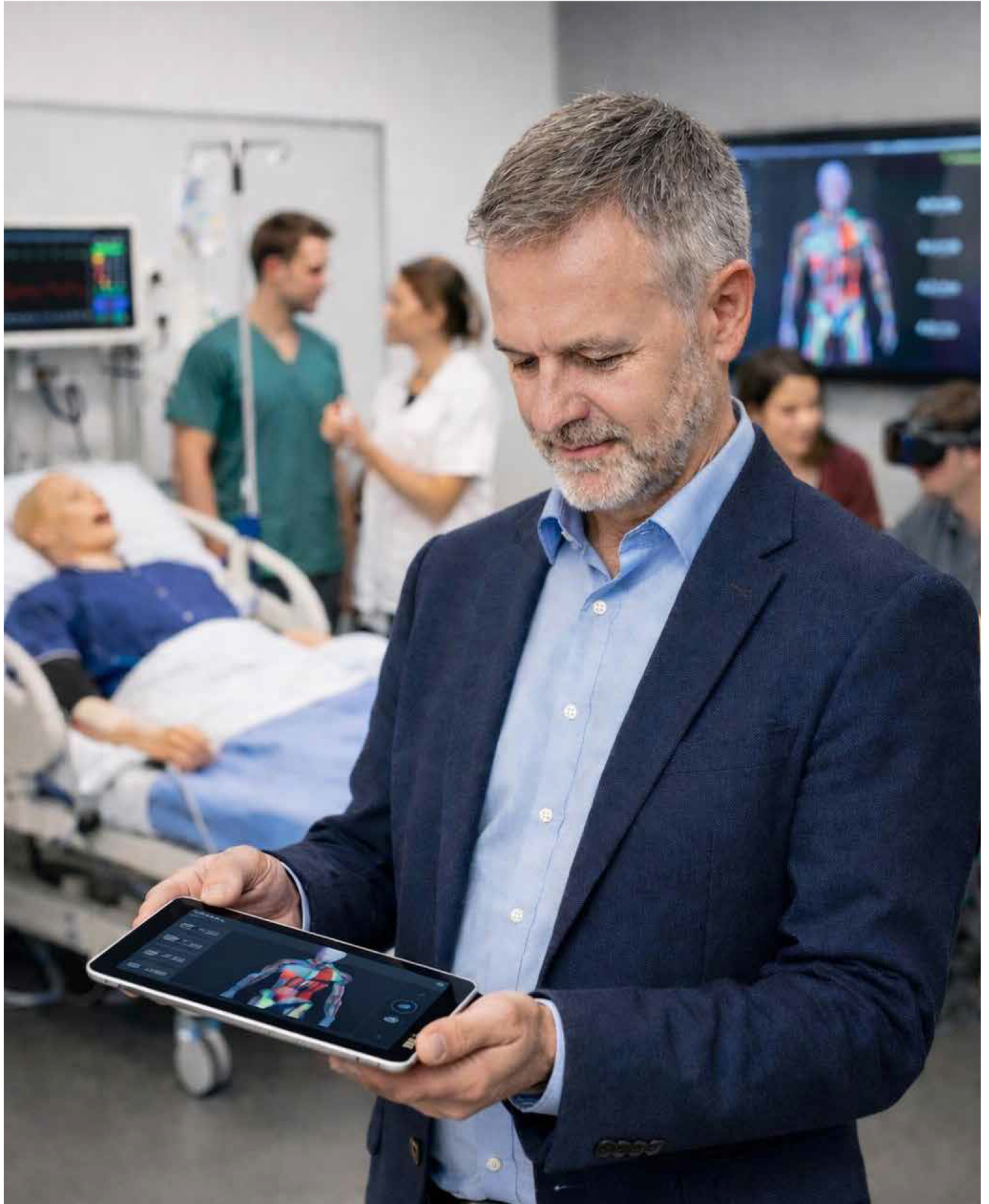




SPEZIELLE BERUFLICHE DIDAKTIK

- 04 Das Unbewusste der interprofessionellen Zusammenarbeit: Fehlende Koevolution in der Gesundheitsversorgung gegen die Emergenz eines berufspolitischen Konzepts**
Prof. Dr. Thomas Prescher

BEST PRACTICE

- 15 Theoretische Kenntnisse und praktische Fähigkeiten in der Laienreanimation. Ein Praxisbeispiel vom Geraer Herz und Gesundheitstag**
Thorsten Grätz
Alexandra Stahlberg
Stefanie Vogel
Daniel Lätsch
Maximilian Schochow
- 23 Relevanz der 24-Stunden-Pflichtfortbildung für Praxisanleiter in der generalistischen Pflegeausbildung**
Lea Köhler
Prof. Dr. Eva Kircher

BERUFLICHE BILDUNG

- 33 Handlungskompetenz am Übergang in den Pflegefachberuf – zwischen Ideal und Transitionsschock**
Johanna Aigner
Henriette Schulz
Julia Noll
Dr. Florian Fischer
- 43 Medienkompetenz von Lehrenden für Pflegefachberufe**
Julia Egler
Prof. Dr. Eva Kircher
- 55 Motivierende Einstiege in den Pflegeunterricht bei praxisfernen Lerngegenständen**
Prof. Dr. Johannes Krell
Dorothy-Jane Bünsche
Dr. Robin Junker
Dr. Aldin Striković
Lisa Weckop

FORSCHUNG

- 62 Eine quantitative Erhebung zum Kohärenzgefühl bei Auszubildenden der Anästhesietechnischen und Operationstechnischen Assistenz in Deutschland**
Sarah Lein
Robert Leschowski
- 72 Rassismuserfahrungen in der Pflegeausbildung – eine qualitative Studie**
Maria Fürsattel
Maximilian Schochow

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

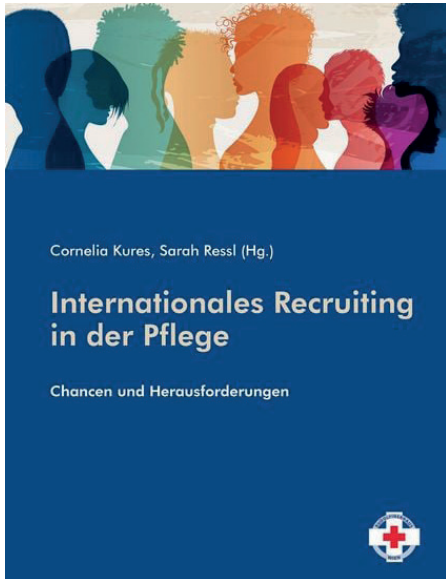
Kontakt
LLIG@jacobs-verlag.de

Titelbild (C) erstellt mit Chat GPT
(C) 2026

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 9798180666666 (Einzelausgabe)
ISSN 2943-2766 (Online)
ISSN 2943-2774 (Print)



Cornelia Kures, Sarah Ressler
 (Hrsg.)
 Facultas, 2025
 (108 S.; ISBN 978-3-7089-2606-3; 18,40 €)

Internationales Recruiting in der Pflege - Chancen und Herausforderungen

Recruiting heißt Verantwortungsübernahme!

Diese Grundbotschaft vermittelt das Fachtagungsband, welches sich dem internationalen Recruiting von Pflegenden für Österreich widmet. Dabei wird einleitend eine fundierte und facettenreiche Ausgangsbasis für die einzelnen Beiträge gelegt, indem aufgrund des Pflegepersonalmangels in Österreich unterschiedliche Szenarien für die zukünftige Entwicklung der Pflegequalität skizziert werden. Auf dieser Basis erfolgt die Vorstellung vielseitiger Wege und Möglichkeiten des internationalen Recruitings von Pflegekräften. Im Zuge der kritischen Analyse unterschiedlicher Modellprojekte aus Österreich und Deutschland verdeutlicht sich die Notwendigkeit, besonders ethische Aspekte des Recruitings immer wieder neu in den Fokus derartiger Konzeptionen zu setzen.

Die Beiträge verdeutlichen ebenso den hohen Stellenwert, Recruitingprogramme auf der Basis von unterschiedlichen anerkannten qualitätssichernden Maßnahmen, zentral und verantwortungsvoll zu steuern. Hierfür werden vielfältige Kriterien abgeleitet und kritisch diskutiert. Zu diesen Kriterien gehören auch Arbeitsstrukturen, die eine wirkliche und nachhaltige Integration ermöglichen und sichern. Vertiefend werden politische, gesellschaftliche und trägerspezifische Maßnahmen kritisch beleuchtet, um daraus handhabbare Rückschlüsse für zukünftiges Recruiting abzuleiten. Besondere Beachtung findet dabei der bewusste und sensitive Umgang mit unterschiedlichen Push- und Pullfaktoren, um betriebliche Integration nachhaltig zu gestalten. Dazu gehört auch die bewusste Reflexion von Irritationen und Brüchen im beruflichen Selbstverständnis. Diesen Schwerpunkt vertieft ein Beitrag des Bandes und verdeutlicht dabei die berufspädagogischen Handlungsanforderungen, welche aus internationalem Recruiting folgern.

Insgesamt vereint der Fachtagungsband konzeptionelle und empirische Implikationen in unterschiedliche Dimensionen des internationalen Recruitings, als eine Möglichkeit dem Pflegepersonalmangel entgegenzuwirken. Insgesamt können vielseitige Impulse gewonnen werden, um Recruiting als einen qualitativen und nachhaltigen Prozess zu gestalten und dadurch internationale Pflegenden langfristig zu gewinnen. Dieser Fachtagungsband verdeutlicht aber auch die Notwendigkeit, berufsbedingte Migration weniger als Herausforderung zu sehen und den Gedanken der Anpassung an ein vermeintlich einheitliches nationales Pflegeverständnis kritisch zu hinterfragen.

Prof. Dr. Marcus Mittenzwei

Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

Gesundheitsversorgung steht unter Druck – und zugleich an einem entscheidenden Wendepunkt. Steigende Komplexität, demografischer Wandel, Fachkräftemangel und neue gesellschaftliche Erwartungen treffen auf Strukturen, die vielerorts an ihre Grenzen geraten. In dieser Situation wird deutlich: Die Zukunft der Versorgung entscheidet sich nicht allein in politischen Programmen oder technologischen Innovationen, sondern maßgeblich in der Qualität von Lehren und Lernen im Gesundheitswesen.

Diese Ausgabe der Lehren und Lernen im Gesundheitswesen greift genau diese Perspektive auf. Sie stellt die Frage, wie Bildung, Qualifizierung und Kompetenzentwicklung so gestaltet werden können, dass sie nicht nur bestehende Anforderungen bedienen, sondern aktiv zur Weiterentwicklung von Versorgung beitragen. Dabei wird deutlich: Lehre im Gesundheitswesen ist längst mehr als Wissensvermittlung – sie ist ein zentraler Hebel für Professionalisierung, Qualitätssicherung und Systemgestaltung.



Prof. Dr. Matthias Drossel
Leitender Herausgeber

Die Beiträge dieser Ausgabe zeigen in ihrer Vielfalt, wie unterschiedlich und zugleich anschlussfähig die aktuellen Diskurse sind. Sie reichen von didaktischen Konzepten und curricularen

Entwicklungen über Fragen der Kompetenzorientierung bis hin zu innovativen Lehr-Lern-Formaten, die Digitalisierung und Simulation gezielt nutzen. Besonders sichtbar wird dabei ein gemeinsamer Nenner: die konsequente Ausrichtung auf reale Versorgungssituationen und die Befähigung von Lernenden, in komplexen, dynamischen Kontexten verantwortungsvoll zu handeln.

