit den schuleigenen Curricula und deren Weiterentwicklung. Mithilfe des qualitativen Forschungsansatzes nach Mayring wurden Lehrende an Pflegeschulen in Bayern befragt.

Im Vergleich zu Ergebnissen früherer Studien (Brühe et al., 2023; Dienhart, 2023) zeigt sich, dass die Curricula an den Schulen weiterentwickelt und verbessert wurden. Dies geschah mitunter vor dem Hintergrund von Evaluationen, wodurch auch die allgemeine Zufriedenheit der Lehrenden mit den Curricula stieg.

Der Grundgedanke der generalistischen Ausbildung ist in den Pflegeschulen angekommen. Jedoch lässt sich weiterhin ein nicht unerheblicher Bedarf an Evaluationen und damit einhergehenden Verbesserungen des schuleigenen, generalistischen Curriculums feststellen. Gerade die Verankerung der Kompetenzen im Curriculum wie auch die Umsetzung der Kompetenzorientierung im Unterricht werden als ausbaufähig und schwierig beschrieben.

Einerseits fordern die Lehrenden von Länderseite mehr Unterstützung bei der Curriculumentwicklung ein. Andererseits sind diese auch selbst gefordert, sich vermehrt mit den Prinzipien der Generalistik auseinanderzusetzen. Dies bringt nicht zuletzt die Profession Pflege voran.

Abstract

This article deals with the school's Curricula and their further development. Using a qualitative research approach according to Mayring, teachers at nursing schools in Bavaria were surveyed.

Compared to the results of previous studies (Brühe et al., 2023; Dienhart, 2023), it can be seen that the curricula at schools have been further developed and improved. This sometimes happened against the background of evaluations, whereby the teachers' general affinity with the curricula increased.

The basic idea of generalistic nursing education has arrived in nursing schools. However, there is still a significant need for evaluations and associated improvements to the school's generalistic curriculum. In particular, the anchoring of competencies in the curriculum as well as the implementation of competency orientation in teaching are described as being expandable and difficult.

On the one hand, teachers are demanding more support from the state in curriculum developement. On the other hand, they themsel-

ves are also required to deal more with the principles of generalistics. Last but not least, this would advance the nursing profession.

Reform der Pflegeausbildung

Anfang des Jahres 2020 wurde in Deutschland die generalistische Pflegeausbildung eingeführt und die pflegerische Ausbildung grundlegend modernisiert. Mit dieser Ausbildung sollen die Auszubildenen dazu befähigt werden, Menschen jeglichen Alters in allen pflegerischen Settings zu versorgen (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2025). Im Ausbildungsziel (§5 Abs.1 PflBG) werden ferner die Prozessorientierung und die Fähigkeit zum selbstständigen Arbeiten angesprochen. Mit der hierin beschriebenen Kompetenzorientierung als zentrales Element nähert man sich außerdem anderen beruflichen Ausbildungen an (Olbrich, 2023, S.2,43). Zentrale übergeordnete Ziele der Ausbildung stellen dabei die berufliche Handlungsfähigkeit und Persönlichkeitsentwicklung der Auszubildenden und zugleich auch das Wohlbefinden und die Sicherheit der Pflegebedürftigen und ihrer Zugehörigen dar (Hundenborn et al., 2023, S.4).

Kompetenzen allgemein und ein Pflegeunterricht, der die berufliche Handlungskompetenzen fördert, spielten schon beim früheren Lernfeldkonzept in der Pflegeausbildung eine Rolle (Sloane, 2003, S.4f.). Jedoch erfordert die heutige, veränderte Berufswelt von den Pflegenden auch eine veränderte Pflegekompetenz, um aufkommende Situationen kreativ, flexibel und ganzheitlich bewältigen zu können (Löwenstein, 2022, S.4). Dabei stellt „Pflegekompetenz […] die Stärke der Person“ (Olbrich 2023, S.1f.) in ihrer Gesamtheit dar. Zentral ist dabei die Entfaltung der Potenziale und Dispositionen (innere Voraussetzung) der (zukünftigen) Pflegefachperson. Somit lässt sich die Kompetenz als Grundlage von Bildungsprozessen heranziehen (Olbrich 2023, S.24)

Generalistische Curricula in den Pflegeschulen

Die Einführung der generalistischen Pflegeausbildung und das neue, schulinterne Curriculum stellte die an der Pflegeausbildung Beteiligten vor große Herausforderungen (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2025). In den Studien von Dienhart (2023, S.12) und Wesselborg et al. (2024, S.26f.) zeigte sich, dass vor allem die Kompetenzorientierung große Schwierigkeiten und Herausforderungen für die Lehrenden barg. Bei der Umfrage von Olbrich (2023a, S.27) wurde deutlich, dass eine große Bandbreite zum Kompetenzverständnis und die Integration dieser im Curriculum innerhalb der Gruppe der Lehrenden und Leitenden besteht. Zudem wurde eruiert, dass die Beschreibungen der Kompetenzen in den Rahmenplänen häufig zu vage, zu abstrakt und nicht vollständig identifizierbar wären. Demnach wurde die Umsetzung der Kompetenzorientierung im Curriculum als besonders herausfordernd benannt (Wesselborg et al., 2024, S.26). Bei Dienhart (2023, S.12) wurde ebenso beschrieben, dass vier Lehrende die Kompetenzen im Curriculum hinterlegen, sechs Lehrende hatten diese jedoch zum Zeitpunkt der Studie nicht im Curriculum verankert.

Hierdurch wird deutlich, wie wichtig es ist, die Curricula stetig zu reflektieren, evaluieren und weiterzuentwickeln (Brühe et al., 2023, S.180). Dies bietet auch die Möglichkeit an der Integration der Kompetenzen im Curriculum zu arbeiten. Genügend Freiraum für Umgestaltungen und Verbesserungen sollte deshalb bei der Curriculumsarbeit von Anfang an mitbedacht werden (Saul & Jürgensen, 2021, S.83). Schließlich kann ein solches, gelungenes Curriculum nicht zuletzt auch zur Profilbildung der Pflegeschule beitragen (Löwenstein, 2022, S.137).

Kompetenzorientierung in den mündlichen Abschlussprüfungen

Prüfungen und v.a. Abschlussprüfungen nehmen in einer dualen (Pflege-)Ausbildung eine wichtige gesellschaftliche Funktion ein. So dienen sie der Feststellung, ob die Lernenden die erforderlichen Kompetenzen erworben haben, um den erlernten Beruf ausüben zu können. Des Weiteren zeigen sie auf, mit welchem Erfolg die Prüfung absolviert wurde. So wird vorausgesetzt, dass Prüfungen die berufliche Handlungskompetenz als Grundvoraussetzung in den Mittelpunkt stellen (Gajek et al., 2021, S.5).

Anders als bei den schriftlichen Zwischen- und Abschlussprüfungen werden die komplexen Fallsituationen und Aufgabenstellungen der mündlichen Prüfungen von den Pflegeschulen, bestenfalls im gesamten Lehrendenteam, selbst erstellt (Gajek et al., 2021, S.14). Wichtig ist hierbei, dass die Fallsituationen in den mündlichen Prüfungen andere inhaltliche Schwerpunkte (Kompetenzbereiche III-V Anlage 1 bzw. 2 PflAPrV) (§15 Abs. 1 PflAPrV i.V.m. §31 Abs. 3 BFSO Gesundheit) als die Fall-situationen der schriftlichen und praktischen Prüfung (§14 Abs. 1 i.V.m. §16 Abs. 1 PflAPrV) fokussieren (Schneider & Hamar,

2023, S.84). Aus diesem Grund empfiehlt es sich, die Kompetenzbereiche, -schwerpunkte und Einzelkompetenzen der Anlagen 1 und 2 PflAPrV schon von Anfang an in das schuleigene Curriculum zu integrieren (Schneider & Hamar, 2023, S.84f.).

Zielsetzung

Bisherige Forschungsergebnisse (Brühe et al., 2023; Dienhart, 2023) verdeutlichen, dass eine Implementierung der Kompetenzen in das schuleigene Curriculum nur von wenigen Pflegeschulen umgesetzt wurde. Eine solche Verankerung der Kompetenzen im Curriculum erscheint jedoch besonders für die Erstellung der Aufgaben für die mündliche Zwischen- und Abschlussprüfung äußerst relevant.

Vor diesem Hintergrund fokussierte die vorliegende Untersuchung die Curriculumentwicklung von Pflegeschulen in Bayern. Dabei rückte die Weiterentwicklung der schuleigenen Curricula im Rahmen von bereits erfolgten und geplanten Evaluationen, vor allem im Hinblick auf das Konstruktionsprinzip der Kompetenzorientierung, in den Fokus. Ferner wurde betrachtet, wie die mündlichen Prüfungen zur Zwischen- und Abschlussprüfung gestaltet wurden, da auch hier die Fokussierung an den Kompetenzen elementar ist (Anlagen 1 und 2 PflAPrV).

Methodik

Mithilfe der vorliegenden Erhebung sollten folgende Forschungsfragen beantwortet werden:

- Inwiefern wurden an bayerischen Pflegeschulen Evaluationen des generalistischen, schuleigenen Curriculums durchgeführt?
- Wie erstellten die Pflegeschulen die mündlichen Zwischen- und Abschlussprüfungen unter Berücksichtigung der Kompetenzen der Anlage 1 bzw. 2 PflAPrV?

Um diese Fragen beantworten zu können, wurde eine qualitative Evaluationsforschung mithilfe von Problemzentrierten Interviews durchgeführt. Anhand dieser Methode war es möglich, eine konkrete gesellschaftliche Problemstellung, in diesem Falle das generalistische, schuleigene Curriculum mit Augenmerk auf die Kompetenzorientierung zu erforschen (Mayring, 2023, S.62). So wurde die Problemstellung innerhalb der Literaturarbeit analysiert und bearbeitet. Daraus konnte ein Interviewleitfaden generiert werden, mithilfe dessen das Interview strukturiert wurde (Mayring, 2023, S.60f.). Die Grundlage des Leitfadens bildeten dabei sogenannte Sondierungsfragen, welche in die Thematik einstimmten. Im Anschluss daran folgten Leitfadenfragen, die wichtige Themenaspekte abdecken. Hierbei spielten vor allem Steuerungsfragen zur Detaillierung bereits bekannter Aspekte bzw. zur Einführung noch unbekannter Aspekte und Fakten-, Einstellungs- und Informationsfragen eine Rolle, aber auch ein spontanes Zurückspiegeln bzw. Paraphrasieren wurde bedacht (Mayring, 2023, S.62f.). Folgende Themenschwerpunkte umfasste der Interviewleitfaden:

- Begrüßung und Vorstellungsrunde
- Einstiegs- und Sondierungsfrage
- Das generalistische Curriculum – allgemein
- Stand der Evaluationen des Curriculums in der Pflegeschule
- Kompetenzen in der Generalistik – allgemein
- Verankerungen der Kompetenzen im Curriculum
- Erstellung der Fragen für die mündliche Zwischen- und Abschlussprüfung
- Abschlussrunde

Die Interviews wurden als Tonspur mit Einverständnis der Interviewten mithilfe von Zoom® aufgezeichnet. Um eine vollständige Textfassung der eigentlichen Tonspur zu erhalten, welche in einem weiteren Schritt bearbeitet und ausgewertet werden kann, wurde diese im Anschluss wörtlich transkribiert. Um die Lesbarkeit und Verständlichkeit zu gewährleisten, wurde das Interviewmaterial außerdem geglättet (Mayring, 2023, S.77-80). Mithilfe der deskriptiven Inhaltsanalyse nach Mayring (2023) wurden die relevanten Inhalte anschließend in ein Kategoriesystem eingeordnet. Dieses Hauptkategoriesystem wurde innerhalb eines Probedurchgangs weiterentwickelt, revidiert und mithilfe von Ankerbeispielen ergänzt. Außerdem wurden der Kodierleitfaden und die Definitionen überarbeitet und angepasst (Mayring, 2023, S.102). So konnten letztlich 17 Kategorien gebildet werden. Im Anschluss dessen fand der Hauptmaterialdurchlauf statt. Hierbei wurde das gesamte Interviewmaterial durchgesehen, relevante Textstellen markiert und diese den Kategorien zugeordnet. Auch wurden wiederum Ankerbeispiele markiert. In einem weiteren Schritt wurde das so zugeordnete Material in Form von Paraphrasen zusammengefasst (Mayring, 2022, S.97,103f.).

Stichprobe

Es erfolgten elf problemzentrierte Interviews mit Lehrenden an Pflegeschulen in Bayern. Folgende Tabelle (Tabelle 1) definiert die Ein- und Ausschlusskriterien. Da bereits bei einem vorhergehenden Forschungsprojekt eine

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Hauptamtlich Lehrende an PS	Tätigkeit an PS, an welcher Interviewende tätig ist
Aktuelle Tätigkeit an PS mit generalistischem Ausbildungsweg	Tätigkeit an einer staatlichen PS
Mitarbeit am schuleigenen, generalistischen, theoretischen Curriculum	„Fachfremde“ Lehrende ohne primär pädagogischem Studium (wie festangestellte Ärztinnen oder Ärzte, Juristinnen und Juristen)
Mitwirkung an den ggf. stattgefundenen Evaluationen des Curriculums	

Tabelle 1: Ein- und Ausschlusskriterien der Interviewpartner_innen (eigene Darstellung)

ähnliche Gruppe Lehrender interviewt wurde, wurden zunächst diese Teilnehmenden per Mail angeschrieben und gebeten, bei der weiterführenden Studie teilzunehmen. Hierdurch konnten jedoch nur vier Teilnehmende gewonnen werden. Aus diesem Grund wurde in einem zweiten Anlauf auf das Schneeball-Verfahren (Helfferich, 2011, S.176) zurückgegriffen. Dabei wurden 23 Lehrende an unterschiedlichen Pflegeschulen kontaktiert. So wurden 12,2% der derzeit 183 Pflegeschulen (Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus, 2024) kontaktiert. Hierdurch konnten fünf männliche und sechs weibliche Lehrende (N=11) im Alter zwischen 39 und 62 Jahren (Altersdurchschnitt 46,8 Jahre) akquiriert werden.

Ergebnisse

Nachfolgend werden die bedeutendsten Ergebnisse dargestellt.

Allgemeine derzeitige Zufriedenheit mit dem Curriculum

Nachdem die Interviewteilnehmenden nach ihren biografischen beruflichen Daten gefragt wurden, folgte die erste inhaltliche Frage nach der Zufriedenheit mit dem schuleigenen Curriculum. Hier war es den Lehrenden freigestellt, anhand einer nummerischen Skala oder rein wörtlich zu antworten. So beschrieben neun der elf Lehrenden, mittelmäßig zufrieden oder zufrieden mit dem Ist-Stand des schuleigenen Curriculums zu sein: „Es ist okay. Also es ist eine gute Basis, sage ich mal.“ [E2, S.2, Z.25] bzw. „Also, ich denke, meine Zufriedenheit ist gut“ [D2, S.2, Z.23]. Eine Person legte eine hohe Zufriedenheit dar: „Insgesamt würde ich es als, mit einer hohen Zufriedenheit einschätzen, abgesehen davon, dass wir grundsätzlich immer in einem permanenten Überarbeitungsprozess sind.“ [K2, S.2, Z.30-32]. Eine Person dagegen äußerte, keine Zufriedenheit dem Curriculum gegenüber beschreiben zu können, da das Curriculum noch nicht vollendet sei und teils noch nach dem alten Lernfeldkonzept der Gesundheits- und Krankenpflege unterrichtet würde.