Gleichzeitig wird deutlich, dass Bildung im Gesundheitswesen immer auch eine gesellschaftliche Dimension hat. Sie entscheidet darüber, wie wir Versorgung denken, wie wir Rollen gestalten und wie wir Verantwortung verteilen. In diesem Sinne versteht sich diese Ausgabe auch als Einladung zur Reflexion: Wie können wir Lehre so weiterentwickeln, dass sie nicht nur reagiert, sondern gestaltet? Wie können wir Lernprozesse so anlegen, dass sie nachhaltige Wirkung in der Praxis entfalten?

Mein Dank gilt allen Autorinnen und Autoren, die mit ihren Beiträgen diese Ausgabe geprägt haben, sowie den Gutachterinnen und Gutachtern für ihre sorgfältige und engagierte Arbeit. Ebenso danke ich Ihnen, liebe Leserinnen und Leser, für Ihr Interesse und Ihre Bereitschaft, sich mit den Herausforderungen und Potenzialen von Lehren und Lernen im Gesundheitswesen auseinanderzusetzen.

Ich wünsche Ihnen eine anregende Lektüre.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. Matthias Drossel
Herausgeber

Eingereicht: 09.07.2025
Genehmigt: 09.09.2025

doi: 10.61034/LLiG-32

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



Das Unbewusste der interprofessionellen Zusammenarbeit: Fehlende Koevolution in der Gesundheitsversorgung gegen die Emergenz eines berufspolitischen Konzepts

Abstract:

Interprofessionelle Zusammenarbeit (IPZ) gilt als Heilsversprechen in gesundheitspolitischen Diskursen, realisiert sich aber selten über symbolische Rhetorik hinaus. Der Beitrag soll zeigen, dass IPZ nicht auf einen fehlenden Willen bei den Akteuren stößt, sondern auf systemische Abwehrmechanismen. Als emergentes Holon stört sie die Ordnung des sektoralen Versorgungssystems und löst eine strukturelle Immunreaktion aus. Ihre Einführung erzeugt eine Zunahme kommunikativer Entropie, also Unbestimmtheit, die vom System reflexhaft durch Rückzug in professionsbezogene Binnenlogiken beantwortet wird. Was als Kooperation gefordert wird, wird vom System als Störung abgewehrt. IPZ bleibt damit nicht am Engagement der Beteiligten hängen, sondern an der Logik eines Systems, das keine Transzendenz seiner selbst zulässt.

Abstract:

Interprofessional collaboration (IPC) is often touted as a panacea in health policy discourse, yet it rarely goes beyond symbolic rhetoric. This article aims to demonstrate that IPC does not face a lack of will on the part of stakeholders, but rather systemic defense mechanisms. As an emergent holon, it disrupts the order of the sectoral healthcare system and triggers a structural immune response. Its introduction generates an increase in communicative entropy—that is, uncertainty—to which the system

reflexively responds by retreating into profession-specific internal logics. What is demanded as cooperation is repelled by the system as a disruption. IPZ thus does not depend on the commitment of those involved, but rather on the logic of a system that does not allow for any transcendence of itself.

Einleitung - Wenn Zusammenarbeit stört: IPZ als emergente Systemstörung im Gesundheitswesen

Interprofessionelle Zusammenarbeit (IPZ) gilt als normative Leitkategorie in gesundheits- und bildungspolitischen Diskursen (vgl. Prescher et al. 2021). Sie wird mit Synergie, Effizienz und einer patientenzentrierten Versorgung assoziiert, als ob ihre Verwirklichung lediglich eine Frage des guten Willens oder der richtigen Programme wäre. Doch die Realität im Versorgungssystem ist eine andere: IPZ bleibt meist symbolische Rhetorik und wird selten strukturell verankert. Trotz zahlreicher Initiativen und politischer Bekundungen scheint die praktische Umsetzung regelmäßig an professionellen Grenzziehungen, systemischen Asymmetrien und einer sektoralen Logik, die Kooperation strukturell verhindert, zu scheitern.

Der vorliegende Beitrag fragt deshalb:

1. Welche systemischen Voraussetzungen fehlen, damit IPZ nicht als rhetorische Leerstelle verbleibt, sondern als emergente Versorgungsform realisiert werden kann?

- Wie lässt sich IPZ verstehen, wenn man sie nicht als additive Kooperation, sondern als holontheoretisches Phänomen einer qualitativ neuen Ordnung interpretiert?

Interprofessionelle Zusammenarbeit - Wenn Systeme sprechen, aber niemand zuhört: Eine systemtheoretische Betrachtung

Die IPZ gilt in der gesundheitspolitischen und bildungstheoretischen Diskussion als normative Leitkategorie. Sie verspricht Synergieeffekte, Effizienzgewinne und eine patientenzentrierte Versorgung. Tatsächlich jedoch bleibt sie vielfach auf der Ebene von Programmatik, Lippenbekenntnissen und symbolischem Management stehen. Der Begriff entwickelt sich zu einem semantischen Container, der zwar auf die Komplexität moderner Versorgungswirklichkeit reagiert, diese jedoch kaum in handlungsleitende Praktiken übersetzt (vgl. Prescher et al. 2021, S. 259ff.). Er dient häufig mehr der diskursiven Selbstvergewisserung als der Umsetzung in konkrete Versorgungsrealität und verliert so seine performative Kraft.

IPZ wird oft unreflektiert als Selbstverständlichkeit dargestellt. Dabei ist der Begriff analytisch unscharf und wird häufig mit „Multiprofessionalität“ gleichgesetzt. Weimann-Sandig (2021) und Webster (2013, 9f.) differenzieren hier deutlich: Multiprofessionalität beschreibt ein Team mit gemeinsamer Leitung, Interprofessionalität dagegen bezeichnet die fallbezogene Zusammenarbeit verschiedener Professionen, deren Kooperation meist gestaffelt oder synchron erfolgen kann. Dass über 80 % der Befragten in einem Projekt der Robert Bosch Stiftung (vgl. SiHaKo, 2018, S. 39) angaben, nie an einer interprofes-

sionellen Fallbesprechung teilgenommen zu haben, obwohl rund 95 % deren Bedeutung betonen, verweist auf ein massives Theorie-Praxis-Gefälle. Dieses Gefälle verweist auf ein grundlegendes Problem: Begriffe wie „Interprofessionelle Zusammenarbeit“ wirken im wissenschaftlichen und politischen Diskurs als Konsensformeln, die sich zwar gut kommunizieren lassen, aber wenig ihren normativen Gehalt in eine konkrete Versorgungspraxis übersetzen. Interprofessionalität fungiert so als „türöffnendes“, nicht aber als „handlungsfähiges“ Konzept (vgl. Pörksen, 1992, S. 33). Aus dieser semantischen Vagheit speist sich die These von der Interprofessionalität als „Plastikwort“.

Die damit verbundenen Nutzenargumente erscheinen auf den ersten Blick plausibel: Überlegene Versorgungsqualität, wirtschaftliche Effizienz, zufriedenere Mitarbeitende (vgl. Knecht et al., 2017, S. 2 ff.). Doch schon die Nachfrage nach dem „für wen?“ legt die eigentliche Struktur der Argumentation frei: Es handelt sich nicht um ein neutrales Konzept, sondern um ein diskursives Terrain mit konfligierenden Interessen. Atzeni et al. (2017, S. 5) deuten den Begriff daher als berufspolitische Kampfvokabel, die ebenso der Positionssicherung und Selbstbehauptung unterprivilegierter Berufsgruppen wie der Legitimierung bildungspolitischer Programme dient. Zahlreiche empirische Studien bestätigen, dass IPZ weniger an fehlendem Willen, sondern an strukturellen, kulturellen und machbezogenen Asymmetrien scheitert:

- Kommunikationsversagen: Ineffektive Kommunikation, unidirektionale Interaktionen sowie fehlende gemeinsame Sprache führen zu Missverständnissen, Medikations-

fehlern und Versorgungsabbrüchen (vgl. Verspuy & Van Bogaert 2018; Rose, 2011).

- Hierarchische Organisationsstrukturen: Professionelle Grenzziehungen, statusbedingte Rollenkonflikte und territoriales Verhalten sind empirisch vielfach belegt (vgl. Reeves et al. 2009; Axelsson & Axelsson 2009).
- Machtungleichgewichte: Die Dominanz ärztlicher Entscheidungslogiken gegenüber pflegerischen, therapeutischen oder sozialen Perspektiven erzeugt strukturelle Ungleichgewichte, die eine interprofessionelle Aushandlung unterbinden (vgl. Yamuragiye et al. 2023).
- Ressourcenmangel: Personalmangel, Zeitdruck und mangelnde technische Infrastruktur, wie nicht kompatible Dokumentationssysteme, verhindern abgestimmtes Arbeiten (vgl. Hansen et al. 2024).
- Professionelle Sozialisation: Unterschiedliche Leitbilder, Ausbildungsformate und disziplinspezifische Identitäten verhindern eine geteilte Sicht auf Patientenversorgung (vgl. Reeves et al. 2009).
- Fehlende Interprofessional Education (IPE): Bildungsstrukturen, die monodisziplinär sozialisiert sind, verhindern vorbereitende Lernräume für echte Kooperation (vgl. Achike et al. 2014; Kamal et al. 2025).

Auch aus systemtheoretischer Perspektive erweist sich die IPZ als strukturell erschwert. Das Gesundheitssystem ist funktional differenziert und operiert nach einer binären Codierung, die nicht einfach „gesund/krank“ lautet, sondern wie Fuchs (2006, S. 29) zeigt, auf der Unterscheidung Diagnose/Nicht-Diagnose beruht. Nur wer

eine diagnostizierbare Pathologie aufweist, wird in das kommunikative System „Gesundheit“ mit der Anschlusshandlung „Versorgung“ inkludiert. Diese Codierung strukturiert nicht nur die Anschlussfähigkeit medizinischer Kommunikation (vgl. Luhmann, 1994, S. 51), sondern legitimiert zugleich professionsspezifische Deutungshoheiten. „Pfleger agieren zu meist mit Fokus auf aktuelle Situationen wie beispielsweise einen Patientenruf oder ärztliche Anordnungen.“ (Wietek 2016, S. 9) Die medizinische Profession besitzt auf Basis dieser Logik ein Primat der Deutungshoheit: Wer diagnostizieren darf, bestimmt, wer dazu gehört und wer nicht.

Diese systemische Struktur stabilisiert bestehende Machtgefüge und erschwert eine gleichberechtigte Kooperation mit nicht-diagnostizierenden Gesundheitsberufen wie der Pflege. Kommunikation über Gesundheit wird damit nicht als offener Diskurs, sondern als autoritativ geführte Zuweisungslogik vollzogen. IPZ bleibt unter diesen Bedingungen nicht nur normativ prekär, sondern auch kommunikativ asymmetrisch. Sie wird somit zur „Integration zweiter Ordnung“, die formal gefordert wird, aber faktisch sich selbst verhindert. Oder anders formuliert: Im System wird die Forderung nach interprofessioneller Zusammenarbeit als gesellschaftliche Erwartung in Form einer moralischen Kommunikation aufgestellt, jedoch verweigert das System aber zugleich die strukturelle Anschlussfähigkeit über das etablierte symbolisch generalisierte Kommunikationsmedium „Gesundheit“, bzw. deren Negativität „Krankheit“. Damit wird IPZ nicht zur realen Integration, sondern zur Simulation von Integration. Die Kooperation bleibt symbolisch, während die operative Realität

weiterhin von Asymmetrie und Exklusion geprägt ist (vgl. Luhmann 1997, S. 395).

Hinzu kommt eine sektorale Fragmentierung durch eine zunehmende Spezialisierung in der Medizin (vgl. Petermann 2011, S. 284ff.), die den Patienten nicht nur funktional differenziert, sondern auch die Versorgungspfade zerschneidet. Diagnostische Prozesse sind in spezialisierten Teildisziplinen effizienter zu operationalisieren, da sie auf isolierte Symptome und standardisierte Kriterien fokussieren. Diese Fokussierung erleichtert die Anwendung der systemischen Codierung Diagnose/Nicht-Diagnose (vgl. Fuchs 2006), da komplexe Phänomene in messbare Einheiten zerlegt werden. Ein systemischer Blick auf den Menschen als vielschichtigen Organismus mit verschränkten Ursache-Wirkungs-Zusammenhängen wird damit strukturell erschwert. Ganzheitliche Betrachtungen scheitern regelhaft an Sektorengrenzen, Verantwortungsdiffusion und dissonanten Rationalitäten.

Die IPZ ist somit weder ein empirischer Normalfall noch ein strukturell verankerter Standard, sondern eine semantisch aufgeladene Projektion. Ihre faktische Abwesenheit verweist auf das Fehlen einer Koevolution struktureller, professioneller und identitärer Voraussetzungen. Interprofessionalität ist ein emergentes Phänomen, das nicht durch Willensbekundungen oder Leitbilder allein erzeugt werden kann, sondern komplexe systemische Kopplungsprozesse zwischen Professionen, Organisationen und Deutungsmustern voraussetzt. IPZ bleibt daher eine semantisch überhöhte Leerstelle, solange sie nicht als Bestandteil feld- und strukturverändernder Transformationsprozesse begrif-

fen wird. Ihre Implementierung erfordert keine weiteren Programme, sondern eine tiefgreifende Revision des professionellen Selbstverständnisses, der institutionellen Rahmung und der epistemischen Kultur im Gesundheitssystem.

Holons als Basis feld- und strukturverändernder Prozesse: Interprofessionelle Zusammenarbeit braucht Koevolution

Die moderne Gesundheitsversorgung ist von einer zunehmenden Spezialisierung, funktionalen Differenzierung und institutionellen Segmentierung geprägt. Um die Ursachen dieser Diskrepanz zu dem normativen Postulat IPZ tiefer zu verstehen, ist eine Perspektivverschiebung erforderlich: Statt IPZ lediglich als organisatorische oder kommunikative Aufgabe zu betrachten, soll sie hier als Holon im Sinne Ken Wilbers (2006, 54ff.) verstanden werden. Der Holon-Begriff bietet die Möglichkeit, IPZ nicht nur als soziale Praxis, sondern als emergente Struktur innerhalb einer holarchischen Wirklichkeit zu analysieren.

Er greift mit dem Begriff des Holons einen von Arthur Koestler geprägten Begriff auf, der sich in naturwissenschaftlichen, ökologischen und kybernetischen Theorien etabliert hat. Ein Holon ist demnach zugleich ein Ganzes und ein Teil eines größeren Ganzen („Ganze/Teil-Einheit“). Diese Grundidee widerspricht sowohl atomistischen als auch holistischen Denkmodellen, da sie die Welt nicht aus isolierten Einheiten (z. B. Atome, Individuen) oder aus undifferenzierter Ganzheit konstituiert sieht, sondern als verschachtelte Hierarchien, sogenannte Holarchien. In diesen existiert keine übergeordnete Dominanzstruktur, sondern

eine integrative Dynamik von Teil und Ganzem.

Diese Perspektive hat in verschiedenen Wissenschaftsdisziplinen Anschluss gefunden. Besonders eindrücklich zeigt sich dies in der Biologie bei der Theorie der seriellen Endosymbiose von Lynn Margulis (2021, S. 29ff.). Sie stellt die etablierte, von Darwin geprägte Vorstellung infrage, dass Evolution primär durch Konkurrenz und Selektion entsteht. Stattdessen argumentiert Margulis, dass komplexe Zellen mit Zellkern (Eukaryoten) durch Kooperation entstanden sind, die durch die dauerhafte Aufnahme und Integration vormals eigenständiger Bakterien wie der heutigen Mitochondrien. Diese Kooperation ermöglichte die Entstehung eines neuen funktionalen Ganzen, das qualitativ anders war als die Einzelteile. Im Gegensatz zur darwinschen Theorie, die im wissenschaftlichen Mainstream tief verankert ist (vgl. von Weizsäcker 1977, S. 260), konnte sich Margulis' alternative Theorie, trotz ihrer hohen Erklärungskraft, zunächst kaum durchsetzen. Die Evolutionstheorie der Konkurrenz dominierte weiterhin die Lehrbücher, Förderprogramme und akademischen Diskurse. Diese Asymmetrie verweist auf ein zentrales Problem auch im Kontext der IPZ: Auch hier dominiert ein darwinistisches Denkmuster, nicht auf biologischer Ebene verstanden, sondern als soziale Struktur der professionellen Konkurrenz, Abgrenzung und territorialen Verteidigung (vgl. Axelsson & Axelsson 2009). Die Theorie der seriellen Endosymbiose zeigt damit nicht nur ein naturwissenschaftliches Alternativmodell, sondern verdeutlicht paradigmatisch, dass Kooperation als evolutionäre Kraft systemisch unterdrückt werden kann, wenn keine strukturierte

Koevolution der beteiligten Holons (etwa Institutionen, Leitbilder, Ausbildung, Rollen) stattfindet.

Wilber überträgt diesen Gedanken auf soziale, kulturelle und epistemische Phänomene. Nichts, so seine zentrale These, existiere außerhalb holarchischer Strukturzusammenhänge: „Nichts existiert, was nicht ein Holon wäre“ (Wilber 2006, S. 55). Damit wird der Blick auf soziale Systeme, Ideen, Institutionen und Erkenntniseinheiten möglich, die als Holons agieren und sich gegenseitig konstituieren. Wilber (2006, S. 64ff) formuliert acht zentrale Prinzipien, die Holons kennzeichnen:

1. Selbsterhaltung (Agenz): Holons sind strukturstabile Einheiten, die sich über Zeit hinweg erhalten. In Bezug auf IPZ bedeutet dies, dass bestehende Professionen wie Medizin oder Pflege eine starke Eigenlogik und Binnenstruktur besitzen, die ihre jeweilige Identität schützen. Diese Stabilität kann zur Beharrungstendenz führen und das Entstehen eines neuen gemeinsamen Versorgungsholons behindern. Mit Arnold (2018, S. 34) kann in diesem Zusammenhang darauf hin gewiesen werden, dass moderne Systeme zur Stabilisierung ihrer Strukturen auf operative Geschlossenheit setzen, was häufig mit einer Abwehr von Transformationsimpulsen einhergeht. Die Fähigkeit zum Selbsterhalt, z.B. durch die Reproduktion etablierter Berufsrollen, verhindert häufig die Emergenz neuer kooperativer Strukturen. Eine tiefere Form der Zusammenarbeit scheitert somit nicht an mangelndem Willen, sondern an der systemischen Trägheit professioneller Eigenlogiken.
2. Selbstanpassung (Kommuni-

nion): Holons sind in Umweltkontexte eingebunden und passen sich diesen an. Wenn Professionen ihre Eigenlogik nicht aufgeben müssen, aber fähig sind, sich auf eine gemeinsame Umwelt wie den Patienten auszurichten, entsteht ein funktionaler Dialog. Ohne diese Anpassungsbereitschaft würde bleibt IPZ ein Fragment bleiben. Ein anschauliches naturwissenschaftliches Beispiel ist die molekulare Struktur von Chlorophyll (Chlorophyll a Summenformel $C_{55}H_{72}O_5N_4Mg$, vgl. Willows et al. 2013): Einzelne Atome wie Kohlenstoff, Wasserstoff, Sauerstoff, Stickstoff und insbesondere Magnesium entfalten erst dann eine neue systemische Funktion, nämlich die Lichtabsorption und Photosynthese, wenn sie unter spezifischen Umweltbedingungen in genau strukturierter Weise zu einem Molekülverbund organisiert sind. Chlorophyll existiert also nicht durch die bloße Addition seiner chemischen Bestandteile, sondern durch deren Relation zur umgebenden Umwelt (z. B. Lichteinstrahlung, Zellmilieu) (vgl. Förster 1947, S. 174ff.). Die emergente Funktion entsteht erst in dieser relationalen Konstellation von Holon und Umwelt. Analog dazu kann auch IPZ nicht durch die bloße Koexistenz der Professionen verwirklicht werden, sondern nur durch ihre strukturelle Ausrichtung auf ein gemeinsames Zielsystem, wie die komplexe Realität des Patienten und des Systems der Gesundheitsversorgung als gemeinsame Umwelt. Donald (2001, S. 326) bringt dies auf den Punkt, indem er hervorhebt, dass Bewusstsein nur dann seine volle

Wirksamkeit entfalten kann, wenn es sich im Spiegel kollektiver Prozesse erkennt. Nur wenn die beteiligten Professionen einer IPZ sich nicht nur als eigenständige Akteure, sondern als integrative Bestandteile eines gemeinsamen, reflektierten Gesamtprozesses verstehen, kann aus professioneller Vielfalt ein kooperatives Versorgungssystem entstehen.

3. Selbsttranszendenz: Holons entwickeln sich über sich hinaus in neue, höhere Einheiten. IPZ wird dann möglich, wenn medizinische, pflegerische und therapeutische Perspektiven nicht nur nebeneinanderstehen, sondern sich in eine gemeinsame professionelle Metaebene integrieren lassen, etwa in Form interprofessioneller Ethik oder gemeinsamer Versorgungspfade. Mit Roor (2025, S. 79) kann in diesem Sinne eine zunehmende Homophonisierung von Kommunikation kritisiert werden, bei der Vielfalt und Differenz zugunsten eines normierten Kommunikationsstils nivelliert werden. Diese Entwicklung sieht er als Gefahr für emergente Entwicklungsprozesse, weil sie alternative Perspektiven und neue Formen des Denkens systematisch ausschließt. Eine IPZ, die nur auf formale Einheitlichkeit und standardisierte Kommunikation zielt, ohne Raum für unterschiedliche professionelle Logiken zu lassen, riskiert, gerade jene emergente Qualität zu verlieren, die sie eigentlich erreichen will. Kooperation braucht Differenz und nicht Uniformität.
4. Selbstauflösung: Holons können durch Verlust ihrer Funktion zerfallen. Wenn eine

Berufsgruppe in der interprofessionellen Praxis keinen sinnhaften Platz mehr findet oder ihre Aufgaben entwertet werden, droht Rückzug oder Resignation. Das Holon IPZ verliert seine Integrität. Sefrin et al. (2021, S. 3f.) zeigen anhand qualitativer Daten eindrücklich, dass Rettungskräfte in unterschiedlichen Situationen häufig über mangelnde Rollenklarheit, fehlende Anerkennung und unklare Zuständigkeiten klagen. Dies erschwert nicht nur die Zusammenarbeit, sondern bedroht auch die Integrität der beteiligten Professionen. Wird eine Berufsgruppe in interprofessionellen Settings systematisch marginalisiert oder nicht als gleichwertiger Teil wahrgenommen, droht der Rückzug aus der Kooperation oder gar die Auflösung des gemeinsamen Versorgungsholons.