Evaluationen des schuleigenen Curriculums

Anschließend erfolgte die Befragung zu bereits durchlaufenen oder geplanten Evaluationen des Curriculums. Grundsätzlich gaben sechs Lehrende an, bereits geplante strukturierte Evaluationen durchgeführt zu haben: „Jetzt haben wir ja Erfahrungen. Und wir haben jetzt ein festes Gremium, was sich einmal im Monat zusammensetzt und wirklich Päckchen für Päckchen durchgeht.“ [B2, S4-5, Z.109-111]. Bei diesen war stets das gesamte Team exklusive externe Dozierende beteiligt. Fünf von ihnen haben dabei jährlich evaluiert. Zwei der sechs Lehrenden berichteten außerdem, zusätzlich auch mit den Auszubil-

denden nach jedem Schulblock zu evaluieren. Vier Interviewpersonen führten informelle oder spontane, also ungeplante Evaluationen durch: bzw. „Intern ist es halt so informell. Man redet halt drüber zwischen Tür und Angel, nenne ich es mal, vielleicht auch im Teamgespräch, aber mehr nicht. Also, es ist keine systematische Evaluation in Form von irgendwelchen Fragebögen oder sonstigen.“ [E2, S.3, Z.53-56]. Diese Form der Evaluation findet bei einer Interviewperson im gesamten Team statt, bei den übrigen drei nur mit den betreffenden Lehrenden. Eine Lehrperson führte zudem auf, noch keine Evaluation durchgeführt zu haben: „Nein, also eine Evaluation haben wir uns noch aufgespart. […] wir haben die jetzt schon geplant.“ [C2, S.3, Z.56-64].

Ferner wurden die Lehrenden nach den (vermuteten) Ergebnissen und Entscheidungen der (geplanten) Evaluationen befragt. Hierbei gaben sieben Lehrende an, die Stundenplanung, -verteilung und auch die Inhaltsverteilung nochmal überarbeitet zu haben bzw. überarbeiten zu wollen. Jeweils vier Lehrende erläuterten außerdem, die Prinzipien des spiralförmigen Aufbaus und der Situationsorientierung sowohl im Curriculum als auch in der Umsetzung im Unterricht noch mehr in den Vordergrund stellen zu wollen. Mehr Transparenz unter den Lehrenden bzw. eine Verbesserung der Dozierendenverteilung sprachen zwei Interviewteilnehmende an: „Also zuallererst nochmal irgendwie auch so die Dozentenverteilung. Also, wer macht was.“ [F2, S.4, Z.95-96]. Eine Lehrperson, die strukturiert und geplant jährlich Evaluationen durchgeführt hat, gibt außerdem an, noch keine Veränderungen nach den Evaluationen durchgeführt zu haben: „Dieses Curriculum ist ja in einer Arbeitsgruppe erstellt worden und wir hatten auch eine wissenschaftliche Begleitung. Deswegen war mein Anliegen hier in der Schule, das nicht gleich zu zerfleddern, sondern das Curriculum erst mal so stehenzulassen, bis wir es komplett kennen.“ [D2, S.8, Z.181-184].

Der Kompetenzbegriff und das Curriculum

Um herauszufinden, welchem Kompetenzverständnis die Lehrenden folgen, wurden diese gezielt danach gefragt. Hierbei wurden Kompetenzen als „Potenziale im Menschen, die er abrufen kann, um Probleme zu lösen.“ [C2, S.4, Z.98-99] beschrieben oder auch „Fähigkeiten, die erreicht werden sollen, die angebahnt werden sollen. Und (ähm) sind letztendlich das, das was Auszubildende jetzt in dem Fall erwerben sollen, um dann in der Performanz sozusagen etwas zeigen zu können.“ [K2, S.5, Z.115-118]. Jedoch wurde auch, nachdem der Begriff der Kompetenz mit den Schlagworten personelle Kompetenz, Sozialkompetenz, Fachkompetenz und ethische Kompetenz definiert wurde, folgendes Meinungsbild dargestellt: „Ja, genau, als ich die neuen gelesen habe, war ich, (äh) ja, schockiert, wie kompliziert man denn Kompetenzen schreiben kann.“ [G2, S.5, Z.112-113].

Ergänzend folgte die Frage nach der Berücksichtigung eines übergeordneten Kompetenzbegriffs im Curriculum. So gaben zwei Lehrende an, weder einem bestimmten Kompetenzbegriff zu folgen noch ihn im Curriculum verankert zu haben: „Nein. […] ohne, dass wir es jemals schriftlich definiert hätten.“ [A2, S.6, Z.152-162]. Zudem bedauerte eine Lehrperson, mit dieser Frage überfordert zu sein und keine genaue Antwort liefern zu können. Acht Lehrende legten ihrem Curriculum dagegen einen Kompetenzbegriff zugrunde. Lediglich zwei davon wiesen den Kompetenzbegriff explizit im Curriculum aus.

Weiterführend wurden die Lehrenden danach gefragt, ob hinter den jeweiligen Lernsituationen, Curricularen Einheiten bzw. Unterrichtsinhalten die abgebildeten Kompetenzen hinterlegt wurden. Hierbei teilten drei Lehrpersonen mit, die Kompetenzen nicht im Curriculum verankert zu haben, sondern dies als Aufgabe der zuständigen Lehrkraft anzusehen: „Die Kompetenzen im Curriculum sind eben nicht zugeordnet. Also das muss jeder Lehrer wieder für sich im Lehrplan zu den einzelnen Inhalten, Situationsmerkmalen wieder zurückblättern und im Lehrplan nachschauen, welche Kompetenzen sind gefordert.“ [I2, S.5, Z.107-110]. Vier weitere führten aus, dass die Kompetenzen aus der PflAPrV den jeweiligen Lerninhalten im Curriculum zugeordnet und dort 1:1 niedergeschrieben wurden. Eine Lehrperson beschrieb ferner, die Kompetenzen im Curriculum fixiert und auch weiter operationalisiert zu haben. Die übrigen drei führten dies noch weiter aus und berücksichtigten verschiedene Taxonomiestufen, eine Lehrperson verankerte zudem die Kompetenzdomänen bei den Kompetenzbeschreibungen.

Die Erstellung der mündlichen Zwischen- und Abschlussprüfungen

Wurde die Ausbildung bereits für zwei Drittel erfolgreich absolviert, durchlaufen die Auszubildenden eine schriftliche und mündliche Zwischenprüfung (§7 PflAPrV, §29 Abs. 4 i.V.m. §31 BFSO Gesundheit). Hier spielen die Kompeten-

zen der Anlage 1 PflAPrV eine herausragende Rolle (Löwenstein, 2022, S.47). Die Abschlussprüfung (§15 PflAPrV), welche bei erfolgreichem Bestehen zum Führen der Berufsbezeichnung führt, wird ebenso staatlich organisiert und beinhaltet einen praktischen, schriftlichen und mündlichen Teil. Die mündliche Abschlussprüfung hat hierbei einen zeitlichen Umfang von 30 bis 45 Minuten exklusive Vorbereitungszeit (20-30 Minuten) und behandelt die Kompetenzbereiche III-V der Anlage 2 PflAPrV. Hierdurch wird eine enge Verbindung zwischen einer erforderlichen Verankerung der Kompetenzen im Curriculum und einer kompetenzorientierten Erstellung der mündlichen Prüfungsaufgaben deutlich.

Deshalb wurden die Lehrenden nach der Erstellung der Fallsituationen und Aufgabenstellungen für die mündliche Zwischen- und Abschlussprüfung gefragt. Dabei wurde deutlich, dass drei Schulen die mündlichen Prüfungen standortübergreifend bzw. in ihrem Bildungsverbund erstellten. Vier Lehrpersonen verdeutlichten ferner, sich bei der Erstellung der Prüfungsfälle und -aufgaben an den Kompetenzen der PflAPrV und den Fachbereichen, in welchen die Auszubildenden geprüft werden müssen, zu orientieren. Zwei Lehrende beschrieben die Erstellung von Fragen und Fällen ohne weitere Hintergründe. Eine Lehrperson konnte die Frage zudem nicht beantworten. Bei der Frage nach dem Aufbau der mündlichen Prüfungen wurde deutlich, dass alle befragten Lehrenden die Prüfungen in einen monologischen und dialogischen Part teilen: „Es gibt erst einen monologischen Teil. Da muss der Schüler, die Schülerin, die Fallsituation einmal kurz präsentieren. Und dann gibt es einen dialogischen Teil. […] Und in dem dialogischen Teil gibt es eben vier Fokusfragen.“ [F2, S.9, Z.225-229]. Zwei Schulen verzichten dabei bewusst auf eine strikte Trennung zwischen monologischem und dialogischem Teil, zwei weitere Lehrpersonen sahen den dialogischen Teil auch nicht im Sinne von Frage-Antwort, sondern als „Prüfungsgespräch“ [E2, S.12, Z.317].

Neun der elf Interviewten gaben an, bereits bei der Prüfungserstellung darauf zu achten, welche Kompetenzen der Anlage I bzw. II PflAPrV durch welche Inhalte im Lehrplan und Curriculum abgedeckt werden. Folglich richteten sie ihre Fallsituationen und Aufgabenstellungen an diesen Inhalten. Zwei kontrollierten zudem nach der Prüfungserstellung nochmals, ob nur die relevanten Kompetenzbereiche berücksichtigt wurden. Jedoch wurden auch Schwierigkeiten bezüglich der Trennung der Kompetenzen beschrieben, weshalb sich eine Lehrperson bewusst dazu entschied, über die Kompetenzbereiche III-V hinaus zu prüfen: „Da wir ja auch in den Kompetenzbereichen III bis V […] Behandlungspflege auch mit dabeihaben, die Umsetzung ärztliche Maßnahmen, haben wir dann durchaus auch Themen, die eigentlich in den ersten beiden Kompetenzbereichen sind, da auch noch mal mit reingenommen.“ [J2, S.12, Z.339-343].

Kompetenzmessung innerhalb der mündlichen Prüfungen

Für eine effiziente Protokollierung der Prüfung wie auch eine möglichst objektive Leistungsbeurteilung empfiehlt es sich, sowohl einen Erwartungshorizont als auch einen Bewertungsbogen, der zugleich als Prüfungsprotokoll dient, zu hinterlegen (Gajek et al., 2021, S.21). So äußerten sieben Lehrende explizit, neben den Inhalten auch die Vortrags- bzw. Präsentationsweise und den Hilfebedarf in die Bewertung miteinfließen zu lassen: „das Bewertungsschema bewertet einerseits eben inhaltlich die fachliche Tiefe oder, ja, Problemlöseansätze […] oder auch das Wissen teilweise zu den jeweiligen Kompetenzbereichen. […] Und dann gibt es noch einen Teil, der bewertet wird, das ist dann so Argumentationsfähigkeit.“ [C2, S.8, Z.213-219]. Zur Bewertung selbst haben zehn der Befragten einen Erwartungshorizont bzw. ein Bewertungsschema hinterlegt. Dabei griffen fünf Lehrende auf die Bewertung der einzelnen Prüfungsteile mittels Punkte zurück, zwei bewerteten innerhalb der Prüfungen mithilfe von Prozent. Vier Teilnehmende schätzten die Leistungen der zu Prüfenden ohne Punkte- oder Prozentschema ein und griffen auf ihre pädagogische Kompetenz zurück. Eine Lehrperson äußerte sich dagegen strikt gegen die Verwendung von Bewertungsschemata, Erwartungshorizonte und Punkteschema in der mündlichen Prüfung: „Nein, da gibt es kein Punktesystem. […] Geht gar nicht. […] Die Kompetenz zeigt sich in der Performanz und das ist genau das.“ [I2, S.7, Z.178-185].

Diskussion der Ergebnisse

Mit Blick auf die vorliegenden Ergebnisse wird deutlich, dass die Zufriedenheit mit dem schuleigenen Curriculum, verglichen mit den Ergebnissen von Dienhart (2023) erfreulicherweise stieg, jedoch nach wie vor deutliches Verbesserungspotential besteht. Dies wird besonders vor dem Hintergrund deutlich, dass eine Lehrperson offen davon erzählte, auch nach vier Jahren generalistische

Pflegeausbildung kein vollständig generalistisches Curriculum entwickelt zu haben. So liegt es nahe, dass auch weitere Pflegeschulen, die in dieser Studie nicht berücksichtigt wurden, noch nicht nach dem generalistischen Verständnis lehren.

Die divergente Auseinandersetzung mit der generalistischen Kompetenzorientierung zeigt sich sowohl bei Olbrich (2023) als auch in den verschiedenen Kompetenzverständnissen der Lehrenden der aktuellen Interviews. So gibt es in beiden Studien Lehrende, die, bezogen auf die Kompetenzen, keinen signifikanten Unterschied zur Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegerin bzw. zum Gesundheits- und Krankenpfleger erkennen können. Vergleicht man die vorliegenden Ergebnisse mit denen von Dienhart (2023), wird deutlich, dass die curriculare Integration der Kompetenzen deutlich vorangeschritten ist. Außerdem gaben acht Lehrende an, sich bei der Erstellung ihres schuleigenen Curriculums an einem übergeordneten Kompetenzbegriff orientiert zu haben, jedoch hinterlegten nur zwei diesen in ihrem Curriculum. Auch eine Hinterlegung der Kompetenzen hinter den jeweiligen Lehrinhalten im Curriculum findet bei acht der Interviewten statt, bei drei jedoch nicht. Die Transparenz, welcher Inhalt welcher Kompetenz entspricht, ist somit für die Lehrenden und Lernenden nicht immer klar ersichtlich. Erfreulich scheint, dass vier Pflegeschulen die Kompetenzen weiter operationalisiert und drei von diesen die Taxonomiestufen berücksichtigt haben.

Vor diesem Hintergrund erscheinen verstärkte Evaluationen des Curriculums angebracht und sinnvoll. Jedoch wurde deutlich, dass in den Pflegeschulen die Curriculumsevaluationen teils stiefmütterlich betrachtet werden. Lediglich sechs Lehrende berichteten, schon strukturiert Evaluationen mit dem gesamten Lehrendenteam durchzuführen, während die restlichen vier informell und sporadisch evaluierten. Erstaunt hat zudem die Aussage je einer Lehrperson, entweder bewusst noch keine Evaluationen durchgeführt zu haben oder das Curriculum zwar zu evaluieren, jedoch bewusst auf Veränderungen im Curriculum zu verzichten. In Anbetracht dieser Ergebnisse erscheint es fraglich, inwiefern die Curricula tatsächlich weiterentwickelt werden und gerade die Integration der Kompetenzen, welche zu großen Teilen noch nicht optimal stattfand, voranschreitet.