5. Holarchische Emergenz: Entwicklung erfolgt als qualitativer Sprung, nicht linear. IPZ entsteht nicht durch bloße Addition professioneller Perspektiven, sondern durch eine neue Qualität kooperativer Praxis. Dieser Sprung gelingt nur, wenn neue kommunikative und institutionelle Formen entstehen, z. B. als gemeinsame Fallkonferenzen oder interprofessionelle Leitlinien. Mann et al. (2025, S. 6) zeigen in ihrer Analyse zu Feedbacksystemen im Rettungsdienst exemplarisch, wie empirische Einzelbefunde ohne konzeptionellen Rahmen epistemisch entleert bleiben: Eine durchschnittliche Reduktion der Ausrückzeit von 24,44 Sekunden pro Einsatz durch ein sogenanntes Feedbacksystem wird als signifikanter Erkenntnisgewinn dargestellt, obwohl unklar

bleibt, was genau dieses „System“ umfasst, wie es strukturell funktioniert und welche weitergehenden Folgen es für Versorgungsqualität oder IPZ hat. Die reine Messung eines Outputs ersetzt kein Verständnis für die zugrundeliegenden interprofessionellen Prozesse. Dh., solange interprofessionelle Interventionen lediglich additiv aneinandergereiht werden, ohne eine gemeinsame konzeptuelle Rahmung durch Theorie- und Praxisintegration oder systemisches Verständnis zu entwickeln, bleibt das Neue bloße rhetorische Akkumulation ohne emergente Qualität. IPZ braucht daher eine kulturelle und strukturelle Tiefe, die über additive Kooperation hinausgeht und ein gemeinsames Versorgungsholon bildet.

6. Asymmetrische Bedingtheit: Höhere Holons sind nicht deterministisch aus niedrigeren ableitbar, aber auf sie angewiesen. IPZ braucht so gesehen funktionierende Teilstrukturen, etwa professionelle Expertise oder Kommunikationsräume. Doch Expertise allein erzeugt noch keine Zusammenarbeit, denn erst die übergeordnete Struktur gibt den Kontext, in dem professionelle Beiträge sinnvoll integriert werden. Luhmann (1984, S. 389) zeigt mit seiner Theorie der Rollen, dass soziale Systeme durch funktionale Erwartungsbündel strukturiert werden, deren Stabilität Voraussetzung für Anschlusskommunikation ist. Erst wenn Rollen klar definiert und funktional aufeinander bezogen sind, kann ein höheres Versorgungsholon entstehen. Fehlt diese Rollenkohärenz, entsteht keine funktionale Integration, sondern lediglich ein

Nebeneinander von professionellen Beiträgen ohne systemischen Zusammenhang.

7. Koevolution: Holons entstehen nie isoliert, sondern in Relation zu anderen Holons. Ihre Entwicklung verläuft nicht linear, sondern relational als wechselseitiger Prozess, bei dem sich mehrere Einheiten parallel und aufeinander bezogen verändern müssen. IPZ kann sich nur dann als emergente Struktur etablieren, wenn zugleich Veränderungen auf verschiedenen Ebenen erfolgen, zum Beispiel in der Ausbildung, der Finanzierung, der Organisationsform, der Kommunikationskultur und den professionellen Haltungen. Bleibt eines dieser Elemente statisch, stockt der Entwicklungsprozess insgesamt. Die Professionen können dann zwar punktuell zusammenarbeiten, doch es entsteht keine stabile, integrierte Versorgungsstruktur, weil die systemischen Bedingungen nicht kohärent aufeinander bezogen sind. IPZ verlangt damit nicht nur Kooperation, sondern eine synchronisierte Transformation mehrerer Teilsysteme. Diese strukturelle Interdependenz ist das eigentliche Kennzeichen von Koevolution: Sie macht deutlich, dass das Neue, in diesem Fall eine interprofessionelle Versorgungspraxis, nicht in einem Bereich erzeugt und dann auf andere übertragen werden kann. Vielmehr muss es emergieren in einem Geflecht simultaner Entwicklungsschritte, bei denen jede Veränderung eine Bedingung für die andere darstellt.
8. Evolutionäre Richtung: Entwicklung führt zu mehr Komplexität, Integration und relativer Autonomie. Erfolgreiche

IPZ zeichnet sich durch höhere Versorgungskomplexität, differenzierte Aufgabenverteilungen und gleichzeitig durch größere Entscheidungsfreiheit im interprofessionellen Team aus. Dies ist nur erreichbar, wenn die systemische Evolution nicht durch starre Hierarchien behindert wird. In ihrer praxeologisch fundierten Kompetenz-Performanz-Theorie argumentieren Weimann-Sandig & Prescher (2021), dass Konzepte erst dann systemrelevant und transformativ wirken, wenn sie an die subjektbezogene Praxis der Akteur:innen rückgebunden werden. IPZ kann in diesem Sinne nur dann evolutionär voranschreiten, wenn sie nicht als abstraktes Leitbild, sondern als situativ verankerte, erfahrungsbasierte Praxis emergiert, in der die beteiligten Professionen Verantwortung für die gemeinsame Versorgung übernehmen und diese aktiv reflektieren.

Diese Grundsätze sind keine bloßen Beschreibungen, sondern erlauben eine neue erkenntnistheoretische Perspektive: Wissen, Kommunikation und Organisation erscheinen nicht mehr als diskrete Phänomene, sondern als dynamische, miteinander verwobene Entwicklungseinheiten. Diese Perspektive ist für die Betrachtung der IPZ besonders aufschlussreich und zugleich ernüchternd. Denn IPZ erzeugt, systemtheoretisch betrachtet, keine Reduktion von Komplexität, sondern zunächst eine Zunahme von Entropie. Entropie meint hier nicht Unordnung im umgangssprachlichen Sinne, sondern die wachsende Unbestimmtheit innerhalb eines kommunikativen Systems (vgl. Lombardi et al. 2016, S. 1988). Gemäß

der Shannonschen Formel ist der Informationsgehalt einer Botschaft umso höher, je größer die Anzahl möglicher Zustände ist. D.h. für die IPZ, je mehr Professionen mit je eigenen Sprachen, Logiken, Rollen und Interessen beteiligt sind, desto höher ist der Grad der Unbestimmtheit, also der Entropie innerhalb der Kommunikation. Diese hohe Entropie äußert sich im praktischen Alltag häufig als kommunikatives Rauschen: Missverständnisse, unklare Verantwortlichkeiten und unproduktive Redundanzen.

Carl Friedrich von Weizsäcker (1977, S. 259) hebt hervor: „Die Shannonsche Information ist ein Maß des Erwartungswertes des Wissens, das man gewinnen könnte, Entropie ein genau ebenso gebautes und ebenso gemeintes Maß des Wissens, das man haben könnte, wenn man statt des bloßen Makrozustandes den vollen Mikrozustand kennt.“ Für IPZ bedeutet das, dass das System bei hoher beruflicher Spezialisierung und parallelem Informationsfluss zahlreiche Mikrozustände aufweist, also konkurrierende Deutungen, unklare Schnittstellen und fragmentierte Verantwortlichkeiten. In der Sprache der Informationstheorie generiert dies eine hohe Entropie, die jedoch erst dann zur Ressource wird, wenn sie durch eine neue Form der Ordnung selektiert, interpretiert und strukturiert wird.

Statt diesen Effekt anzuerkennen und systemisch zu adressieren, versuchen viele Akteure in der Praxis, die Entropie durch monoprofessionelle Selbstvergewisserung zu bändigen: Sie flüchten sich in vertraute Routinen, verteidigen ihre Reviere oder rekurren auf ihre professionelle Binnenlogik. Diese Dynamik ist vergleichbar mit der Reaktion der etablierten Evolutionsbiologie auf die Theorie der

seriellen Endosymbiose von Lynn Margulis: Statt die kooperative Dimension von Evolution anzuerkennen, wurde am darwinistischen Konkurrenzparadigma festgehalten (vgl. Margulis 2021, S. 29f.). So wie in der Biologie Kooperation nur dann zur treibenden Kraft der Evolution wurde, als sich neue integrative Lebensformen durchsetzen konnten, braucht auch IPZ eine strukturelle und kommunikative Infrastruktur als neue integrative Denkformen die das produktive Aushalten von Entropie ermöglicht, wie durch intermediäre Rollen, systemisch gedachte Schnittstellenkommunikation und geteilte Verantwortung in offenen Handlungssystemen. Erst dann kann aus dem Rauschen eine neue Ordnung emergieren.

Donald (2001, S. 326) bringt dies auf den Punkt, indem er schreibt: „The triumph of consciousness will be complete when it can finally reflect on the collective process itself and see only itself, in the mirror of its own reflection.“ Dieses Zitat verweist auf die notwendige Fähigkeit des Bewusstseins, sich selbst nicht als Zentrum, sondern als Teil eines kollektiven interprofessionellen Feldes zu begreifen. Nur wenn das interprofessionelle System als emergentes Holon in der Lage ist, sich selbst im Spiegel seiner Koevolution zu erkennen, kann es produktiv und reflexiv handeln. Oder wie es reformuliert heißen könnte: The triumph of human consciousness will be tested when it can see itself no longer as the center, but as a reflecting part of the evolving interprofessional field it co-creates.

Interprofessionelle Zusammenarbeit – Störung eines höheren Holons im sektoralen System der Gesundheitsversorgung: ein Interpretationsversuch

Die moderne Gesundheitsversorgung ist durch eine Vielzahl sektoraler Strukturen geprägt: ambulant, stationär, rehabilitativ, pflegerisch, palliativ. Jeder Bereich ist institutionell, finanziell und professionsbezogen gesondert organisiert. Diese sektorale Fragmentierung ist kein Nebeneffekt, sondern ein grundlegendes Strukturprinzip, um nicht zu sagen Strukturproblem, des Systems (vgl. Regierungskommission 2024). Sie erzeugt funktionale Effizienz, aber auch Fehlsteuerung, wodurch emergente Phänomene verhindert werden, die auf Integration und Kooperation angewiesen sind, wie etwa die IPZ.

Im Sinne Wilbers Holontheorie (2006) lässt sich das Versorgungssystem als Holarchie beschreiben, in der stabile Holons, etwa medizinische Professionen, Klinikstrukturen, Kostenträger, gesetzliche Unfallversicherung oder Abrechnungssysteme ihre Selbstorganisation und Reproduktion durch Abgrenzung und Selbsterhalt sichern. IPZ steht in dieser Logik quer zur Ordnung: Sie wäre ein höheres Holon, das nur durch Transzendenz und Integration bestehender Strukturen emergieren könnte. Doch genau dies scheitert regelmäßig an der strukturellen Selbstreferenz des Systems. „Da Holons Ganzheiten sind, müssen sie durch plötzliche Sprünge entstehen. Neue Organisationsebenen ´emergieren´, und ihre ´emergenten Eigenschaften´ gehen über die vorher vorhandenen Teile hinaus.“ (Sheldrake 2021, S. 76). Das gilt ebenso für eine IPZ, die eher am systemischen Selbsterhalt singularer Einheiten scheitert,

als sie verwirklichen kann, was sie postuliert, was notwendigerweise zu verwirklichen wäre: eine emergente Kooperation.

Professionelle Gruppen innerhalb des Gesundheitswesens verfügen über etablierte Selbstverständnisse, Kommunikationsformen und professionsbezogene Deutungsmuster durch eine je spezifische Individuation, Sozialisation und Enkulturation (vgl. Raithel et al. 2009, S. 59f.). Diese agieren als eigenständige Holons mit hoher Stabilität. Dies ist aus evolutionärer Perspektive funktional, behindert aber integrative Prozesse durch Grenzziehungen (vgl. Arnold & Prescher 2012, S. 88f.). Die Fähigkeit zur Selbsterhaltung (vgl. Wilber 2006, S. 64f.) führt dann zu einer Abwehr emergenter Holons, sofern diese die Ordnung destabilisieren könnten. IPZ wird auf diese Weise nicht als Fortschritt, sondern als Störung erlebt. Zugleich fehlt es häufig an der zweiten holontheoretischen Fähigkeit: Selbstanpassung. Anstatt sich an ein gemeinsames Versorgungsganzes auszurichten, verharren die Professionen in ihrer je eigenen Logik. Die sektorale Versorgung zementiert diese Trennung durch unterschiedliche Vergütungssysteme, Dokumentationspflichten, Leitlinien und Verantwortungszuschreibungen. Dadurch verhindern sie eine systemische Kommunion. Die Fähigkeit zur Selbsttranszendenz, d. h. zur qualitativen Integration in ein höheres Funktionsganzes (vgl. Wilber 2006, S. 66ff.), bleibt blockiert.

Dies lässt sich mit dem naturwissenschaftlichen Verständnis von Entropie und Molwärme beschreiben, die gemeinsam die thermische Kapazität eines Stoffsystems zum Ausdruck bringen (vgl. Jungermann 2009, S. 7). Die strukturelle Offenheit (Entropie) und die

adaptive Dynamik (Molwärme) beschreiben gemeinsam die Kooperationskapazität im System der Gesundheitsversorgung. Dabei steht die strukturelle Offenheit (analog zur Entropie) für die grundlegende, professionsübergreifende Anschlussfähigkeit, also das Maß, in dem ein System potenziell kooperationsfähig ist, unabhängig von der aktuellen Belastung oder Nutzung. Die adaptive Dynamik (analog zur Molwärme) bezeichnet demgegenüber die Veränderung dieser Kooperationskapazität unter wachsender Komplexität, z. B. bei Krisen, neuen Aufgaben oder sektorübergreifenden Herausforderungen. Gemeinsam kann mit diesen beiden Größen verständlich gemacht werden, wie viel IPZ ein System nicht nur prinzipiell zulässt, sondern auch real leisten kann und wie sich diese Leistung bei zunehmender Beanspruchung verändert.

Ein anschauliches Beispiel für das, was es für eine funktionierende Koevolution braucht, liefert die Entwicklung des menschlichen Gehirns im Zusammenspiel mit sozialen und technischen Strukturen. Das Gehirn als kognitives Holon entstand nicht isoliert, sondern in einer wechselseitigen Evolution mit dem sozialen Kommunikationsraum und der Werkzeugkultur. Archäologische und neurokulturelle Studien zeigen, dass höhere kognitive Fähigkeiten wie symbolisches Denken, Sprache oder Metareflexion nur durch den ständigen Austausch mit externalisierten Speichersystemen wie Werkzeugen, Symbolen und Ritualen sowie durch die Entwicklung sozialer Netzwerke möglich wurden (vgl. Donald 2001). Hüther (2002) betont ergänzend, das Gehirn sei in erster Linie kein Denkinstrument, sondern ein Sozialorgan, das auf Kommunikation und Austausch hin strukturiert ist. In horizontaler

Koevolution mit anderen Gehirnen und vertikaler Verschränkung mit technischen Artefakten entstand so ein dynamisches Geflecht gegenseitiger Ermöglichung. Für die IPZ bedeutet dies, dass auch sie nicht isoliert oder linear implementiert werden kann. Sie muss als Holon emergieren, das durch horizontale Wechselwirkung (zwischen den Professionen) und vertikale Integration (in die strukturellen Bedingungen des Systems) zugleich getragen und hervorgebracht wird. Fehlen diese Wechselwirkungen, so bleibt IPZ ein dysfunktionales Artefakt: erwünscht, aber systemisch ohne Wirkraum.

Diese Übertragung erlaubt es, IPZ nicht nur als funktionale Schnittstelle zu verstehen, sondern als dynamisches System mit einer als Analogie zur verstehenden eigenen „sozialthermodynamischen“ Kapazität (vgl. Söllner 2013, S. 16), welche durch strukturelle Voraussetzungen und situative Reaktionsfähigkeit bestimmt ist. Aus informations- und systemtheoretischer Perspektive lässt sich IPZ daher als Entropiephänomen begreifen: Mit jeder weiteren beteiligten Profession steigt die kommunikative Unbestimmtheit im Sinne Shannons (vgl. Lombardi et al. 2016, S. 1988). Je stärker die sektorale Ordnung, desto größer das Entropiepotenzial von IPZ. Was politisch als Zusammenarbeit gewünscht ist, erscheint auf organisationaler Ebene als Rauschen und wird reflexhaft durch Rückzug in die eigene berufliche Binnenlogik beantwortet. Die Stabilität der bestehenden Holons wird so gegen die Emergenz des neuen Holons IPZ verteidigt. Es handelt sich um eine systemische Immunreaktion auf kognitive Überforderung im Kommunikationssystem (vgl. Omari Scott 2013, S. 1131f.).

In einem überkomplexen System mit multiplen Beteiligten, das in wachsendem Maß unter Bedingungen knapper Zeit, Ressourcen, Personal, Teilzeitbeschäftigung, rollierendem Schichtsystem und unklarer Zuständigkeiten operiert, führt jede zusätzliche Kommunikationsschnittstelle nicht automatisch zu mehr Wissen, sondern potenziell zu einem Anstieg der Unbestimmtheit, also Entropie. Die Kommunikationsstruktur zwischen Pflegekräften, Ärzt:innen, Therapeut:innen und Sozialdiensten bleibt dabei allein sektoren- und organisationsintern häufig unstrukturiert, zufallsbasiert und personengebunden. Ohne kohärente gemeinsame Semantik wird Kommunikation zur disziplinär gefärbten Projektion und nicht zur Verständigung. IPZ mutiert damit zur rhetorischen Leerstelle: Sie ist erwünscht, aber systemisch unwahrscheinlich.

Diese Dynamik ist nicht lediglich Ausdruck mangelnder Kooperationsbereitschaft, sondern verweist auf eine tiefere Logik institutioneller Immunisierung. Der Diskurs um IPZ wird häufig von einer normativen Semantik der Kooperation überformt, ohne dass die strukturellen Voraussetzungen für Emergenz eines neuen Holons gegeben wären. Die Akteure bleiben eingebunden in professionsspezifische Geltungsansprüche, die sich in Leitlinien, Dokumentationspraktiken und Verantwortlichkeitszuschreibungen materialisieren. Anstatt systemübergreifende Integration zu ermöglichen, produziert das Versorgungssystem durch seine sektorale Logik eine redundante Multiplikation disziplinärer Perspektiven, die einander nicht auf höherer Ebene integrieren, sondern nur additiv nebeneinanderstehen. Was als Zusammenarbeit bezeichnet wird, ist häufig ein Nebeneinander unterschiedlicher

Rationalitäten und disziplinärer Interessen ohne übergeordnete integrative Ordnungsstruktur. Die Kooperation bleibt fragmentarisch, weil das System die Bedingungen ihrer Emergenz nicht kennt oder nicht zulässt.

Der entscheidende Punkt lautet daher: Solange das Versorgungssystem IPZ als additiven Zusammenschluss professioneller Einheiten versteht, nicht aber als qualitative Emergenz eines neuen Holons als Teil/Ganzes (vgl. Kleve 2005, S. 111), bleibt sie ein berufspolitischer Blindspot. Der Erfolg der IPZ hängt nicht vom Willen der Beteiligten ab, sondern von der Fähigkeit des Systems, die Bedingungen für eine strukturierte Selbsttranszendenz zu schaffen. Nur dort, wo sich neue kommunikative Räume, geteilte Verantwortung und kooperative Verständigung herausbilden, kann IPZ mehr sein als ein Versorgungsideal. Sie wird dann zu einer emergenten Form der Versorgung, die nicht auf Addition, sondern auf Neuordnung beruht und damit auf Veränderung der Systemlogik selbst.

Fazit: Kooperation ist kein Programm, sondern aktuell eine Störung

Was unter dem Etikett „interprofessionelle Zusammenarbeit“ firmiert, so kann schlussfolgernd an dieser Stelle formuliert werden, ist weniger eine realisierte Praxis als eine semantisch aufgeladene Wunschprojektion. Der Gesundheitsdiskurs spricht von Integration, doch seine Strukturen praktizieren Separation. Die Idee der IPZ ist in ihrer gegenwärtigen Form ein berufspolitischer Mythos: Sie berührt das System, aber sie verändert es nicht. Sie verspricht Ganzheit, erzeugt aber nur additive Fragmentierung. Und genau darin liegt ihre paradoxe Funktion: Sie immunisiert das System gegen

jene Emergenz, die sie rhetorisch beschwört.

Luhmann hätte dazu vielleicht gesagt, das System operiert im Modus der Selbstreferenz, wobei es nur hört, was es verstehen kann. Und da Kooperation kein strukturierter Code des Systems ist, bleibt sie ein Störsignal. Mit einem Lächeln lässt sich ergänzen „Liebe KollegInnen, ihr versucht, gemeinsam zu handeln, ohne zu erkennen, dass ihr nicht zwei seid.“ So bleibt IPZ im Modus der Trennung mit vielen Professionen, vielen Perspektiven und keiner gemeinsamen Identität. Vielleicht ist genau das der Triumph des Systems, sich als Vielheit zu organisieren und Kooperation als Illusion zu feiern. Oder zugespitzt: IPZ ist nicht das Problem. Sie ist der Spiegel. Und der zeigt uns, das System hört zu aber es versteht nicht.

Literaturverzeichnis

Achike, F. I., Smith, J., Leonard, S. & Glisson, J. (2014). Advancing safe drug use through interprofessional learning (IPL): A pilot study. In: Journal of Clinical Pharmacology. Jg. 54, H. 7 S. 832–839. <https://doi.org/10.1002/jcph.289>

Arnold, R. & Prescher, T. (2012). Spielräume und Entgrenzungen des Selbst in der Postmoderne: Grundlinien einer zeitgemäßen Selbstbildung Erwachsener. In: Schäffer, B., Schemmann, M. & Dörner, O. (Hrsg.). Erwachsenenbildung im Kontext. Theoretische Rahmungen, empirische Spielräume und praktische Regulative. Bielefeld: WBV, S. 75–86.

Arnold, R. (2018). Ach, die Fakten. Wider den Aufstand des schwachen Denkens. Heidelberg: Carl Auer.

Atzeni, G., Schmitz, C. & Berchtold,

P. (2017). Die Praxis gelingender interprofessioneller Zusammenarbeit Studie im Auftrag der SAMW, Jg. 12, H. 2. Bern: Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften.

Axelsson, S. B. & Axelsson, R. (2009). From territoriality to altruism in interprofessional collaboration and leadership. Journal of Interprofessional Care, Jg. 23, H. 4, S. 320–330. <https://doi.org/10.1080/13561820902921811>

Donald, M. (2001). A Mind So Rare: The Evolution of Human Consciousness. New York: W.W. Norton.