Einen weiteren interessanten Aspekt stellt die Tatsache dar, dass die Kompetenzen in der Literatur per se als nicht sicht- oder messbar und demnach auch nicht prüfbar beschrieben werden. Lediglich in der Performanz, also dem sichtbaren Handeln, lässt sich ein Kompetenzerwerb abbilden (Olbrich, 2023, S.11). Auch in den Interviews wurde deutlich, dass drei Lehrende anzweifeln, inwiefern die Kompetenzen der Anlage 1 bzw. 2 der PflAPrV tatsächlich in den mündlichen Zwischen- oder Abschlussprüfungen beurteilt werden können. Inwiefern eine Ausrichtung an den Kompetenzen innerhalb der schriftlichen und mündlichen Prüfungen sinnvoll ist, oder ob dann doch eher im Sinne des Wiedergebens erlernter Wissensinhalte geprüft wird, ist also äußerst fraglich. So ist strittig, wie ein Kompetenzerwerb in mündlichen Prüfungen mithilfe von Fallsituationen und Aufgabenstellungen bewertet werden soll, wenn die Kompetenzen überwiegend in der Praxis erworben werden.

Fazit

Die generalistische Pflegeausbildung ist mit der Intention entwickelt worden, die pflegerische Versorgung qualitativ hochwertig zu sichern und weiterzuentwickeln. Hierfür wurde die Pflegeausbildung an pflegefachlichen und pflegepädagogischen Standards ausgerichtet (Bundesinstitut für Berufsbildung, 2020). Dies bedingt jedoch, sich komplett auf den Paradigmenwechsel in der Pflegepädagogik einzulassen, weg vom Lernfeldkonzept hin zu einer neuen Kompetenzorientierung. Dieser Paradigmenwechsel fand noch nicht in allen befragten Pflegeschulen statt. Dennoch bleibt positiv festzuhalten, dass ein Großteil der berücksichtigten Pflegeschulen versuchte, nach den generalistischen Gesichtspunkten ein Curriculum aufzubauen und durch Evaluationen und daraus abgeleitete Maßnahmen ihr Curriculum zu verbessern. Folglich kommen immer mehr Schulen dem Anspruch nach, eine professionelle, generalistische Ausbildung anzubieten. Hervorzuheben sind außerdem die hohen Anforderungen an die Lehrenden selbst. So benötigen diese die Kompetenzen, um die Rahmenpläne des Bundes und den Lehrplan des jeweiligen Bundeslandes zu verstehen, diese in einem nächsten Schritt im schuleigenen Curriculum umsetzen und dabei die besprochenen Konstruktionsprinzipien zu berücksichtigen. In den Interviews wurde deutlich, dass dies die Lehrenden anfänglich teils vor große Hürden stellte, die nun aber Großteils gemeistert werden. Somit können nun auch die Abschlussprüfungen generalistisch und kompetenzorientiert gestaltet und die Generalistik erfolgreich gelebt werden.

Methodologische Limitationen

Auch diese Studie weist Limitationen auf. So weist besonders die vorliegende Stichprobe Grenzen auf. Zum einen ist die Teilnehmendenzahl von N=11 recht gering, allerdings konnten über die Akquise nicht mehr Teilnehmende gewonnen werden. Des Weiteren gilt es lt. Mayring (2023, S.19ff.) generell als zweifelhaft, dass das vollständige Abbild der Zielgruppe durch eine Stichprobe mit festgelegten Kriterien erzeugt werden kann. Folglich ist davon auszugehen, dass die vorliegenden Ergebnisse aufgrund der geringen und durch die dargestellten Kriterien eingeschränkten Stichprobe nicht repräsentativ sind. Ein Vergleich mit der Studie von Dienhart (2023) liegt aufgrund der ähnlichen Stichprobe für die Interpretation der Ergebnisse nahe, jedoch gilt es stets zu bedenken, dass nicht dieselben Lehrpersonen befragt wurden. Auch ist dabei zu beachten, dass nur Freiwillige an der Studie teilnahmen. Personen, die generell von der Generalistik oder ihrem Curriculum nicht überzeugt sind, haben sich vermutlich nicht zur Studienteilnahme gemeldet.

Ferner fand nur ein Analysedurchgang im Sinne der qualitativen Erhebung statt. Weitere Durchgänge oder andere, quantitative Erhebungsmethoden würden die Qualität der Forschung durchaus erhöhen, wären jedoch über den Rahmen der Studie hinausgegangen. Folglich kann dies als weitere Limitation betrachtet werden.

Eine weitere Limitation stellt die Begrenzung des Forschungsgebiets dar, so hätte beispielsweise vertieft auf die Methoden der Kompetenzentwicklung und Förderung des selbstorganisierten Lernens eingegangen werden können, wie z.B. bei Löwenstein (2022) beschrieben. Zudem wurde der große Bereich der Praxis bei der vorliegenden Erhebung ausgeblendet.

Literaturverzeichnis

Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus (2024). Alle Schulen in Bayern suchen und finden. Schulart: Berufsfachschulen des Gesundheitswesens. Rechtlicher Status der Schule: Alle. Ausbildungsberuf: Pflegefachmann/ Pflegefachfrau. https://www.km.bayern.de/ministerium/schule-und-ausbil-dung/schulsuche.html?s=&u=0&r=9999&t=46&o=9999&p2=0&p25=0&p1=0&p-26=0&p3=0&p4=0&p5=0&p6=0&p7=0&p23=0&p24=0&p29=0&p11=0&p12=0&p13=0&p14=0&p27=0&p15=0&p28=0&p16=0&p-30=0&p19=0&p20=0&p21=B10025&p22=0&p9=0[31.01.2024]

Bundesinstitut für Berufsbildung (2020). Rahmenpläne der Fachkommission nach §53 PflBG (2. Aufl.) https://www.bibb.de/dienst/publikationen/de/16560 [07.01.2025].

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2025). Pflege kann was. Ausbildung mit Anspruch. https://www.pflegeausbildung.net/ [07.01.2025].

Brühe, R.; Haas, C.; Heußen, H.; Kurilla, D.; Lehrain, B. & Rupp, J. (2023). Praxisnahe Curriculumentwicklung. Zwischen Systematik und Irrationalität. PADUA 18 (3), S. 177–181.

Dienhart, M.-Th. (2023). Analyse der Umsetzung und Erfahrungen mit der Durchführung von schulinternen Curricula zur Pflegefachfrau bzw. zum Pflegefachmann in Berufsfachschulen für Pflege in Bayern. Projektbericht zum Forschungsprojekt im Modul M6B9 „Praxisvernetzung 3“. Unter Mitarbeit von Andrea Kerres und Hildegard Schröppel. Katholische Stiftungshochschule München.

Gajek, S.; Hewlett, C.; Kaiser, F.; Kahl-Andresen, A.; Keup-Gottschalck, M. & Labusch-Schönwandt, G. (2021). Handbuch für Prüfende in der beruflichen Bildung. ver.di.

Helfferich, C. (2011). Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. (4. Aufl.). VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Hundenborn, G., Darmann-Finck, I., Knigge-Demal, B. & Muths, S. (2023). Ausbildung für die Pflege von Menschen aller Altersstufen – Stellungnahme zur generalistischen Pflegeausbildung. Deutscher Pflegerat (DPR). https://deutscher-pflegerat.de/wp-content/uploads/2023/05/Stellungnahme-zur-generalistischen-Pflegeausbildung_2023_05-03.pdf [07.01.2025].

Löwenstein, M. (2022). Wege in die generalistische Pflegeausbildung. Gestalten, entwickeln, vorangehen. Springer.

Mayring, P. (2022). Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. (13. Aufl.). Beltz.

Mayring, P. (2023). Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken. (7. Aufl.). Beltz.

Olbrich, C. (2023). Kompetenzbasiertes Lehren und Lernen. Neue Wege in der Pflegeausbildung. Elsevier.

Saul, S. & Jürgensen, A. (2021). Handreichung für die Pflegeausbildung am Lernort Pflegeschule. Erläuterungen des PflBG, der PflAPrV und Empfehlungen für die Erstellung schulinterner Curricula in Anlehnung an die Rahmenlehrpläne der Fachkommission nach § 53 PflBG. Bundesinstitut für Berufsbildung (Pflegeausbildung gestalten).

Schneider, K. & Hamar, C (2023). Kompetenzorientierte Abschlussprüfung in der generalistischen Pflegeausbildung. In: PADUA 18 (2), S. 84–90.

Sloane, P. (2003). Schulnahe Curriculumentwicklung. Universität Paderborn.

Wesselborg, B., Wiedemann, R., Frey, P., Riewoldt, C., Bartoszek, G., Kuske, S. & Stephan, A. (2024). Erstellung von schulinternen Curricula und Ausbildungsplänen im Rahmen der Reformen der Pflegeausbildung. Eine mehrperspektivische qualitative Studie. In: Pädagogik der Gesundheitsberufe 11 (1), S. 22–30.

Zukunft gestalten. Kompetenzen stärken Karriere sichern.

Studieren im Gesundheitswesen an der Hochschule Hof, Fakultät INWISS – Lernorte Bamberg & Kronach

Sie möchten im Gesundheitswesen etwas bewegen? Ob Berufseinsteiger*in oder erfahrene Fachkraft – mit einem Studium an der Hochschule Hof bringen Sie Ihre Karriere auf das nächste Level.Praxisnah. Flexibel. Zukunftsorientiert.

Unsere Studienangebote:

Pflege (B.Sc.) – das Pflegestudium mit heilkundlichen Kompetenzen

#studieren mit #Vergütung

Nach dem Pflegeberufegesetz – mit monatlichem Entgelt im Studium!

In nur 7 Semestern zur akademisch qualifizierten Pflegefachperson.

Pflege (B.Sc.) für Berufserfahrene – studieren in Teilzeit

Für Pflegefachpersonen mit Berufserfahrung: Kompetenzen erweitern, Karrierechancen nutzen. Dank Anerkennung bestehender Kompetenzen in nur 4 Semestern. Studierbar neben Familie, Beruf und Hobby.

Berufspädagogik im Gesundheitswesen (B.A.) – studieren in Teilzeit

#Medizinpädagogik #Pflegepädagogik

Qualifizieren Sie sich für Lernbegleitung/Lehre und pädagogische Aufgaben im Gesundheitswesen. Berufsbegleitend in 7 Semestern – praxisnah und mit dem richtigen didaktischen Handwerkzeug für Dich.

Jetzt QR-Code scannen, informieren und durchstarten!

Hochschule Hof
University of Applied Sciences

www.hof-university.de

Eingereicht: 17.02.2025
Genehmigt: 23.02.2025

doi: 10.61034/LLiG-30

Nutzung generativer künstlicher Intelligenz von Auszubildenden an einer Schule für Gesundheitsfachberufe in Brandenburg

Uwe Ziminske
Bachelor of Arts (B. A.)
Health Care Education
Physiotherapeut

Markus Dormann
Vizepräsident Lehre
Professor für Health Care Education/ Gesundheitspädagogik und E-Didaktik
IB Hochschule für Gesundheit und Soziales

Abstract (deutsch)

Die empirische Forschungsarbeit untersucht die Bereitschaft von Auszubildenden der Pflege und Physiotherapie, generative Künstliche Intelligenz zu nutzen. Ergänzend identifiziert sie vorherige Nutzungserfahrungen und mögliche Anwendungsszenarien im beruflichen und schulischen Kontext. Die Erhebung wurde an einer brandenburgischen Schule für Gesundheitsfachberufe in Form eines quantitativen Fragebogens im Oktober 2024 durchgeführt.

Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass die Mehrheit von Auszubildenden bereits Erfahrungen mit generativer KI gemacht hat. Zusätzlich besteht innerhalb der untersuchten Gruppe eine positive Tendenz bezüglich der Nutzungsbereitschaft. Die Erkenntnisse liefern Impulse für zukünftige Forschungen zum Nutzungsverhalten und zur Bereitschaft für generative KI. Zudem geben sie Hinweise zur Relevanz und zur möglichen Integration dieser Technologie in Lehr-Lern-Prozesse.

Abstract (englisch)

The empirical research examines the willingness of trainees in nursing and physiotherapy to use generative artificial intelligence. Additionally, it identifies previous usage experiences and potential application scenarios in both professional and educational contexts. The data collection took place at a health professions school in Brandenburg using a quantitative survey in October 2024. The results indicate that most trainees have prior experience with generative AI. Furthermore, there is a positive trend regarding the willingness to use this technology within the group. The findings provide insights for future research on usage behavior and willingness to adopt generative AI. They also offer indications for the relevance and the potential integration of this technology into teaching and learning processes.

Einleitung

Seit der Veröffentlichung von “ChatGPT” im November 2022 hat die gesellschaftliche Relevanz von „generativen“ KI-Systemen deutlich zugenommen. Diese Technologien ermöglichen nicht nur die effiziente Erstellung komplexer Schriftstücke und audiovisueller Inhalte, sondern bieten auch Potenzial zur Automatisierung diverser Arbeitsprozesse. Insbesondere in den Bereichen Medizin und Bildung hat dies zu intensiven Debatten über Chancen und Risiken geführt. So könnten Schülerinnen und Schüler in der pflegerischen und physiotherapeutischen Ausbildung Behandlungs- und Pflegesituationen simulieren und dabei individuelle Rückmeldungen

zu ihrem Lernprozess erhalten (Seufert, 2024, S.155). Darüber hinaus wäre eine Reduktion des dokumentarischen Aufwands in der späteren Berufspraxis vorstellbar, um wieder mehr Ressourcen für die direkte Patientenbetreuung nutzen zu können (Lee, 2023, S.162 f.). Die vorliegende Forschungsarbeit betrachtet dahingehend die Nutzungsbereitschaft von Auszubildenden an einer Gesundheitsfachschule in Brandenburg. Zusätzlich werden bisherige Erfahrungen im Umgang mit generativen KI-Anwendungen und potenzielle Anwendungsmöglichkeiten untersucht. Die Ergebnisse können Impulse für eine mögliche Integration dieser Systeme in Lehr-Lern-Prozesse liefern und Hinweise für die Relevanz von generativen Anwendungen in der Lebenswelt der Auszubildenden geben.

Generative Künstliche Intelligenz

Die „Generative Künstliche Intelligenz“ ist ein Teilgebiet der Künstlichen Intelligenz, welches die Erzeugung von neuen Inhalten und Daten ermöglicht. Die neuen Kreationen können u. a. Texte, Audioelemente oder Bilder sein (Seufert & Handschuh, 2024, S.20). „Large Language Models“, auf denen auch ChatGPT basiert, sind die zurzeit dominierende Architektur textgenerativer Systeme (Handschuh, 2024, S.31). Sie wurden mit einer umfangreichen Menge an Textdaten über einen langen Zeitraum trainiert und optimiert (Handschuh, 2024, S.35). Weitere bekannte Beispiele dieser Modelle sind Googles „Gemini“, Anthropics „Claude“ und das teilweise quelloffene „LLaMA“, welches von Meta entwickelt wird.

Mehrwert im Bildungsbereich

Die Vorteile von KI-Systemen im Ausbildungskontext zeigen sich in ihrem Potenzial, individuelle Lernprozesse zu fördern und Lehrkräfte zu entlasten. So kann KI beispielsweise als Lernassistent genutzt werden, der im fragenbasierten Dialog Wissensinhalte festigt oder kreative Prozesse anbahnt (Mah et al., 2023, S.96). ChatGPT und andere generative KI-Systeme haben zusätzlich die Möglichkeit, anspruchsvolle Schriftstücke im Bildungssektor zu generieren. Für den Unterricht könnten dies beispielsweise „[…] Aufsätze, Gedichte, Zusammenfassungen, […] Basistexte […]“ (Burow, 2024, S.90) sein. Zusätzlich bieten sie Feedback-Möglichkeiten, welche bei einer hohen Zahl an Lernenden sonst nicht möglich wären (Wollersheim, 2023, S.23). Dadurch können Lernende Kompetenzen gezielt ausbauen, während Lehrende sich auf die individuelle Begleitung konzentrieren können (Mah et al., 2023, S.94). Weiterhin ermöglichen generative Anwendungen die Simulation von komplexen Behandlungs- und Pflegesituationen oder interkulturellen Kommunikationsszenarien im Gesundheitsbereich (Seufert, 2024, S.155).