Förster, T. (1947). Ein Beitrag zur Theorie der Photosynthese In: Zeitschrift für Naturforschung B, Band. 2, Nr. 5-6, S. 174-182. <https://doi.org/10.1515/znb-1947-5-602>

Fuchs, P. (2006). Das Gesundheitssystem ist niemals verschnupft. In: J. Bauch (Hrsg.). Gesundheit als System. Systemtheoretische Beobachtungen des Gesundheitssystems. Konstanz: Hartung-Gorre, S. 21-38.

Hansen, M. F., Martinsen, B., Galvin, K., Thomasen, B.P. & Norlyk, A. (2024). Collecting pieces for the 'puzzle': Nurses' intraprofessional collaboration in the hospital-to-home transition of older patients. Scandinavian Journal of Caring Sciences. Jg. 38, S. 792–801. <https://doi.org/10.1111/scs.13275>

Hüther, G. (2002). Sichere Bindungen aufbauen. In: Herder Korrespondenz, Jg. 56, H. 9, S. 448-454, Erreichbar unter: <https://www.herder.de/hk/hefte/archiv/2002/9-2002/sichere-bindungen-aufbauen-ein-gespraech-mit-dem-hirnfor->

scher-gerald-huether-ueber-erziehung-und-bildung/, Stand: 08.07.2025.

Jungermann, A. (2009). Was sind Mikrozustände. Vortrag auf 100. MNU Kongress Regensburg. Erreichbar unter: <http://arndjungermann.de/quantenthermodynamik/E-Struktur/E-Inhalt/entropdf/Was%20sind%20Mikrozustaeende.pdf>, Stand: 04.05.2025.

Kamal, E., El-Maradny, Y., Elgama, L. A., & Ashmawy, R. (2025). Interprofessional training in medical education: Competency, collaboration, and multi-level analysis across seven governorates, Egypt. BMC Medical Education. Jg. 25, Artikelnummer 787, <https://doi.org/10.1186/s12909-025-07369-3>

Kleve, H. (2005). Systems Theory and Nursing Theorien. In: Kim, H.S. & Kollak, I. (Hrsg.). Nursing Theories: Conceptual and Philosophical Foundations. New York: Springer, S. 109-140.

Knecht, D., Müller, M., Oetterli, M., Laubereau, B. & Wallimann, C. (2017). Interprofessionelle Zusammenarbeit an der Schnittstelle zwischen Gesundheits- und Sozialbereich: Was kann man von Good-Practice-Beispielen in der Luzerner Gesundheitsversorgung lernen? Präsentation am Netzwerk-Apéro des Luzerner Forums vom 7. November 2017. Erreichbar unter: https://ppdb.hslu.ch/inf2/rm/f_protected.php?f=20180111112630_5a573bd636ec9.pdf&n=Pr%C3%A4_Interprof_LuForum_definitiv.pdf, Stand: 12.05.2020.

Lombardi, O., Vanni, L. & Holik, F.H. (2016). What is Shannon information? In: Synthese, H. 193, S. 1983-2012.

Luhmann, N. (1984). Soziale Systeme. Grundriß einer allgemeinen Theorie. Frankfurt a. M.: Suhrkamp

Luhmann, N. (1994). Die Wirtschaft der Gesellschaft. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.

Luhmann, N. (1997). Die Gesellschaft der Gesellschaft. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.

Mann, M., Knopf, C., Hipp, D., Ziehr, S. & Merkt, P. (2025). Untersuchung des Einflusses von aktivem Feedback und Performance-monitoring auf die Ausrückzeiten in der präklinischen Notfallversorgung: eine empirische Analyse. In: GJoPS, Jg. 1, H. 1, S. 1-12, Erreichbar unter: <https://www.fh-muenster.de/fhm-ejournals/gjops/article/view/35/39>, Stand: 04.07.2025.

Margulis, L. (2021). Der symbiotische Planet: Eine neue Sicht des Lebens. Frankfurt a.M.: Westend.

Omari Scott, S. (2013). The Corporate Immune System: Governance from the inside out. Simmons, Omari Scott, The Corporate Immune System: Governance from the Inside Out (April 29, 2013). University of Illinois Law Review, Forthcoming, Wake Forest Univ. Legal Studies Paper No. 2263552, S. 1131–1170, Erreichbar unter: <https://ssrn.com/abstract=2263552>, Stand: 06.05.2025.

Petermann, H. (2011). Korreliert der Wissenszuwachs mit der Spezialisierung in der Medizin? – Ein Rückblick am Beispiel der Anästhesie. In: Anästhesiologie Intensivmedizin Notfallmedizin Schmerztherapie, Jg. 46, H. 4, S. 284-287, DOI: 10.1055/s-0031-1275786

Pörksen, U. (1992). Plastikwörter. Die Sprache einer internationalen Diktatur. Stuttgart: Klett-Cotta.

Prescher, T., Weimann-Sandig, N. & Wiesner, C. (2021). Interprofessionelle Fallbesprechung: Bildungstheoretische Perspektive einer interprofessionellen Kompetenzentwicklung in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung. In: Pädagogik der Gesundheitsberufe, H. 4, S. 259–270.

Raithel, J., Dollinger, B. & Hörmann, G. (2009). Einführung Pädagogik. Begriffe, Strömungen, Klassiker, Fachrichtungen. Wiesbaden: VS Verlag, S. 59–66. https://doi.org/10.1007/978-3-531-91828-0_6

Reeves, S., Rice, K., Conn, L. G., Miller, K.-L., Kenaszchuk, C., & Zwarenstein, M. (2009). Interprofessional interaction, negotiation and non-negotiation on general internal medicine wards. In: Journal of Interprofessional Care, Jg. 23, H. 6, S. 633–645. <https://doi.org/10.3109/13561820902886295>

Regierungskommission (2024). Zehnte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. Überwindung der Sektorengrenzen des deutschen Gesundheitssystems. Berlin. Erreichbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/BMG_Regierungskommission_10te_Stellungnahme_Ueberwindung_der_Sektorengrenzen.pdf, Stand: 09.07.2025.

Rose, L. (2011). Interprofessional collaboration in the ICU: How to define? Nursing in Critical Care, Jg. 16, H. 1, S. 5–10.

<https://DOI.org/10.1111/j.1478-5153.2010.00398.x>

Sefrin, P., Händlmeyer, A., Stadler, T. & Kast, W. (2021). Erfahrungen zur Gewalt gegen Rettungskräfte – aus der Sicht des DRK. In: NOTARZT. Jg. 37, S. 1-19. DOI: 10.1055/a-1310-6763

SiHaKo (2018). Stärkung der interprofessionellen Handlungskompetenz durch gemeinsame Lernseminare Pflege & Medizin (SiHaKo). Abschlussbericht, Klinikum der Universität München. Erreichbar unter: http://www.klinikum.uni-muenchen.de/Personalentwicklung/download/inhalt/3_bildungsangebot/fachkompetenz/12072018_Robert-Bosch-Abschluss_1.pdf, Stand: 12.05.2020.

Söllner, F. (2013). Thermodynamik und Umweltökonomie. Heidelberg: Physica-Verlag.

Verspuy, M. & Van Bogaert, P. (2018). Interprofessional collaboration and communication. In: Van Bogaert, P. & Clarke, S. (Hrsg). The Organizational Context of Nursing Practice. Springer, Cham, S. 259–278, https://doi.org/10.1007/978-3-319-71042-6_12.

Von Weizäcker, C.F. (1977). Der Garten des Menschlichen. Beiträge zur geschichtlichen Anthropologie. 2. Aufl., München: Carl Hanser Verlag.

Webster, J. (2002). Teamwork: Understanding multi-professional working. In: Nursing older people; Band 14, Ausgabe 3, S. 9-14.

Weimann-Sandig, N. (2021). Recherchen zur internationalen Umsetzung von Multiprofessionalität in Sozialen Dienstleistungsberufen – aktuelle Trends und Herausforderungen. In: Weimann-

Sandig, N. (Hg.). Multiprofessionelle Teamarbeit in den Sozialen Dienstleistungsberufen. Chancen – Herausforderungen – Hindernisse. Wiesbaden: Springer VS, S. 29-40.

Wieteck, P. (2016). Pflegepersonal. Sachverständigen-einschätzung. Deutscher Bundestag. Ausschussdrucksache 18(14)0221(5) gel. ESVe zur Anhörung am 30.11.2016_Gute Arbeit 28.11.2016. Erreichbar unter: https://www.bundestag.de/resource/blob/482792/9b75a614f-406cb1546ce3e6b-fb2e871c/18_14_0221-5-_Gute-Arbeit-Gute-Versorgung_ESVe-Wieteck.pdf, Stand: 09.07.2025.

Wilber, K. (2006). Eros, Kosmos, Logos. 4. Aufl., Frankfurt a.M.: Fischer.

Willows, R.D., Li, Y., Scheer, H. & Chen, M. (2013). Structure of chlorophyll f. In: Organic Letters, Jg. 15, H. 7, S. 1588-1590. DOI: 10.1021/ol400327j

Yamuragiye, A., Wylie, L., Kinsella, E. A., & Ndayisenga, J. P. (2023). Interprofessional collaboration experience among healthcare professionals providing emergency obstetric and neonatal care in Rwanda. A qualitative descriptive case study. In: Journal of Interprofessional Education and Practice, Jg. 32., <https://doi.org/10.1016/j.xjep.2023.100648>

Eingereicht: 04.02.2025
Genehmigt: 24.07.2025

doi: 10.61034/LLiG-33

Thorsten Grätz
M.A.
Schulleiter Berufsfach-
schule Rettungsdienst
bei Johanniter-Unfall-
Hilfe e.V.



Alexandra Stahlberg
M.A.
Wissenschaftliche
Mitarbeiterin an der
Hochschule Magde-
burg-Stendal



Stefanie Vogel
M.A.
Freiberufliche
Dozentin für Pflege
und Notfallmedizin



Daniel Lätsch
M.A.
Fachbereichs-
leiter Notfallmedizin
an Neidel International
Schools Werdau



Prof. Dr. Maximilian Schochow
Leiter des Depart-
ments Pädagogik,
Professor im
Studiengang Medizin-
pädagogik



Theoretische Kenntnisse und praktische Fähigkeiten in der Laienreanimation. Ein Praxisbeispiel vom Geraer Herz und Gesundheitstag

Zusammenfassung

Hintergrund: Fast die Hälfte der Herz-Kreislauf-Stillstände in Deutschland werden durch Laien beobachtet. Gegenstand der Forschung ist der Stand der Kenntnisse und Fertigkeiten bei Wiederbelebungsmaßnahmen, die von Laien durchgeführt werden.

Methodik: Die Daten wurden im Rahmen des Geraer Herz- und Gesundheitstags 2023 erhoben. Mit Hilfe eines Fragebogens wurden zufällig ausgewählte Besucher/-innen des Geraer Herz- und Gesundheitstags zum Stand ihrer Kenntnisse von Wiederbelebungsmaßnahmen befragt. Anschließend wurden diese Besucher/-innen gebeten, an der Simulation einer Wiederbelebung teilzunehmen, um deren praktische Fertigkeiten zu evaluieren. Die Qualität der Herz-Lungen-Wiederbelebung wurde mit Hilfe der Software QCPR erfasst.