Ethische Herausforderungen generativer KI

Da sowohl der Bildungssektor als auch das Gesundheitswesen zwei Hochrisikobereiche mit sensiblen Informationen darstellen (Europäische Union, 2024, S.127), ist eine Abwägung zwischen den Risiken und Chancen von KI vorzunehmen. In der Ausbildung von Pflege- und Physiotherapiekräften kann KI den Zugang zu Wissen erleichtern. Allerdings entstehen dadurch neue Herausforderungen, da beispielsweise nicht alle Lernenden gleichermaßen Zugang zu digitalen Endgeräten oder kostenpflichtigen KI-Tools haben. Auch kann der Einsatz von generativer KI bestehende Leistungsunterschiede verstärken, da leistungsstärkere Lernende tendenziell mehr davon profitieren (Honegger, 2024, S.37). KI-Systeme können außerdem fehlerhafte oder verzerrte Inhalte liefern. Diese sogenannten „Halluzinationen“, die inkorrekte Informationen zu Quellen, Persönlichkeiten oder Sachinhalten beinhalten können (Bendel, 2024, S.170), entstehen durch Antwortberechnungen der generierenden Maschine, die vorhersagen, was der Anwender oder die Anwenderin als Outcome erwarten könnte (Baker, 2024, S.58). Vor dem Hintergrund, dass trügerische Medienelemente für missbräuchliche Zwecke wie Desinformationskampagnen und Meinungsmanipulationen genutzt werden können (vgl. Habermehl 2024: 288), ist eine Überprüfung umso wichtiger. Daher sind sowohl technische Maßnahmen als auch die Schulung von Nutzenden im kritischen Umgang mit KI notwendig. Ein weiteres Konfliktfeld ist das sogenannte „Black-Box-Problem“, welches die Intransparenz von Prozessen und Datenverarbeitungen im KI-System beschreibt (Klein, 2024, S.116 f.). Diese Unklarheit muss für die Dokumentation der KI-Abläufe gelöst werden, insbesondere wenn Menschen von den Einschätzungen der KI betroffen sind. Nur so können mögliche Unstimmigkeiten erkannt werden (Klein, 2024, S.272). Fehlerhafte Ausgaben der generativen KI könnten aber womöglich durch einen zu vertrauensvollen Umgang, oftmals bedingt durch häufige Nutzung, nicht effektiv reflektiert werden, wenn die benötigten Kompetenzen fehlen. (Baker, 2024, S.113 f.).

Forschungsstand

Der Forschungsstand zur Nutzung von Künstlicher Intelligenz zeigt, dass KI zunehmend als transformative Technologie wahrgenommen wird. Eine Umfrage der „Vodafone-Stiftung“ unter Jugendlichen im Alter von 14 bis 20 Jahren verdeutlicht, dass fast drei Viertel der Befragten einen Wandel des Schulsystems durch KI erwarten. Außerdem geben 73 % der Befragten an, eine positive Haltung gegenüber Künstlicher Intelligenz zu haben (Vodafone-Stiftung, 2024, S.6). Die „Hochschule der Medien“ in Stuttgart zeigt ähnliche Ergebnisse, da fast 99 % der Studierenden mindestens eine Anwendung mit integrierter KI nutzen, was auf einen zunehmenden Stellenwert von KI in der akademischen Ausbildung hinweist (Gottschling et al., 2024, S.129).

Die „Shell-Jugendstudie“ wiederum zeigt geschlechtsspezifische Unterschiede: Über 50 % der männlichen und knapp unter 40 % der weiblichen Befragten im Alter von 12 bis 25 Jahren stehen KI positiv gegenüber (Albert et al., 2024, S.183). Junge Frauen sind dabei tendenziell eher gewillt, ihre Kompetenzdefizite im Umgang mit KI zuzugeben (Albert et al., 2024, S.180). Zusätzlich ergibt eine Umfrage der Konrad-Adenauer-Stiftung, dass 80 % der 18- bis 29-Jährigen bereits einen fragegeleiteten Dialog mit einem KI-Chatbot geführt haben. Darüber hinaus nutzen 90 % die Übersetzungsfunktionen von KI und 74 % verwenden Anwendungen zur Gegenstandserkennung (Neu, 2024, S.12). Diese Zahlen verdeutlichen ebenfalls den breiten Einsatz von KI-Technologien im Alltag junger Erwachsener.

Forschungsdesign

Die Untersuchung erfolgte mittels eines quantitativen Fragebogens, der neben der Abfrage der individuellen KI-Nutzung auch selektive soziodemografische Items sowie eine modifizierte, standardisierte Kurzskala von Neyer et al. zur Erfassung der Nutzungsbereitschaft von generativer KI umfasst (Neyer et al., 2016, S.3 f.). Die untersuchte Institution war eine Schule für Gesundheitsfachberufe, die Ausbildungsmöglichkeiten in den Bereichen Pflegefachfrau/Pflegefachmann, Gesundheits- und Krankenpflegehilfe sowie Physiotherapie anbietet. Sie stellt über 200 Ausbildungsplätze zur Verfügung, wovon 156 zum Befragungszeitpunkt besetzt waren. 98 Schülerinnen und Schüler nahmen an der Studie teil. Die freiwillige Umfrage war eine hypothesenbasierte, deduktive Querschnittsstudie, die einmalig im Zeitraum vom 07. Bis 25. Oktober 2024 durchgeführt wurde. Sie wurde durch die Umfrageplattform „SurveyMonkey“ per digitalem Endgerät realisiert. Optional standen analoge Fragebögen in Papierform zur Verfügung. Den Auszubildenden, die zum Zeitpunkt der Befragung im praktischen Einsatz waren, wurde die Umfrage durch digitale Kommunikationswege zur Verfügung gestellt. Alle Fragen waren fakultativ beantwortbar. Fehlende Beantwortungen werden in der Ergebnisanalyse nicht berücksichtigt.

Ergebnisse

Die Stichprobe umfasst 62,8 % der Gesamtzahl der Auszubildenden an der untersuchten Bildungseinrichtung. Von den Teilnehmenden identifizieren sich 36 als männlich und 59 als weiblich. Die Verteilung der Fachrichtungen zeigt, dass 49 Teilnehmende der Physiotherapie und 46 der Pflege angehören. Die Altersspanne reicht von 16 bis 45 Jahre. Zur Untersuchung des Altersfaktors wurden drei Alterskategorien gebildet.

Inwieweit gibt es bereits Nutzungserfahrungen mit generativer KI?

65.31 % geben an, bereits Nutzungserfahrungen mit generativen KI-Anwendungen gesammelt zu haben. Auffällig ist der Unterschied zwischen männlichen und weiblichen Auszubildenden. Demnach haben 72.22 % der Männer, aber nur 59.32 % der Frauen bereits solche Systeme verwendet. Eine Diskrepanz besteht auch bei den Ausbildungsberufen. Hier geben 55.10 % aus der Pflege und 73.91 % aus der Physiotherapie bereits Nutzungserfahrungen an. Im Kontext der Bildungsabschlüsse geben 63.64 % der Teilnehmenden mit Abitur oder Fachhochschulreife, 70.00 % der Teilnehmenden mit Realschulabschluss und 40.00 % der Teilnehmenden mit Hauptschulabschluss an, generative KI-Anwendungen genutzt zu haben. Die Auswertung nach Alterskategorien zeigt, dass 64.29 % der 16–19-Jährigen, 72.22 % der 20–24-Jährigen und 50 % der 25–45-Jährigen bereits Nutzungserfahrungen mit generativer KI gesammelt haben (Tabelle 1).

In diesem Zusammenhang berichten 54 der Befragten, ChatGPT als KI-Tool verwendet zu haben. Folglich ist ChatGPT die vorherrschende Anwendung unter den Teilnehmenden. Eine ebenfalls genannte Anwendung generativer Künstlicher Intelligenz ist Google Gemini, welche jedoch lediglich von drei Teilnehmenden angegeben wird.

Gruppe	N	Ja (N)	Nein (N)
Gesamt	98	65.31 % (64)	34.69 % (34)
Männer	36	72.22 % (26)	27.78 % (10)
Frauen	59	59.32 % (35)	40.68 % (24)
Pflegefachmann / Pflegefachfrau	49	55.10 % (27)	44.90 % (22)
Physiotherapeut / Physiotherapeutin	46	73.91 % (34)	26.09 % (12)
Abitur / Fachhochschulreife	44	63.64 % (28)	36.36 % (16)
Realschule / Mittlere Reife	40	70.00 % (28)	30.00 % (12)
Hauptschule	5	40.00 % (2)	60.00 % (3)
Alter: 16 – 19 Jahre	42	64.29 % (27)	35.71 % (15)
Alter: 20 – 24 Jahre	36	72.22 % (26)	27.78 % (10)
Alter: 25 – 45 Jahre	14	50.00 % (7)	50.00% (7)

Tabelle 1: Häufigkeit der Nutzungserfahrungen mit generativer KI

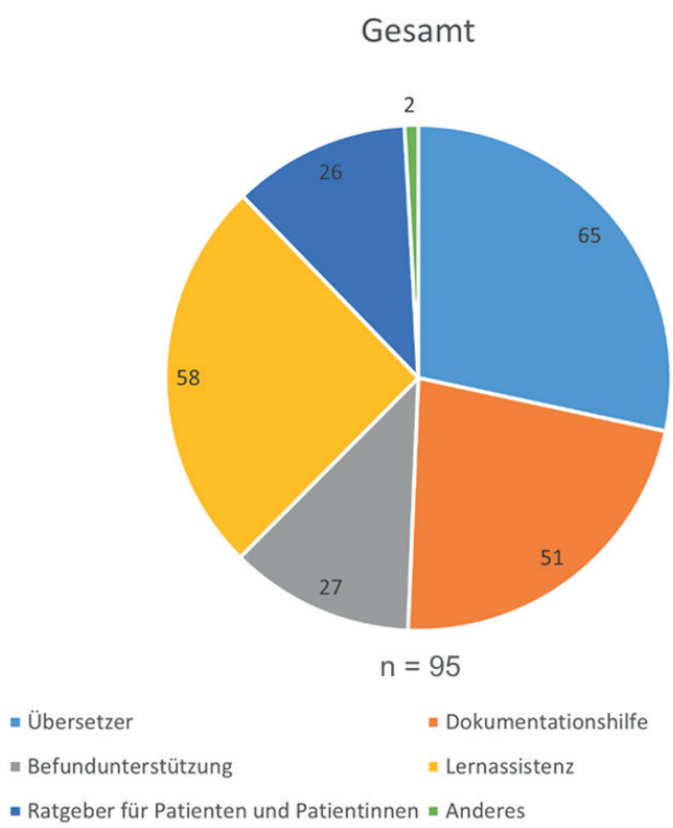

Abbildung 1: Anzahl Nennungen für Nutzungsmöglichkeiten aller Auszubildenden

Welche Anwendungsmöglichkeiten sehen die Auszubildenden?

Die Verteilung der Antworten zeigt, dass generative KI 65-mal als potenzieller Übersetzer bei Sprachbarrieren und 58-mal als Lernassistenz in Betracht gezogen wird, gefolgt von 51 Angaben als Dokumentationshilfe, 27 Nennungen als Befundunterstützung sowie 26 Antworten als Ratgeber für Patienten und Patientinnen. Zwei Befragte geben einerseits „Dienstplan und Einsatzgestaltung“ und andererseits „Beratung bei Fragen“ an (Abbildung 1).

Zwischen den Ausbildungsberufen gibt es dahingehend Unterschiede. 70.83 % der Pflegefachkräfte erwägen den Einsatz von generativer KI als Übersetzer bei Sprachbarrieren. Das ist gleichzeitig der häufigste Anwendungsbereich insgesamt, jedoch wird er mit 65.22 % weniger häufig von Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen erwähnt. Die Nutzung als Dokumentationshilfe benennen 50 % der Auszubildenden im Fachbereich Pflege und 54.35 % im Fachbereich Physiotherapie. Letztere könnten sich demnach einen möglichen administrativen Einsatz etwas häufiger vorstellen. Eine Unterstützung bei der Befundung halten beide Gruppen mit 29.17 % bzw. 28.26 % gleichermaßen für möglich. Die Option, generative KI als Lernassistenz zu verwenden, wird mit 66.67 % von den Pflegefachkräften in Erwägung gezogen. In der Physiotherapie sind es hingegen nur 54.35 %. Hier zeigt sich ein deutlicher Unterschied. Auch die Anwendung als Patientenratgeber wird unterschiedlich bewertet. 35.42 % der Lernenden in der Pflege erwägen dahingehend eine Nutzung, während dies nur für 19.57 % der Auszubildenden in der Physiotherapie

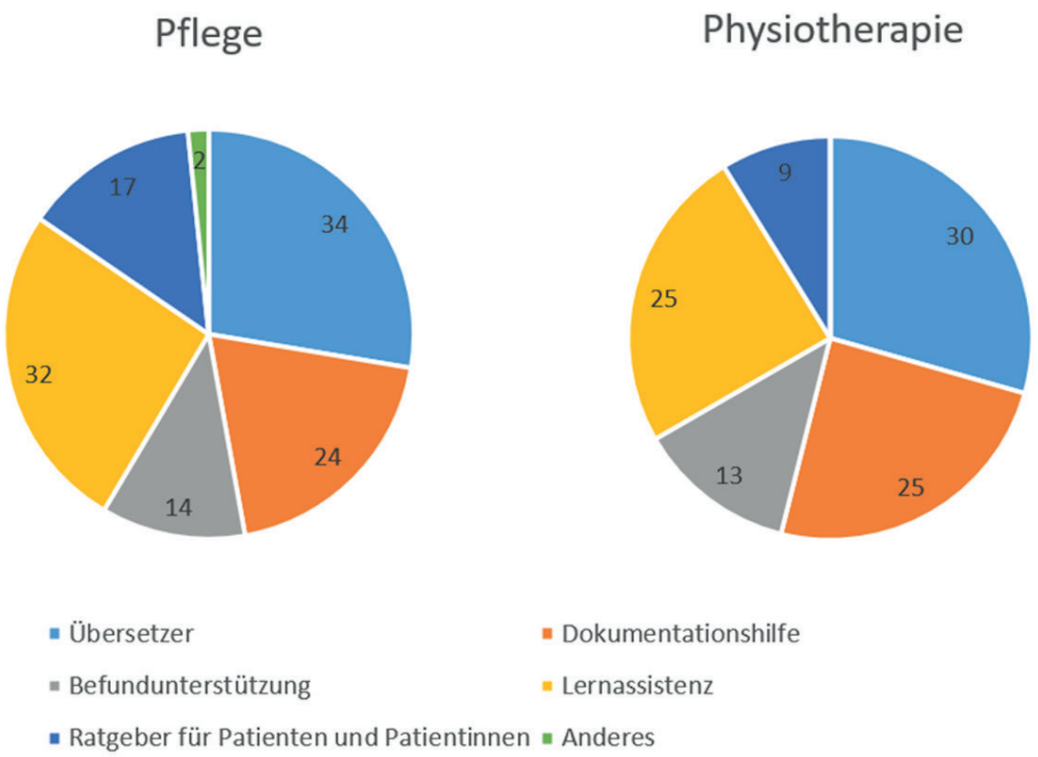

Abbildung 2: Anzahl Nennungen für Nutzungsmöglichkeiten nach Ausbildungsberuf

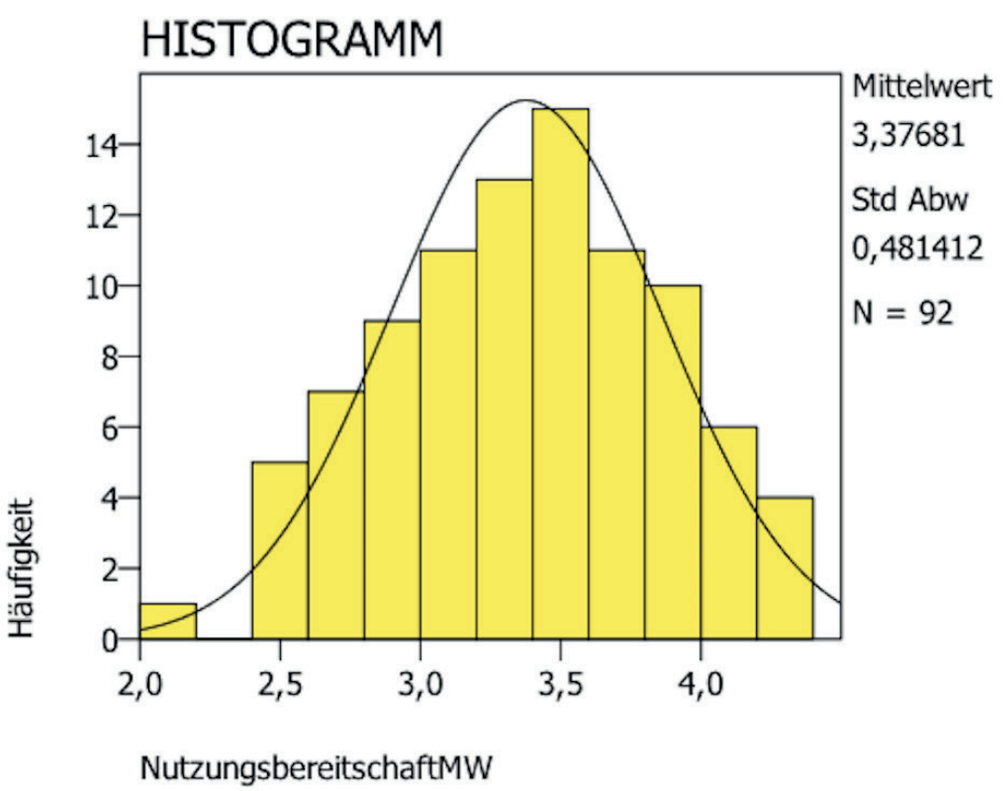

Abbildung 3: Histogramm für Mittelwert der Nutzungsbereitschaft

in Frage kommt. Die genaue Anzahl der Antworten ist in der Abbildung 2 erkennbar. Unterschiede zur Gesamtanzahl kommen durch eine fehlende Berufsangabe zustande (Abbildung 2).

Wie ist die Bereitschaft zur Nutzung von generativer KI?

Für die Auswertung der Kurzskala bzw. der Nutzungsbereitschaft werden Mittelwerte aus den Likert-Skalen der Antwortitems gebildet. Jeweils vier Fragen überprüfen die Parameter „Nutzungsakzeptanz“, „Kompetenzüberzeugung“ und „Kontrollüberzeugung“. Deren Aggregation führt zu dem endgültigen Wert für die Nutzungsbereitschaft. Die Zusammenführung von 92 gültigen Datensätzen ergibt einen Mittelwert von gerundet 3.38 auf einer Skala von 1 bis 5. Das entspricht einer leicht positiven Einstellung gegenüber der Nutzung generativer KI (Abbildung 3).

Welchen Einfluss haben soziodemografische Faktoren?

Im Vergleich der beiden Geschlechter wurde ein Mittelwert von 3.45 für die 36 befragten Männer und 3.33 für die 55 Frauen ermittelt. Demnach zeigen männliche Auszubildende numerisch eine leicht höhere Bereitschaft. Diese geringfügige Abweichung wurde mittels Mann-Whitney-U-Test analysiert. Dabei ist festzustellen, dass wahrscheinlich kein signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern existiert (Tabelle 2). Das Signifikanzniveau aller statistischen Auswertungsprozesse beträgt 0.05.

Ein für die Altersgruppen durchgeführter Kruskal-Wallis-Test zeigt, dass ebenfalls kein signifikanter Unterschied zwischen den Kategorien existieren könnte. Es ist jedoch auch hier zu berücksichtigen, dass die älteste Alterskategorie mit 14 Auszubildenden eine deutlich geringere Anzahl an Teilnehmenden aufwies als die anderen Gruppen. Zudem lagen die Altersintervalle eng beieinander, was eine Differenzierung erschweren könnte (Tabelle 3).

Die Mehrheit der Teilnehmenden verfügt als höchster Bildungsabschluss vor Ausbildungsbeginn über das Abitur bzw. die allgemeine Hochschulreife, gefolgt von einem Realschul- bzw. mittleren Abschluss. Lediglich fünf Auszubildende gaben einen Hauptschulabschluss oder Vergleichbares an. Anhand der Mittelwerte ist eine absteigende Nutzungsbereitschaft bei absteigender Qualifikationshierarchie zu erkennen. Die statistische Auswertung durch den Kruskal-Wallis-Test zeigt jedoch keinen signifikanten Unterschied (Tabelle 4).

Die Auszubildenden der Physiotherapie weisen einen Mittelwert von 3.42, die Auszubildenden der Pflege einen Mittelwert von 3.34 auf. Auch hier existiert eine minimale Diskrepanz. Im Mann-Whitney-U-Test zeigt sich ebenfalls keine Signifikanz (Tabelle 5).

Nach Abschluss der Analyse konnte demnach kein signifikanter Einfluss soziodemografischer Faktoren innerhalb der Stichprobe festgestellt werden.

Wie wirken sich vorherige Nutzungserfahrungen aus?

Der Mittelwert der Nutzungsbereitschaft beträgt 3.53 bei Auszubildenden mit Nutzungserfahrungen und 3.09 bei Auszubildenden ohne Nutzungserfahrungen. Der Mann-Whitney-U-Test gibt für diese deutlich unterschiedlichen Mittelwerte einen hochsignifikanten p-Wert von < 0.001 aus (Tabelle 6). Daher ist mit hoher Wahrscheinlichkeit eine größere Bereitschaft zur Nutzung von generativer KI vorhanden, wenn bereits solche Systeme verwendet wurden.

Diskussion

Die Ergebnisse zeigen, dass die Mehrheit der Auszubildenden an der Gesundheitsfachschule bereits Erfahrungen mit generativen KI-Anwendungen gemacht hat. Auffällig ist, dass Männer umfangreichere Nutzungserfahrungen aufweisen. Dieses Ergebnis deckt sich mit der JIM-Studie 2024, die bei männlichen Jugendlichen eine höhere Bekanntheit von ChatGPT (Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest, 2024, S.60) und ein größeres Interesse gegenüber generativer KI aufzeigt (Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest, 2024, S.62). Mögliche Ursachen für diese Diskrepanz könnten gezielt in zukünftigen Forschungsvorhaben identifiziert werden. Dadurch ließen sich pädagogische Maßnahmen wie bedürfnisorientierte Lernangebote entwickeln, die Frauen stärker an den Umgang mit KI heranführen.

Auch zwischen den Ausbildungsberufen bestehen Unterschiede: Physiotherapie-Auszubildende zeigen im Vergleich zur Pflege höhere Erfahrungswerte in der KI-Nutzung. Dies könnte auf unterschiedliche Schwerpunkte im Lehr-Lern-Prozess zurückzuführen sein. Eine stärkere Integration digitaler Technologien in die Pflegeausbildung könnte hier zu einer Angleichung führen.

Die Analyse der Bildungsabschlüsse zeigt, dass Realschulabsolventen die höchste Nutzungsrate aufweisen, gefolgt von Abiturienten. Hauptschulabsolventen nutzen KI weniger.

Geschlecht	Nutzungsbereitschaft Mittelwert	N	Signifikanz (p-Wert)
Männlich	3.45	36	0.227
Weiblich	3.33	55	

Tabelle 2: Mann-Whitney-U-Test: für die Nutzungsbereitschaft anhand des Geschlechts

Altersgruppen	Nutzungsbereitschaft Mittelwert	N	Signifikanz (p-Wert)
16-19 Jahre	3.42	41	0.888
20-24 Jahre	3.37	34	
25-45 Jahre	3.34	14	

Tabelle 3: Kruskal-Wallis-Test für die Nutzungsbereitschaft anhand der Altergruppe

Gruppe höchster Bildungsabschluss	N	Nutzungsbereitschaft Mittelwert	Signifikanz (p-Wert)
Abitur oder vergleichbar	42	3.39	0.563
Realschule oder vergleichbar	38	3.36	
Hauptschule oder vergleichbar	5	3.15	

Tabelle 4: Kruskal-Wallis-Test für die Nutzungsbereitschaft anhand des höchsten Bildungsabschlusses

Berufsgruppe	N	Nutzungsbereitschaft Mittelwert	Signifikanz (p-Wert)
Physiotherapeut/in	45	3.42	0.420
Pflegefachmann / Pflegefachfrau	46	3.34	

Tabelle 5: Mann-Whitney-U-Test für die Nutzungsbereitschaft anhand des Ausbildungsberufes

Erfahrungen mit generativer KI	N	Nutzungsbereitschaft Mittelwert	Signifikanz (p-Wert)
Ja	60	3.53	< 0.001
Nein	32	3.09	

Tabelle 6: Mann-Whitney-U-Test für die Nutzungsbereitschaft anhand vorheriger Nutzungserfahrungen

Da ein Hauptschulabschluss allein nicht ausreicht, um die Ausbildung zur Pflegefachkraft zu beginnen, ist anzunehmen, dass die Lernenden dieser Antwortkategorie bereits eine mindestens zweijährige Berufsausbildung oder eine Qualifikation als Pflegehelfer bzw. in der Pflegeassistenz abgeschlossen haben. Die dadurch entstehende geringe Anzahl an Personen in dieser Gruppe ist wahrscheinlich ergebnisverzerrend. Trotzdem deutet die Befragung darauf hin, dass der Bildungsgrad allein nicht ausschlaggebend für die Nutzung von generativer KI ist, sondern möglicherweise andere Faktoren eine Rolle spielen.

In Bezug auf das Alter nutzen die 20–24-Jährigen am häufigsten KI, gefolgt von den 16–19-Jährigen. Die 25–45-Jährigen weisen die geringste Nutzungsrate auf. Dies könnte auf eine stärkere KI-Affinität der jüngeren Altersgruppen hindeuten. Für ältere Auszubildende wären gezielte Fortbildungsangebote denkbar, um den Umgang mit KI zu fördern.

Die nicht signifikanten Ergebnisse für Einflüsse soziodemografischer Faktoren auf die Nutzungsbereitschaft sind hingegen überraschend, da beispielsweise die erwähnte 19. Shell-Jugendstudie Unterschiede zwischen den Geschlechtern angibt (Albert et al., 2024, S.181). Hier könnte die selbstselektive Komponente der Stichprobe Verzerrungen verursacht haben, da möglicherweise Auszubildende mit einem geringen Interesse an KI nicht an der Umfrage teilgenommen haben. Tendenziell zeigen die Antworten eine Offenheit gegenüber der Nutzung generativer KI.

Zusätzlich wurden Nutzungsmöglichkeiten für die generative KI abgefragt. Dabei waren insbesondere die Übersetzungsmöglichkeit bei Sprachbarrieren, das Potenzial als Lernassistenz und die Dokumentationshilfe die bedeutendsten Antwortkategorien. Die Ratgeberfunktion für Patientinnen und Patienten und die Befundhilfe wurden als Anwendungsoptionen seltener ausgewählt. Dahingehend könnte interpretiert werden, dass Auszubildende den Nutzen generativer KI in der Unterstützung von alltäglichen und routinierten Aufgaben erkennen. Jedoch haben insbesondere Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen eventuell eine gewisse Zurückhaltung bei der Übertragung von Arbeitsaufgaben in der direkten Patienteninteraktion oder im Lernprozess. In Anbetracht der Unterschiede zwischen den Professionen wären zukünftige, berufsspezifische Untersuchungsvorhaben angebracht, um Rückschlüsse aus diesen Daten bilden zu können.

Die vorherigen Erfahrungen der Auszubildenden deuten ebenfalls auf ein weiteres Problemfeld in der Nutzung hin: Die Schülerinnen und Schüler nannten fast ausschließlich den Chatbot „ChatGPT“ im Zusammenhang mit den verwendeten KI-Tools. Es wäre denkbar, dass durch diese Anwendungshomogenität ein Mangel an Kenntnissen über andere KI-Programme oder Verwendungszwecke entsteht. Hier wäre die Integration einer eigenen KI-Anwendung für die Lernenden angebracht.

Die Nutzungsanalyse endet mit einem explorativen Vergleich der Mittelwerte zwischen der Gruppe mit vorherigen Erfahrungen und der Gruppe ohne vorherige Erfahrungen. In dieser Analyse ist erkennbar, dass es einen hochsignifikanten statistischen Unterschied gibt. Dahingehend ist zu erwarten, dass Auszubildende eine höhere Nutzungsbereitschaft entwickeln, wenn sie eigene Nutzungserfahrungen sammeln. Diese Vermutung kann durch die Skalenvalidierung von Neyer et al. gestützt werden, da hier bereits bedeutsame Zusammenhänge zwischen der Techniknutzung und Technikbereitschaft festgestellt wurden (Neyer et al., 2016, S.10).

Limitierende Faktoren

Die empirische Untersuchung ist in ihrem zeitlichen Rahmen, ihrem Seitenumfang und der organisatorischen Möglichkeiten begrenzt gewesen. Der Fokus wurde auf die selbstselektive Stichprobe einer gesundheitsfachschulischen Ausbildungsstätte gerichtet. Da die Institution keine Ausbildungen in anderen Gesundheitsfachbereichen anbietet, konnten nur angehende Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen bzw. Pflegefachkräfte befragt werden. Demnach kann das Fazit nur für diese Gruppe Anwendung finden. Eine Ausweitung zur Grundgesamtheit oder eine Übertragung zu Schülerinnen und Schülern anderer Ausbildungsstandorte oder Ausbildungsberufe ist indes kaum bzw. nur hochgradig verzerrt möglich.

Eine Möglichkeit, die den Mittelwert der Nutzungsbereitschaft beeinflusst haben könnte, ist das Messinstrument. Die Kurzskala könnte ein suboptimales Erhebungswerkzeug für die untersuchte Stichprobe darstellen, da sie im Wortlaut modifiziert wurde und von der ursprünglichen Erhebung der Technikbereitschaft abweicht. Auch wenn die ursprünglichen Sinninhalte beibehalten wurden, könnten inhaltliche Unterschiede zwischen der Technik und der Künstlichen Intelligenz ergebnisverzerrend sein.