Ergebnisse: Die Besucher/-innen des Geraer Herz- und Gesundheitstags 2023 verfügten laut Selbsteinschätzung über geringe Kenntnisse in Erste-Hilfe-Maßnahmen. Dies bestätigte sich auch in der Simulation einer Herz-Lungen-Wiederbelebung: 47,1% führten den Reanimationszyklus falsch durch, 68,6% erreichten nicht die notwendige Drucktiefe, 41,2% entlasteten den Brustkorb unzureichend und 27,5% hielten die empfohlene Frequenz nicht ein. Die Teilnehmenden beschreiben einen Schulungsbedarf.

Diskussion: Die Teilnehmenden der Befragung waren überwiegend junge (18 bis 30 Jahre, 39,2%) oder ältere Menschen (61 bis 90 Jahre, 41,2%). Vor allem in der zweiten Gruppe lag die letzte Erste-Hilfe-Schulung mehr als 30 Jahre zurück. Entsprechend waren hier die Kenntnisse und Fertigkeiten gering, wie in Vorgängerstudien bereits gezeigt wurde. Dies stellt jedoch eine besondere Herausforderung dar, da Angehörige dieser Gruppe häufig von einem Herz-Kreislauf-Stillstand betroffen sind. Die geringen Kenntnisse und Fertigkeiten bezüglich der Laienreanimation sollten durch Schulungen erweitert werden, die flächendeckend und niederschwellig zur Verfügung stehen.

Schlüsselwörter

Ältere Menschen, Erste-Hilfe-Maßnahmen, Laienreanimation, Schulung, Herz-Lungen-Wiederbelebung

Abstract

Background: Nearly half of all cardiac arrests in Germany are witnessed by laypersons. The focus of this research is to assess the current level of knowledge and skills in resuscitation measures performed by laypeople.

Method: Data was collected during the Gera Heart and Health Day 2023. Using a questionnaire, randomly selected visitors of the event were surveyed regarding their knowledge of resuscitation procedures. Afterwards, these individuals were invited to partici-

pate in a simulated resuscitation to evaluate their practical skills. The quality of cardiopulmonary resuscitation (CPR) was recorded using QCPR software.

Results: According to self-assessment, visitors of the Gera Heart and Health Day 2023 had limited knowledge of first aid measures. This was confirmed during the CPR simulation: 47.1% performed the resuscitation cycle incorrectly, 68.6% did not achieve the required compression depth, 41.2% failed to adequately release the chest, and 27.5% did not maintain the recommended compression rate. Participants expressed a need for training.

Discussion: The survey participants were predominantly young (18 to 30 years, 39.2%) or older individuals (61 to 90 years, 41.2%). In the latter group, the last first aid training had taken place more than 30 years ago. Accordingly, their knowledge and skills were limited, as shown in previous studies. This poses a particular challenge, as members of this age group are frequently affected by cardiac arrest. The low level of knowledge and skills in lay resuscitation should be addressed through training programs that are widely accessible and low-threshold.

Keywords

older people, first aid measures, lay resuscitation, training, cardiopulmonary resuscitation

Hintergrund

Die Herz-Lungen-Wiederbelebung ist neben der Absicherung der Unfallstelle, dem Retten aus dem Gefahrenbereich, dem Absetzen des Notrufs, der Blutstillung, der Schockbekämpfung und der Herstellung der stabilen Seitenlage wesentlicher Bestandteil lebens-

rettender Sofortmaßnahmen im Rahmen der Ersten Hilfe (Herger & Albrecht 2022). In den letzten Jahren wurden zahlreiche Bemühungen unternommen, um das Wissen über die Herz-Lungen-Wiederbelebung in der Bevölkerung zu verbreiten, denn im Ernstfall genügen wenige Schritte, um Leben zu retten. Unter anderem steht das „Nationale Aktionsbündnis Wiederbelebung (NAWIB)“ für dieses Ziel – ein Zusammenschluss von 13 Fachgesellschaften, Verbänden und Organisationen (BZgA 2023).

In Deutschland kommt der größte Teil der Bevölkerung im Rahmen des Führerscheinserwerbs mit Erste-Hilfe-Schulungen bzw. der Herz-Lungen-Wiederbelebung in Berührung. Fahrschüler/-innen müssen an einer Schulung in Erster-Hilfe teilnehmen, die mindestens neun Unterrichtseinheiten zu je 45 Minuten umfasst (FeV 2024). Darüber hinaus werden bundesweit Erste-Hilfe-Schulungen in Betrieben und Vereinen vorgenommen. Hinzu kommen verschiedene Aktionen wie etwa die seit 2013 deutschlandweit durchgeführte „Woche der Wiederbelebung“ (Brinkrolf et al. 2016). Zudem konnte in den letzten Jahren gezeigt werden, dass Erste-Hilfe-Schulungen bereits in der Schule erfolgreich durchgeführt werden können (Kleikamp 2020, Schroeder et al. 2023).

Laut Wiese et al. (2006) kann die Wirksamkeit von Erste-Hilfe-Schulungen verbessert werden, wenn die Teilnehmenden Vorkenntnisse bei Wiederbelebungsübungen aufwiesen. Damit die theoretischen Kenntnisse und praktischen Fertigkeiten erhalten bleiben, sei zudem eine regelmäßige Aktualisierung der Ausbildungsinhalte dringend empfohlen (Karaca & Kose 2020). In diesem Sinne sprachen sich rund 50% der

Teilnehmenden einer Befragung im Auftrag der Asklepios Kliniken dafür aus, dass das eigene Wissen regelmäßig nach ein bis drei Jahren aufgefrischt werden sollte. Erstaunliche 74% der Befragten plädierten sogar für verpflichtende Erste-Hilfe-Schulungen (Schell 2017).

Wie wichtig theoretische Kenntnisse und praktische Fertigkeiten bei einer Herz-Lungen-Wiederbelebung sind, zeigen aktuelle Zahlen des Deutschen Reanimationsregisters. In Deutschland lag im Jahr 2023 die Reanimationsinzidenz bei rund 64,9 pro 100.000 Einwohner/-innen (Fischer et al. 2024). Dabei betrug das Durchschnittsalter 69,9 Jahre und mit 65,9% wurden Männer im Vergleich zu Frauen (34,1%) deutlich häufiger reanimiert. Wurde im Jahr 2023 ein Herz-Kreislauf-Stillstand in Deutschland beobachtet, dann in 42% der Fälle durch Laien – vor allem von Freunden oder Familienmitgliedern, seltener von fremden Menschen (Fischer et al. 2024). Die Beobachtungen eines Herz-Kreislauf-Stillstandes fanden in 69,7% der Fälle im häuslichen Umfeld und in 15,4% in der Öffentlichkeit statt (Fischer et al. 2024).

Vor diesem Hintergrund galt es zu ermitteln, welche theoretischen Kenntnisse und praktischen Fertigkeiten Einwohner/-innen von Gera bei einer Herz-Lungen-Wiederbelebung haben. Dazu wurden zufällig ausgewählte Besucher/-innen des Geraer Herz- und Gesundheitstags 2023 zu ihren Kenntnissen rund um Erste-Hilfe-Maßnahmen befragt. Anschließend haben diese Besucher/-innen an einer Simulation teilgenommen bei der ihre praktischen Fertigkeiten bezüglich der Herz-Lungen-Wiederbelebung mit Hilfe der Software QCPR erfasst wurden.

Methode

Methodisches Vorgehen

Um die Forschungsfrage zu beantworten, wurde im ersten Schritt eine Befragung zu den Kenntnissen von Erste-Hilfe-Maßnahmen mit Hilfe eines Fragebogens durchgeführt, anschließend, in einem zweiten Schritt, eine Herz-Lungen-Wiederbelebung nach aktuellem Kenntnisstand simuliert und statistisch ausgewertet. Die Befragung und Simulation erfolgte anlässlich des Geraer Herz- und Gesundheitstags am 20. Oktober 2023 im Foyer des Geraer Kultur- und Kongresszentrums (KuK). Eingeschlossen wurden zufällig ausgewählte Besucher/-innen der Veranstaltung. Die Teilnehmenden wurden über das Ziel der Datenerhebung, die anonymisierte Datenauswertung und die wissenschaftliche Nutzung der Daten aufgeklärt und deren Zustimmung eingeholt. Anschließend erhielten die Teilnehmenden einen Code, der einerseits eine anonymisierte Auswertung der erhobenen Daten und andererseits die Zusammenführung der beiden Datensätze ermöglichte.

Fragebogen

Der zur Datenerhebung entwickelte Fragebogen besteht aus zehn Items, die geschlossen formuliert und wie folgt gegliedert wurden: 1. soziodemographische Items, 2. Items zu Erfahrungen in der Ersten-Hilfe und 3. Items zur Einordnung des eigenen Aus- und Fortbildungsbedarfs. Der erste Teil des Fragebogens umfasst Items zum Alter und Geschlecht der Teilnehmenden. Der zweite Teil besteht aus Items in Form von fünf-stufigen Likert-Skalen (sehr unsicher – sehr sicher) zur Sicherheit bei der Durchführung und/oder Empfang von Erste-Hilfe-Maßnahmen. Der dritte Teil des Fragebogens besteht aus Items

zur letzten Erste-Hilfe-Schulung, Sicherheit in der Durchführung von Erste-Hilfe-Maßnahmen und Nutzung kostenloser Erste-Hilfe-Schulungen. Im Rahmen der Fragebogenerstellung wurde ein Pretest (n=3) durchgeführt und die Formulierungen der Fragestellungen nachfolgend präzisiert.

Datenerhebung

Im ersten Schritt der Datenerhebung mussten die Teilnehmenden einen Fragebogen ausfüllen. Im zweiten Schritt führten sie eine Herz-Lungen-Wiederbelebung, nach eigenem Kenntnisstand am Simulator „Little Anne“ der Firma Laerdal durch. Dieser besteht aus einem Oberkörper mit Kopf und Rumpf. Der Simulator beinhaltet Sensoren zur Erfassung der Reanimationsqualität. Die Daten können mit der QCPR-Software (Version 6.2.1) erfasst und mit dem Code der Teilnehmenden für die Auswertung gespeichert werden (Laerdal 2023). Im Rahmen der Simulation einer Herz-Lungen-Wiederbelebung wurden folgende Kriterien erfasst und ausgewertet: Reanimationszyklus, Drucktiefe, Druckentlastung und Druckfrequenz. Um diese Kriterien evaluieren zu können, wurden die Vorgaben des „Deutschen Rats für Wiederbelebung“ (GRC) genutzt. Die GRC-Richtlinien geben einen Reanimationszyklus für Laienhelfer/-innen von 30 Thoraxkompressionen zu zwei Beatmungen, eine optimale Drucktiefe von fünf bis sechs cm sowie eine Druckfrequenz von 100 bis 120 bpm vor (German Resuscitation Council 2022). Als Reanimationsdauer wurden für die Simulation zwei Minuten festgelegt. Fehler, welche die QCPR-App nicht aufzeichnen kann, wurden vom Dozent/-innenteam eigenhändig notiert und der Proband/-innennummer zugeordnet.

Datenauswertung

Die Datenauswertung erfolgte mit dem Statistikprogramm SPSS (Version 27). Dazu wurden zunächst die Daten der Fragebögen in SPSS überführt. Die quantitativen Daten der Reanimation wurden mittels des QCPR-Systems erfasst, und anschließend in eine Excel-Tabelle übertragen. Beobachtete Fehler bei der Reanimation, die während der Simulation beobachtet wurden, wurden ebenfalls ergänzt. Anschließend wurden die Datensätze in SPSS zusammengeführt und eine deskriptive Analyse durchgeführt.