Fazit

Die Relevanz der Ergebnisse von Untersuchungen der generativen KI-Modelle könnte angesichts ihrer vielfältigen Einsatzbereiche noch weiter ansteigen. Dahingehend sollten die erwähnten ethischen Herausforderungen und Risiken in zukünftigen Forschungsvorhaben berücksichtigt und adressiert werden. Die Anwendungsmöglichkeiten in der Pädagogik und Medizin sind bisher eher konzeptuell vorhanden, da viele Ethikaspekte noch nicht umfassend geklärt wurden. Das ist jedoch eine Notwendigkeit, da die Verarbeitung von sensiblen bzw. personenbezogenen Daten in Hochrisikobereichen konsequent abgesichert sein muss (Klein, 2024, S.287).

Zusammenfassend zeigen die unterschiedlichen Perspektiven der Forschungsvorhaben, dass die Anwendung Künstlicher Intelligenz in alltäglichen und pädagogischen Situationen von Relevanz ist und in den nächsten Jahren wahrscheinlich noch zunehmen wird. Außerdem hat die quantitative Erhebung wertvolle Informationen zur Nutzungsbereitschaft und Nutzungserfahrung generativer KI bei einer Stichprobe von Auszubildenden der Gesundheitsfachberufe gewonnen. Entscheidungsträger könnten diese Erkenntnis nutzen, um die Integration von generativen KI-Systemen in den Unterricht zu fördern oder den Einsatz einer angepassten Alternative zu begründen. Für zukünftige Forschungsvorhaben sollten jedoch Anpassungen am Forschungsdesign vorgenommen werden, um die Repräsentativität der Ergebnisse zu optimieren.

Literaturverzeichnis

Albert, M., Quenzel, G., & de Moll, F. (2024). 19. Shell Jugendstudie - Jugend 2024: Pragmatisch zwischen Verdrossenheit und gelebter Vielfalt. Beltz Verlagsgruppe.

Baker, P. (2024). ChatGPT für Dummies (1. Aufl.). Wiley-VCH.

Bendel, O. (2024): Generative KI aus ethischer Sicht. In S. Seufert & S. Handschuh (Hrsg.), Generative Künstliche Intelligenz: ChatGPT und Co für Bildung, Wirtschaft und Gesellschaft (S. 165 – 180). Schäffer-Poeschel Verlag.

Burow, O.-A. (2024). Mit KI zu leidenschaftlicher Bildung: Ein Manifest (1. Aufl.). Beltz Verlag.

Europäische Union. (2024). Verordnung (EU) 2024/1689 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 13. Juni 2024 zur Festlegung harmonisierter Vorschriften für künstliche Intelligenz und zur Änderung der Verordnungen (EG) Nr. 300/2008, (EU) Nr. 167/2013, (EU) Nr. 168/2013, (EU) 2018/858, (EU) 2018/1139 und (EU) 2019/2144 sowie der Richtlinien 2014/90/EU, (EU) 2016/797 und (EU) 2020/1828 (Verordnung über künstliche Intelligenz). Amtsblatt der Europäischen Union. https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/PDF/?uri=OJ:L_202401689

Gottschling, S., Seidl, T., & Vonhof, C. (2024). Nutzung von KI-Tools durch Studierende – Eine exemplarische Untersuchung studentischer Nutzungsszenarien. die hochschullehre, 10(11), 122–135. https://doi.org/10.3278/HSL2411W

Habermehl, J. (2024). KI für Kreative. Rheinwerk Verlag.

Handschuh, S. (2024). Große Sprachmodelle. In S. Seufert & S. Handschuh (Hrsg.), Generative Künstliche Intelligenz: ChatGPT und Co für Bildung, Wirtschaft und Gesellschaft (S. 31–45). Schäffer-Poeschel Verlag.

Honegger, B. D. (2024). Was will uns ChatGPT sagen? Pädagogik, 76(3), 34–38.

Klein, A. (2024a). Ethische Perspektiven eines verantwortungsbewussten Umgangs mit Künst-

licher Intelligenz. In A. Klein, S. Dennerlein, & H. Ritschl (Hrsg.), Health Care und Künstliche Intelligenz: Ethische Aspekte verstehen – Entwicklungen gestalten (S. 103–125). Narr Francke Attempto Verlag.

Klein, A. (2024b). Kompetenzen ethischer Reflexionen. In A. Klein, S. Dennerlein, & H. Ritschl (Hrsg.), Health Care und Künstliche Intelligenz: Ethische Aspekte verstehen – Entwicklungen gestalten (S. 267–299). Narr Francke Attempto Verlag.

Lee, P. (2023). Der ultimative Aktenvernichter. In P. Lee, C. Goldberg, I. Kohane, & S. Bubeck, Die KI-Revolution in der Medizin: GPT-4 und darüber hinaus (S. 141–163). Pearson Deutschland.

Mah, D.-K., Hense, J., & Dufentester, C. (2023). Didaktische Impulse zum Lehren und Lernen mit und über Künstliche Intelligenz. In Künstliche Intelligenz in der Bildung (S. 91–108). Springer VS.

Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest. (2024). JIM-Studie 2024 – Jugend, Information, Medien. Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest.

Neu, V. (2024). Die digitale Spaltung der Gesellschaft. Konrad-Adenauer-Stiftung. https://www.kas.de/documents/252038/29391852/Die+digitale+Spaltung+der+Gesellschaft.pdf

Neyer, F. J., Felber, J., & Gebhardt, C. (2016). Kurzskala zur Erfassung von Technikbereitschaft (TB, technology commitment). Zusammenstellung sozialwissenschaftlicher Items und Skalen (ZIS). https://doi.org/10.6102/zis244

Seufert, S., & Handschuh, S. (2024). Generative KI: Mensch-Maschine-Augmentation. In S. Seufert & S. Handschuh (Hrsg.), Generative Künstliche Intelligenz: ChatGPT und Co für Bildung, Wirtschaft und Gesellschaft (S. 19–30). Schäffer-Poeschel Verlag.

Seufert, S. (2024). Zukunft Bildung: Auswirkungen generativer KI auf Bildungssysteme. In S. Seufert & S. Handschuh (Hrsg.), Generative Künstliche Intelligenz: ChatGPT und Co für Bildung, Wirtschaft und Gesellschaft (S. 139–164). Schäffer-Poeschel Verlag.

Vodafone Stiftung. (2024). Pioniere des Wandels: Wie Schüler:innen KI im Unterricht nutzen möchten. https://www.vodafone-stiftung.de/wp-content/uploads/2024/03/Pioniere-des-Wandels-wie-Schueler-innen-KI-im-Unterricht-nutzen-wollen-Jugendstudie-der-VS-2024.pdf

Wollersheim, H.-W. (2023). Bildung durch Künstliche Intelligenz ermöglichen: Ein Beitrag aus bildungstheoretischer Perspektive. In Künstliche Intelligenz in der Bildung (S. 3–29). Springer VS.

Eingereicht: 06.12.2024
Genehmigt: 10.02.2025

doi: 10.61034/LLiG-31

Prof. Dr. phil. habil. Thomas Prescher
Studiengangsleiter Berufspädagogik für Rettungswesen
FH Münster (FB Gesundheit)

Akademisierung im Rettungsdienst zwischen beruflicher Qualifizierung und wissenschaftlich-operativer Geschlossenheit: Eine ontologische Standortbestimmung

Abstract deutsch

Die Akademisierung des Rettungsdienstes wird als Professionalisierungsstrategie diskutiert, bleibt jedoch strukturell und ontologisch unklar. Dieser Beitrag untersucht das Spannungsverhältnis zwischen beruflicher Qualifizierung und wissenschaftlich-operativer Geschlossenheit. Ausgangspunkt ist die Frage, welche epistemischen und institutionellen Relationen durch die Akademisierung tatsächlich verändert werden. Durch eine ontologische Standortbestimmung wird gezeigt, dass Akademisierung weniger eine lineare Qualifikationssteigerung darstellt, sondern eine systemische Transformation von Wissens- und Handlungssystemen. Die Analyse offenbart, dass eine unstrukturierte Akademisierung eher zur Abwanderung akademisierter Fachkräfte führt als zur Stärkung des Berufsbildes. Abschließend werden notwendige strukturelle Anpassungen skizziert, um eine kohärente akademische Integration des Rettungsdienstes zu ermöglichen.

Abstract englisch

The academization of the emergency services is discussed as a professionalization strategy, but remains structurally and ontologically unclear. This article examines the tension between professional qualification and scientific-operational unity. The starting point is the question of which epistemic and institutional relations are actually changed by academization. Through an ontological assessment of the situation, it is shown that academization is less a linear increase in qualifications than a systemic transformation of systems of knowledge and action. The analysis reveals that unstructured academization is more likely to lead to a brain drain than to a strengthening of the occupational profile. Finally, necessary structural adjustments are outlined in order to enable a coherent academic integration of the emergency services.

Die Diskussion um die Akademisierung im Rettungsdienst hat in den letzten Jahren erheblich an Bedeutung gewonnen. Dies ist nicht nur auf den allgemeinen Trend zur Akademisierung von Gesundheitsberufen zurückzuführen, sondern auch auf die spezifischen Herausforderungen, die der Rettungsdienst als Teil des Gesundheitssystems bewältigen muss (Lauer et al., 2022, S. 987ff.) und für das die Akademisierung als Strategie der Professionalisierung in den Gesundheitsberufen als eine generelle mögliche Lösung diskutiert wird (Kaufhold et al., 2014, S. 7). Unter dem Begriff der Akademisierung wird die in den letzten Jahrzehnten statt-

findende berufsqualifizierende Entwicklung in den Gesundheitsfachberufen verstanden (Wissenschaftsrat, 2013, S. 65). Darüber hinaus umfasst der mit der Akademisierung verbundene Prozess der wissenschaftlichen Disziplinierung auch den Auf- und Ausbau von Forschung und damit die Entwicklung von wissenschaftlichen Karrierewegen (Wissenschaftsrat, 2013, S. 65).

Akademisierung im Rettungsdienst: Bedarf reflexiver Perspektivenerweiterung

Die Akademisierung im Rettungsdienst zeigt sich als eine Paradoxie, die in der scheinbar einfachen und immer wieder aufgeworfenen, aber letztlich irreführenden Frage „Was sollen akademisierte NotfallsanitäterInnen (NotSan) später können und tun?“ zum Ausdruck kommt. Diese Frage offenbart die Paradoxie, indem sie das „eingeschlossene Ausgeschlossene“ thematisiert (Prescher et al., 2023, S. 38ff.): Für Beobachtende aus der Praxis entsteht ein Problem, wo das Wissenschaftssystem selbst keines sieht. Die Paradoxie besteht darin, dass die Anerkennung der Möglichkeit einer Akademisierung gleichzeitig die Unmöglichkeit in sich trägt – der berufspolitische Wunsch nach Akademisierung aktiviert fortwährend den wahrgenommenen Mangel an dieser im Rettungsdienst.

Die Akademisierung als Thema zeigt sich insofern paradox, weil es zahlreiche Studienangebote gibt, die bereits heute zeigen, dass eine Akademisierung im Feld Einzug gehalten hat. Diese sind die üblichen Angebote der Rettungsdienst-Managementstudiengänge, Berufspädagogikstudiengänge und der sogenannten Science-Studiengänge wie erste Studiengänge mit dem Titel Rettungswissenschaft zeigen. Aber auch das Rettungsingenieurwesen oder Studiengänge zum Katastrophenschutz bestimmen das akademische Feld. Was dabei fehlt und damit Teil der beobachtbaren Paradoxie ist, sind Studiengänge, wie sie im Vorschlag der 9. Stellungnahme der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung (2023, S. 13) hoffnungserweckend benannt wurden und ihr Fehlen nach wie vor ein Stein des Anstoßes zu sein scheint: Studiengänge wie Bachelor Paramedic und Master Advanced Care Paramedic. Ein Stein des Anstoßes ist das Fehlen, weil man sich einerseits Attraktivitätsgewinne für den Beruf der NotfallsanitäterIn erhofft und andererseits die stille Hoffnung nach einer eigenständigen Heilkunde mit der Akademisierung verbunden wird (Hoffmann, 2024, S. 23), damit man – provokant formuliert - auch darf, was man heute schon meint zu können.

Die Diskussion um die Akademisierung im Rettungsdienst findet dazu aktuell in verschiedenen Kontexten statt wie z.B. den Fürther Gesprächen (Meyer et al., 2024) oder der Stellungnahme des Bündnis Pro Rettungsdienstes zur Akademisierung im Rettungsdienst (Hölters, 2024). Entsprechend dieser Diskussionen und dem Ringen um die Fragen, wohin eine bzw. ein NotSan akademisiert werden soll und den Befürchtungen, so eine bzw. einer könnte die Deutungshoheit der Profession der MedizinerInnen als NotärztInnen gefährden, soll hier die Hypothese aufgeworfen werden, dass diese Fragen nicht nur unfruchtbar und ergebnislos sind, sondern zuvorderst die völlig falschen Fragen sind und am Begriff und der Bedeutung „Akademisierung“ vorbeigehen.

Eine Bedeutung wird verbreitet darin gesehen, dass ein Beruf eine hochschulische Ausbildung erfordert, um neben reinen praktischen Fertigkeiten und Fähigkeiten stärker den komplexen Anforderungen gerecht zu werden. Akademisierung meint hier berufliche Qualifizierung (vgl. Abbildung 1) auf Basis eines wissenschaftlichen Fundaments. Der Wissenschaftsrat (2013, S. 7ff.) befürwortet diese Entwicklung gerade für Gesundheitsberufe und fordert eine Akademisierungsquote von 10 – 20 %. Dabei steht das berufliche Handeln im Vordergrund, ohne zu berücksichtigen, wie diese Idee von Akademisierung strukturell als konkrete Personal- und Haushaltsstellen realisiert werden kann. Darüber hinaus bedarf es wissenschaftlicher Methodenkenntnisse, um dem Anspruch der Evidenzbasierung der Arbeit zukünftiger Notfallsanitäter gerecht zu werden genauso wie die Fähigkeiten, Konzepte adressaten- und bedarfsorientiert zu entwickeln und interdisziplinär zu denken. Diesen komplexen Anforderungen wird die heutige Ausbildungssituation an den Berufsfachschulen für die Ausbildung von Notfallsanitätern und das daraus resultierende Qualifikationsprofil zukünftiger Notfallsanitäter nicht gerecht, so dass es einer gezielten Kompetenzerweiterung bedarf (Walkenhorst & Klemme, 2008, S. 181). Um den Begriff von dieser Perspektive zu lösen und eine reflexive Perspektiverweiterung zu ermöglichen, ist eine ontologische Standortbestimmung notwendig.