Ergebnisse

Teilnehmende

In die Befragung wurden 51 Teilnehmende eingeschlossen. 29 (56,9%) waren weiblich und 22 männlich (43,1%). 20 (39,2%) waren zwischen 18 bis 30 Jahren und 21 Teilnehmende (41,2%) waren 61 bis 90 Jahre alt. Lediglich zehn Teilnehmende (19,6%) waren zwischen 31 und 60 Jahren alt.

Theoretische Kenntnisse

Im zweiten Teil des Fragebogens wurde erfasst, wie die Teilnehmenden ihre Kenntnisse in Bezug auf Erste-Hilfe-Maßnahmen einschätzen. Auf einer fünf-stufigen Likert-Skala schätzten vier Teilnehmende (7,8%) ihre Kenntnisse als sehr sicher und zehn (19,6%) immerhin als sicher ein. Elf Teilnehmende (21,6%) waren unsicher und acht (15,7%) sehr unsicher. 18 Teilnehmende (35,3%) wählten die Kategorie „teils, teils“, um die eigenen Kenntnisse in Bezug auf Erste-Hilfe-Maßnahmen zu beschreiben. Zudem sollte erfasst werden, ob die Teilnehmenden bereits Erste-Hilfe-Maßnahmen geleistet hatten und wie sicher sie sich dabei fühlten. Eine Mehrheit von 34 Teilnehmenden (66,7%) hatte noch keine

Erste Hilfe geleistet. Vier Teilnehmende (7,8%) schätzen die von ihnen selbst durchgeführten Erste-Hilfe-Maßnahmen als sehr gut und sieben (13,9%) als gut ein. Sechs Teilnehmende (11,8%) wählten die Kategorie „teils, teils“, um ihre eigene Erste-Hilfe-Maßnahmen zu beschreiben.

Im letzten Teil des Fragebogens wurde erfasst, wann die Teilnehmenden ihre letzte eigene Erste-Hilfe-Schulung erhielten. Die Auswertung der Daten zeigte, dass eine deutliche Mehrheit von 20 Teilnehmenden (39,2%) ihre letzte Erste-Hilfe-Schulung vor ein bis fünf Jahren erhalten hatte. Bei 16 Teilnehmenden (31,4%) lag die letzte Schulung mehr als 30 Jahre zurück. Zwei Teilnehmende (3,9%) erhielten noch keine Schulung (Abb. 1). Schließlich wurde erfragt, wie häufig die Teilnehmenden an einer kostenfreien Erste-

Hilfe-Schulung teilnehmen würden. Hier zeigte sich, dass fast die Hälfte der Teilnehmenden (n=20, 49%) alle ein bis zwei Jahre, 16 (31,4%) alle drei bis vier Jahre und immerhin sieben (13,7%) alle fünf bis sechs Jahre eine kostenlose Schulung besuchen würden.

Praktische Fertigkeiten

27 Teilnehmende (52,9%) führten den Reanimationszyklus für Laienhelfer/-innen korrekt durch (30 Thoraxkompressionen zu zwei Beatmungen). 24 Teilnehmende (47,1%) hielten den vorgeschriebenen Zyklus nicht ein. Bei der Drucktiefe überschritt keiner der Teilnehmenden die Vorgabe des GRC von fünf bis sechs Zentimeter und drückte tiefer als durchschnittlich sechs Zentimeter. 16 Teilnehmende (31,4%) drückten tief genug, aber 35 der Teilnehmenden (68,6%) erreichten

die notwendige Drucktiefe nicht. Bei der Messung der Druckentlastung wurde deutlich, dass 30 Teilnehmende (58,8%) den Brustkorb korrekt, aber 21 (41,2%) den Brustkorb nicht korrekt entlasteten. Zudem wurde die Druckfrequenz erfasst, die im Bereich von 100 bis 120 bpm während der Reanimation liegen soll (German Resuscitation Council 2022). Die Druckfrequenz wurde von 37 Teilnehmenden (72,5%) eingehalten. 14 Teilnehmende (27,5%) drückten langsamer oder schneller als empfohlen.

Schließlich wurde während der Simulation erfasst, ob weitere Fehler auftraten. Unter anderem wurden folgende „Fehler“ beobachtet: Beginn der Reanimation mit Beatmung, keine Entkleidung des Simulators, Positionierung auf dem Simulator oder vorzeitiger Abbruch der Reanimation (Abb.

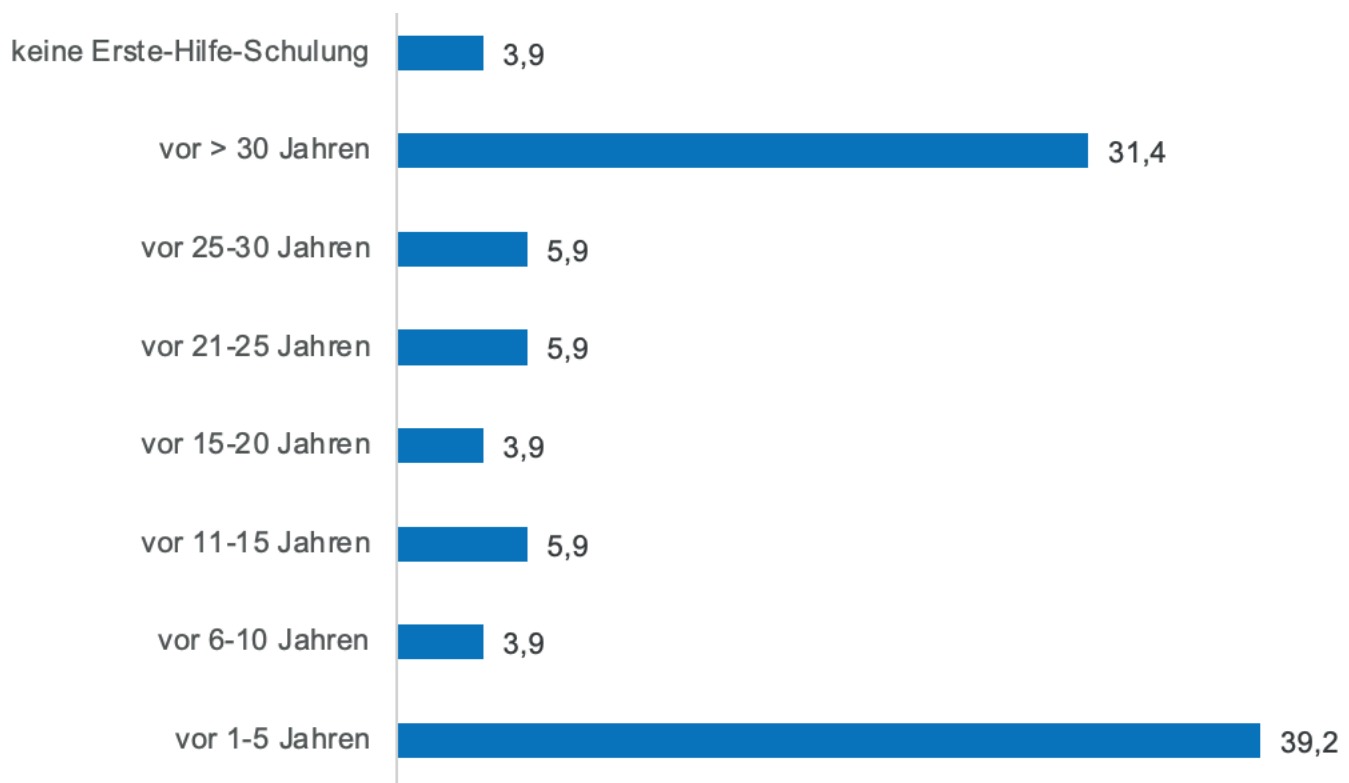


Abb.1: Zeit seit letzter Erste-Hilfe-Schulung (n=51), Angaben in Prozent

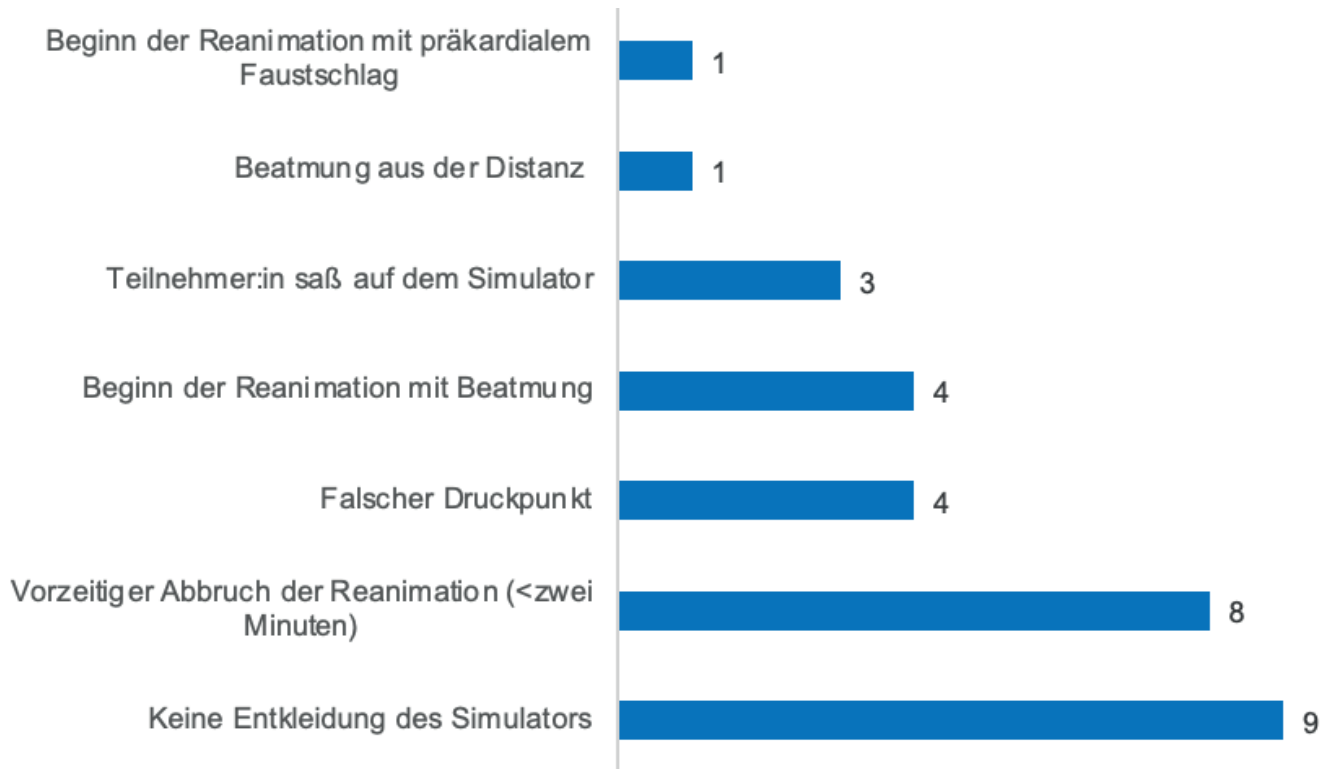


Abb.2: Fehler während der Reanimation, Angaben in absolut