Ontologische Standortbestimmung: Würfel als Raummetapher epistemischer und territorialer Relationen

Ontologisch betrachtet bezieht sich diese Art der Standortbestimmung auf die grundsätzli-

che Bestimmung und Verortung des Phänomens Akademisierung innerhalb eines umfassenden Seinsverständnisses oder Wirklichkeitsbegriffs. In diesem Zusammenhang bedeutet es, dass die Akademisierung nicht nur als Prozess oder Entwicklung betrachtet wird, sondern als ein grundlegendes Moment im Aufbau und der Strukturierung von Wissens- und Handlungssystemen in einer Gesellschaft, hier einerseits das System der Gesundheitsversorgung mit der funktionalen Differenzierung auf Notfallversorgung (Prescher, 2024, S. 170ff.) und andererseits gleichermaßen im System der Wissenschaft mit der Bildung von Disziplinen und institutionelle Äquivalenten wie Lehrstühlen oder Instituten mit Denomination wie zum Beispiel Rettungswissenschaft, Allgemeiner Rettungswissenschaft, Rettungssoziologie oder Rettungspsychologie.

Um eine ontologische Standortbestimmung durchzuführen, lassen sich unterschiedliche epistemische Relationen (Würfelkanten) und territoriale bzw. kategoriale Relationen in Form eines Würfels aufeinander beziehen (vgl. Abbildung 1). Der Würfel dient dabei als räumliche Metapher (Anz 2008) einer komplexen Struktur und Logik von Akademisierung:

- Epistemische Relationen markieren grundsätzliche Paradoxien im Feld wie *Berufspraxis vs. Wissenschaft, Handeln vs. Verstehen und „an den Patienten“ vs. „weg vom Patienten“*
- Territoriale bzw. kategoriale Relationen stehen system- und interaktionstheoretisch für die Kopplung verschiedener Strukturelemente, die sich räumlich-analytisch im Verhältnis zu den epistemischen Relationen beobachten und beschreiben lassen. Zu ihnen zählen *Berufsqualifizierung, Evidenzbasierung, Professionalisierung, Profession, Theoriebildung, Institutionalisierung, Selbstreferentialität und Grenzziehung bzw. -verschiebung.*

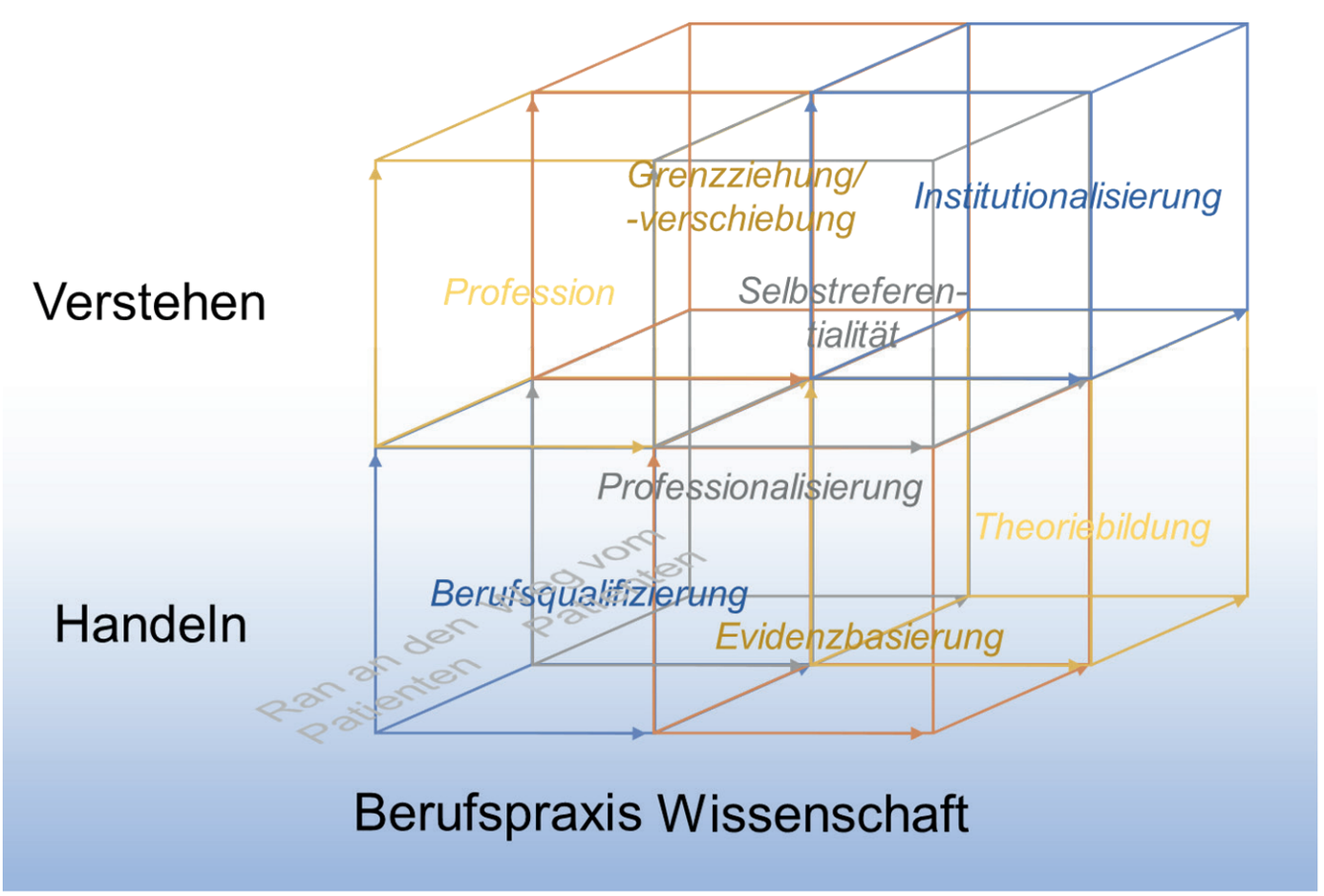

Abbildung 1: Akademisierung als eine epistemische und territoriale Relation (eigene Darstellung)

Zusammengefasst kann „Akademisierung als territoriale Relation“ und eine ontologische Bewegung innerhalb der Wissenschaft, der Notfallversorgung und Gesellschaft verstanden werden, die die epistemischen und systemischen Positionen von Berufen (hier NotSan), Wissens- und Handlungsfeldern und sozialen Praktiken und Praxeologien neu definiert. Dies geschieht durch die Erweiterung, Umstrukturierung oder Neudefinition der „Territorien“ innerhalb des ontologischen Feldes, wobei diese Bewegung tiefgreifende Implikationen für das Verständnis von Praxis, Wissenschaft und Professionalisierung innerhalb des Berufsfeldes Rettung für den Beruf des Notfallsanitäters hat.

Paradoxieentfaltung entlang der epistemischen und territorialen Relationen: Der Teufel steckt im Detail

Die *Berufsqualifizierung* in der epistemischen Relation zwischen Berufspraxis und Wissenschaft mit einer Orientierung auf berufliches Handeln ist ein zentrales Diskussionsmoment, da die gegenwärtige Dynamik der Akademisierung dazu führt, dass die Menschen im Rettungsdienst vom Patienten weg akademisiert werden, statt an den Patienten heran. Die zweite Berufstreuestudie (Elsenblast & Hoffmann, 2024) zeigt dabei wiederholt, dass die KollegInnen den Rettungsdienst lieber verlassen, als darin alt zu werden. Hierin zeigt sich für die ontologische Standortbestimmung eine Möglichkeit, die zu betrachtende Akademisierung nach dem Muster der „logischen Buchführung“ (Maturana & Varela, 1987, S.148) zu analysieren. Mit ihr kann die Analyse der Akademisierung danach unterschieden werden,

- ob diese aus der Akteurssicht, d.h. aus der Perspektive einer Handelnden NotfallsanitäterIn (Beobachter 1. Ordnung),
- oder aus der Theoriesicht, d.h. aus der Perspektive eines wissenschaftlichen Beobachtenden geschieht (Beobachter 2. und 3. Ordnung).

Nach dieser Unterscheidung wirkt die Perspektive auf eine Berufsqualifizierung zunächst selbstevident, da die Hochschulrektorenkonferenz (HRK, 2008, S. 11) Bachelor- und Masterstudiengänge selbst als berufsqualifizierende Abschlüsse beschreibt. Paradox zirkulär gewendet entsteht damit jedoch die Frage, in welchen Einsatzkategorien überhaupt eine Akademisierung gesehen wird, um beruflich Handeln zu können. Gottschalk et al. (2024) sehen dies in der selbst definierten Kategorie „unkritischer Hilfesuchender“, bei dem ein hohes allgemeinmedizinisches Wissen zur Diagnostik und fallabschließenden Intervention als erforderlich erachtet wird. Paradox zirkulär erscheint es, weil diese Kategorie in die sogenannten Low-Code-Einsätze fällt, die einerseits als verrufene Bagatell- bzw. Fehleinsätze verteufelt werden (Tagesschau, 2022), die aber andererseits ein neues Einsatzspektrum des vorbeugenden bzw. präventiven Rettungsdienstes eröffnen (Breuer et al., 2023, S. 358ff.). Diese Paradoxie führt damit in die Frage, für welche berufliche Praxis akademisiert werden soll und damit in die Frage: Für welches gesellschaftliche Problem soll der Rettungsdienst per Gesetz zuständig sein: Notfallversorgung oder verlängerter Arm eines kollabierenden Gesundheits- und Krankenhaussystems?

Neben der Berufsqualifizierung als Anliegen korrespondiert unmittelbar als kategoriale Relation das Argument der Evidenzorientierung im relationalen Schnittpunkt Wissenschaft und Handeln. In den Gesundheitsberufen wie Pflege, Therapie, Rettung usw. wird im Rahmen der Akademisierung und Professionalisierung der Bedarf und die Notwendigkeit einer evidenzbasierten Gesundheits- und Notfallversorgung sowie Bildungspraxis postuliert. Dabei erscheint der Begriff „evidence“ als weitere Paradoxie im Diskurs einerseits als Kampfvokabel und andererseits als inhaltsleeres Plastikwort, Modewort oder Trendbegriff (Prescher et al., 2021, S. 259f.). Damit ist gemeint, dass die Begriffe Evidenz, evidenzbasiert und evidenzorientiert z.B. im Rahmen einer evidenzbasierten Notfallmedizin (Kreimeier et al., 2008, S. 18ff.) so verwendet werde, als ob allen klar wäre, was diese Begriffe bedeuten und eine Unterscheidung zur Nicht-Evidenz quasi selbstevident und plausibel wäre.

Der Sprachgebrauch erscheint jedoch eher als berufspolitisch motivierter Katalysator und weniger als wissenschaftlich reflektiert. Dahinter liegt ein „datengestütztes Steuerungsmodell“ (Bellmann, 2016, S. 147) innerhalb des Gesundheits- und Bildungssystems und ein fehlendes disziplinäres Reflexionsvermögen für die praxeologische Strukturierung innerhalb eines Berufsfeldes und einer Profession (Bohnsack, 2020). Eine praxeologisch ausgerichtete Evidenz-Performanztheorie macht nämlich die Paradoxie deutlich, wie stark die Arbeits- und Berufssituation den Evidenztransfer und mit ihm den Kompetenztransfer, nämlich das was theoretisch möglich ist und dem was faktisch in den Schulen und der Versorgungspraxis geschieht, beeinflusst bzw. die Praxis der Argumentation wiederspricht (Weimann-Sandig & Prescher, 2021). Im Diskurs um

die Akademisierung im Rettungsdienst ist der Begriff der Evidenz wissenschafts- und erkenntnistheoretisch kritisch zu hinterfragen, in dem

- auf Schwierigkeiten einer „evidenzbasierten Praxis“ (Borgetto et al., 2016, S. 24f.) hingewiesen werden muss, da kritisch zu klären ist, ob eine Praxis der Notfall- und Gesundheitsversorgung sowie der Bildungspraxis an Schulen evidenzbasiert sein kann, wenn Mechanismen der Sozialisation, Enkulturation und Individuation das professionelle Handeln der Professionals bestimmen. Das handlungsleitende Prinzip, so die Hypothese ist dabei nicht „evidence“, sondern „what works“ (Sloane, 2018, S. S. 354);
- in Frage gestellt werden kann, dass eine Evidenz, die auf Daten, Informationen und Wissen basiert für eine Versorgungspraxis und pädagogische Praxis handlungsleitend sein kann, wenn das alltägliche Arbeitsfeld von einer schier unüberschaubaren Komplexität bei gleichzeitig fehlender Weiterbildungspflicht oder unstrukturiertem Wissensmanagement bestimmt wird, die es dem Einzelnen unmöglich machen, seine Berufspraxis durchgehend auf wissenschaftlichen Befunden aufzubauen (Sloane, 2018, S. 354). Damit geht die Frage einher, wie die sogenannte Evidenz überhaupt ihren Weg in die Praxis findet und damit die generelle Hürde der Paradoxie des Theorie-Praxis-Problems (Arnold, 1996, S. 153) überwinden kann;
- mit Blick auf eine evidenzbasierte Forschung auf Schwierigkeiten hingewiesen werden muss, in dem auf die Problematik des „Zwangs“ zu einer datenbasierten Forschung im Rahmen einer empirischen bzw. evidenzbasierten Bildungs-, Gesundheits-, Versorgungsforschung usw. einzugehen ist und das Phänomen „empirisches Datum“ kritisch ins Verhältnis zu einer „Evidenz „für“ oder „gegen Aussagen oder Vermutungen (…)“ (Bromme et al., 2014, S. 7) zu setzen ist;
- die Praxis der Entstehung für Leitlinien, Standardarbeitsanweisungen usw. zu analysieren ist, um das Verhältnis von definitorischer Evidenz durch Eminenz sowie Theoriebildung und Erkenntnis ontologisch näher zu bestimmen und relational zu konzipieren;
- das Verhältnis der scheinbaren Notwendigkeit einer evidenzbasierten Praxis zum Auftreten eher seltener Versorgungsprobleme und -phänomene sowie unvorhergesehener Ereignisse zu setzen ist.

Mit den bisher entfalteten Paradoxien kann im Kontext des Rettungsdienstes als territoriale Relation eine weitere Paradoxiesteigerung ausgemacht werden, was sich in der Diskussion um die Formulierung im NotSanG zur eigenverantwortlichen Durchführung heilkundlicher Maßnahmen, wenn die NotSan die „Maßnahmen beherrschen“, zeigt (Bollinger et al., 2020, S. 33). Als territoriale Relation rückt damit der Fokus auf das Thema Profession und Professionalisierung. Die Begriffe Professionalisierung und Profession werden dabei häufig in einen Topf geworfen, jedoch sind sie mit Blick auf die Relation Verstehen und „Weg vom Patienten bzw. Ran an den Patienten“ auf das Anliegen der Akademisierung nach Nittel (2000) näher zu betrachten. Der Autor beschreibt, dass Professionen nämlich Berufe sind, die ein „stimmiges Verhältnis zwischen der Typik des zur Debatte stehenden Grundproblems (Anmerk. d. Verf. hier Notfallversorgung) […] und der Typik der Arbeit“ (Nittel, 2000, S. 24) haben. Die oben aufgeworfene Frage, welches zentrale Problem der Rettungsdienst für die gesellschaftliche Reproduktion bearbeitet wird dabei unmittelbar tangiert. Im Sinne des Anliegens entwickelt nämlich die Bedeutung einer wissenschaftlich fundierten Ausbildung und die notwendige lange Sozialisation, um eine Profession zu etablieren eine Art Zentrifugalkraft, die das Thema Akademisierung eher weiter vom Rettungsdienst entfernt als sie näher zu bringen, da mit dem Begriff der Profession eine Hochschulausbildung zwingend erforderlich wird, um den entsprechenden Beruf ausüben zu können.

Ein akademisierter Rettungsdienst bräuchte dafür ein akademisches Berufsbild. Ein akademisiertes Berufsbild, so Nittel (2000, S. 27), beinhaltet einen (veränderten) gesellschaftlichen Auftrag, wofür es zuständig ist (dies nennt er Mandat) und die gesellschaftliche Erlaubnis (dies nennt er Lizenz), d.h. dass es in der Hand der Berufsgruppe selbst liegt, welches Wissen auf welche Art und Weise zur Anwendung kommt. Dies markiert eine zentrale Unschärferelation im Akademisierungsdiskurs, weil strukturell gesehen die Deutungshoheit über das Berufsfeld in der Medizin liegt. Daran ändert sich auch nichts, wenn sich Notfallsanitäter individuell professionalisieren, in dem sie „irgendwelche“ Studiengänge studieren, die einen notfallmedizinischen Schwerpunkt haben. Denn ein Studium allein führt noch nicht in eine Professionalisierung der Notfallsanitäter.

Dazu müssten in Anlehnung an Hesse (1968, S. 34) zwei Dinge zusammenkommen: „(…) einmal, dass aus der Anwendung einer Wissenschaft ein neuer praktischer Beruf ´entsteht´, und zum anderen, dass dieser neue Beruf auch zugleich zu dem Kreise der ´professions´ gehört oder doch zumindest sich kräftig auf diesen Kreis zubewegt“. Hier beginnen die Probleme, weil dafür aktuell die rechtlichen Voraussetzungen fehlen, dass ein wie auch immer geartete akademisierte NotfallsanitäterIn tätig werden dürfte und abrechenbar wäre. Gleichzeitig haben wir in den funktional differenzierten Organisationen Professionals wie PädagogInnen, ManagerInnen und sicher auch bald RettungswissenschaftlerInnen, die spezifisch für das Feld akademisiert wurden.

Das Feld ist hierbei jedoch nicht das, was der Beobachter 1. Ordnung als handelnder Notfallsanitäter im Rahmen von Rettung und Notfallversorgung tut, sondern, was ein Beobachter 2. Ordnung (Rettungswissenschaft als angewandte Forschung) und 3. Ordnung (Allgemeine Rettungswissenschaft) beobachtet und beschreibt, wenn er mit entsprechender perspektivischer Abstandnahme auf das System schaut. Die Wissenschaft und Forschung über das System Rettung und damit Ausdruck einer Akademisierung, ist nicht identisch mit dem System Rettung, auch wenn sich das gegenwärtig immer wieder so darstellt, weil im Rahmen vieler Qualifikationsarbeiten aktive RetterInnen in die Rolle einer beobachtenden WissenschaftlerIn schlüpfen.

Mit Luhmann & Schorr (1999, S. 338ff.) kann damit für die Praktiker der Notfallversorgung die Paradoxie entfaltet werden, dass Forschung und Theoriebildung ein *selbstreferentielles System* innerhalb der Relation Wissenschaft und Verstehen bilden: Im Rahmen angewandter Forschung wird immer wieder die Frage nach dem Nutzen und dem Erklärungsbeitrag aufgeworfen, weil es um eine bessere Patientenversorgung zu gehen scheint. Jedoch zeigt sich in diesem Anspruch ein paradoxes Moment, weil es der Wissenschaft und der Theoriebildung nicht darum geht und gehen kann, ob das Wissen praktisch wird, sondern inwiefern es im System Wissenschaft im Rahmen der Publikationsrituale als Sinn, d.h. Wahrheit, anschlussfähig ist. Anstatt sich als Wissenschaft instrumentalisieren zu lassen und der Praxis an den Hals zu werfen, steht Akademisierung dafür, dass sich die Wissenschaft in ihrer Theorie- und Erkenntnisproduktion auf den alten Grundsatz der Freiheit von Forschung und Lehre, wie es in den Hochschulgesetzen niedergeschrieben steht, besinnt. Forschung und Wissenschaft darf demnach eigenen Zwecken folgen und dient dabei ganz im Sinne von Luhmann (1992, S. 170) dem Differenzcode von wahr und unwahr im symbolisch generalisierten Kommunikationsmedium der Wahrheit. Wahrheit ist dabei das, was verifizierbar, falsifizierbar und intersubjektiv nachvollziehbar ist. Forschung, und damit ein großer Teil der Akademisierung ist im System Wissenschaft selbstreferentiell und operativ geschlossen als Form der Kommunikation. Das Paradoxe darin ist, dass damit faktisch eine Akademisierung im Rettungsdienst stattfindet, wie die zahlreichen Publikationen zeigen, aber der Notfallsanitäter auf der Straße davon zunächst weder als Wissen noch als Karriereperspektive unmittelbar etwas davon hat. Die weiterhin fortschreitende Differenzierung beruflicher Tätigkeitsfelder zukünftiger Notfallsanitäter, sowie die Möglichkeit der Etablierung akademischer Ausbildungen an Hochschulen soll in diesem Zusammenhang die pädagogische Bedeutung lebenslangen Lernens und die Durchlässigkeit aller Qualifizierungsstufen verdeutlichen. Noch einmal soll darauf hingewiesen werden, dass die Akademisierung zukünftiger Notfallsanitäter die Attraktivität des Berufsbildes fördern und damit das Interesse des zukünftigen Nachwuchs an der Tätigkeit als Notfallsanitäter steigern kann (Wissenschaftsrat, 2013, S. 87).

Akademisierung bedeutet in diesem Sinne als kategoriale bzw. territoriale Relation zwei Dinge:

1. Das System Wissenschaft profitiert eher als *Institutionalisierung* in Form von Stellen, Lehrstühlen, Arbeitsbereichen usw. von dem Trend der Akademisierung, als die handelnden Praktiker des Gegenstandes Rettung und Notfallversorgung, um den es geht. Dies kann als eine Voraussetzung gesehen werden, Rettungsdienstpersonal zu akademisieren, damit dem Rettungsdienst nicht das gleiche widerfährt, wie den Hebammen, die per Gesetz eine akademisierte Ausbildung beschlossen haben und dann feststellen mussten, dass es weder hochschulische Strukturen und noch dafür adäquat akademisiertes Personal gab (Osterloh 2019). Für den Rettungsdienst ist dabei aktuell zu beobachten, dass eine Akademisierung eher aus dem Rettungsdienst herausführt, als die MitarbeiterInnen im Rettungsdienst zu halten. Für den Rettungsdienst kann damit die

Frage aufgeworfen werden, in welche Struktur MitarbeiterInnen hineinakademisiert werden sollen und könnten. Wirft man den Blick in funktionale Äquivalente des Rettungsdienstes wie den Behörden mit Sicherheitsaufgaben wie Polizei, Feuerwehr oder Militär gerät die Organisationsform dieser Organisationen in den Blick, die sich traditionell in den einfachen, mittleren und gehobenen Dienst differenzieren. Es wäre hier einerseits ein Unding zu fordern, dass alle akademisiert sein sollen, andererseits geben auch Beispiele wie die Polizei in NRW oder auch die Entwicklungen durch das Pflegestudiumstärkungsgesetz mögliche Leitplanken vor, im Rahmen dualer Ausbildungs- und Studiengänge das Personal zu akademisieren. Der Dreh- und Angelpunkt dabei ist jedoch eine Struktur zu schaffen, in der Personal- und Haushaltsstellen stimmig ineinandergreifen.

2. Damit dies gelingen kann, braucht es eine Grenzverschiebung bzw. eine Grenzziehung, die die oben genannten Dimensionen der territorialen bzw. kategorialen Relationen adressiert. Um diese Grenzverschiebung hin zu einem akademisierten Rettungsdienst, zu ermöglichen, sind dringend die Fragen zu klären:
   a. In welche Struktur akademisieren wir hinein: Einsatzmittel, Aufgabenspektrum, Kompetenzlevel, Organisationsstruktur usw.?
   b. Wie bekommt man VertreterInnen aus Bildungs-, Gesundheits- und Hochschulpolitik, Gesetzgeber, Träger des Rettungsdienstes, HiOrg, Feuerwehren und die Versicherer zur gemeinsamen Meinungsbildung zusammen, um professionelles Mandat und Lizenz auszuhandeln?

Literatur

Anz, T. (2008). Raum als Metapher: Anmerkungen zum „topographical turn“ in den Kulturwissenschaften. Literaturkritik. https://literaturkritik.de/id/11620 [29.08.2022].

Arnold, R. (1996). Vom „Abbild“ zur „Aufklärung“: Lesarten und Missverständnisse zum Theorie-Praxis-Problem. GdWZ, 3, 153–155.

Bellmann, J. (2016). Datengetrieben und/oder evidenzbasiert? Wirkungsmechanismen bildungspolitischer Steuerungsansätze. ZfE, 19, 147–161.

Bohnsack, R. (2020). Professionalisierung in praxeologischer Perspektive: Zur Eigenlogik der Praxis in Lehramt, Sozialer Arbeit und Frühpädagogik. UTB.

Bollinger, M., Langner, M., Wellershaus, D., Kaisers, W. & Russo, S. G. (2020). Durchführung invasiver ärztlicher Maßnahmen durch Notfallsanitäter: Eine Studie mit Blick auf die Ausbildung. Notfall & Rettungsmedizin, 23, 23–36.

Borgetto, B., Spitzer, L. & Pfingsten, D. (2016). Die Forschungspyramide: Evidenz für die logopädische Praxis brauchbar machen. Forum Logopädie, 30(1), 24–28.

Breuer, F., Beckers, S. K. & Dahmen, J. (2023). Vorbeugender Rettungsdienst – präventive Ansätze und Förderung von Gesundheitskompetenz an den Schnittstellen zur Notfallrettung. Anaesthesiologie, 72, 358–368.

Bromme, R., Prenzel, M. & Jäger, M. (2014). Empirische Bildungsforschung und evidenzbasierte Bildungspolitik: Eine Analyse von Anforderungen an die Darstellung, Interpretation und Rezeption empirischer Befunde. ZfE, 17, 3–54.

Elsenblast, C. & Hoffmann, T. (2024). Faktoranalytische Validierung der zweiten Trendstudie zur Berufstreue bei angehenden Notfallsanitäter:innen. GJoPS, 1.

Gottschalk, J., Jerrentrup, A. & Plöger, B. (2024). Berufliche Qualifikation im Rettungsdienst – wofür ist eine Akademisierung von Rettungsdienstpersonal sinnvoll? Notfall Rettungsmedizin. https://doi.org/10.1007/s10049-024-01326-1

Hesse, H. A. (1968). Berufe im Wandel: Ein Beitrag zum Problem der Professionalisierung. Ferdinand Enke Verlag.

Hoffmann, T. (2024). Neues Studium für Rettungswesen. Kölner Rundschau, 5(8), 23.

Hölters, O. (2024). Akademisierung im Rettungsdienst. Bündnis Pro Rettungsdienst. https://pro-rettungsdienst.org/2024/akademisierung-im-rettungsdienst/ [27.08.2024].

HRK - Hochschulrektorenkonferenz (2008). Bologna-Reader III: FAQs – Häufig gestellte Fragen zum Bologna-Prozess an deutschen Hochschulen. Beiträge zur Hochschulpolitik, 08/2008. https://www.hrk-nexus.de/fileadmin/redaktion/hrk-nexus/05-Cover-Broschueren-Plakate/Beitr-2008-08_BolognaReader_III_FAQs.pdf [29.08.2024].

Kaufhold, M., Knigge-Demal, B. & Makowsky, K. (2014). Einleitung. In M. Kaufhold, B. Knigge-Demal & K. Makowsky (Hrsg.), Akademi-

sierung und Professionalisierung in den Gesundheitsberufen: Einblicke in die Diskussion (S. 7–12). LIT Verlag.

Kreimeier, U., Dirks, B. & Wenzel, V. (2008). Evidenzbasierte Notfallmedizin: Perspektiven. Notfall Rettungsmedizin, 11, 18–24.

Lauer, D., Bandlow, S., Rathje, M., Seidl, A. & Karutz, H. (2022). Veränderungen und Entwicklungen in der präklinischen Notfallversorgung: Zentrale Herausforderungen für das Rettungsdienstmanagement. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 65(10), 987–995.

Luhmann, N. (1992). Die Wissenschaft der Gesellschaft. Suhrkamp.

Luhmann, N. & Schorr, K. E. (1999). Reflexionsprobleme im Erziehungssystem (2. Aufl.). Suhrkamp.

Maturana, H. R. & Varela, F. J. (1987). Der Baum der Erkenntnis (3. Aufl.). Scherz.

Meyer, K., Dormann, H., Reifferscheid, F., Gottschalk, J., Hahnen, D., Gistrichovsky, M. & Prescher, T. (2024). Notfallreform konkret: Handlungsempfehlungen der „Fürther Gespräche“ zur zukunftsfähigen Professionalisierung im Rettungsdienst. Notfall Rettungsmedizin. https://doi.org/10.1007/s10049-024-01400-8

Nittel, D. (2000). Von der Mission zur Profession – Stand der Perspektiven der Verberuflichung in der Erwachsenenbildung. Bertelsmann.

Osterloh, F. (2019). Hebammen: Ärzte kritisieren Akademisierungspläne. Dtsch Arztebl, 116(16), A-783 / B-646 / C-634.

Prescher, T. (2024). Allgemeine Rettungswissenschaft: Sprachen und Signale einer Disziplin. Kohlhammer.

Prescher, T. Bauer, C./Hofmann, T. & Koch, S. (2023): Modell einer entstehenden Disziplin: Forschungsfelder und Gegenstandstheorien der Rettungswissenschaft. In: Prescher, T./Bauer, C./Hofmann, T./Dubb, R, & Koch, S. (Hrsg.): Rettungswissenschaft. Grundlagen, Theorien und Perspektiven. Stuttgart: Kohlhammer, S. 13 – 34.

Prescher, T./Wiesner, C. & Weimann-Sandig, N. (2021): Interprofessionelle Fallbesprechung braucht eine Lernkultur. In: Pflege-Zeitschrift, Jg. 74, H. 3, S. 42 – 45.

Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. (2023). Neunte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung – Reform der Notfall- und Akutversorgung: Rettungsdienst und Finanzierung. Bundesministerium für Gesundheit. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenhauskommission-stellungnahme-rettungsdienst.pdf [12.12.2023].

Sloane, P. F. E. (2018). Evidenzbasierte Didaktik – Das „What works“-Phänomen. Zeitschrift für Berufs- und Wirtschaftspädagogik, 114, 353–362.

Tagesschau (2022). Neues Bündnis warnt: „Der Rettungsdienst kollabiert“. Tagesschau online. https://www.tagesschau.de/inland/gesellschaft/neues-buendnis-rettungsdienst-vor-kollaps-101.html [18.12.2022].

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

Weimann-Sandig, N. & Prescher, T. (2021). Die Idee einer praxeologisch fundierten Kompetenz-Performanz-Theorie zur Überwindung sozialer Ungleichheit in den sozialen Dienstleistungsberufen. Verhandlungen des 40. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie. https://publikationen.soziologie.de/index.php/kongressband_2020/article/view/1290 [14.02.2022].

Wissenschaftsrat. (2013). Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen.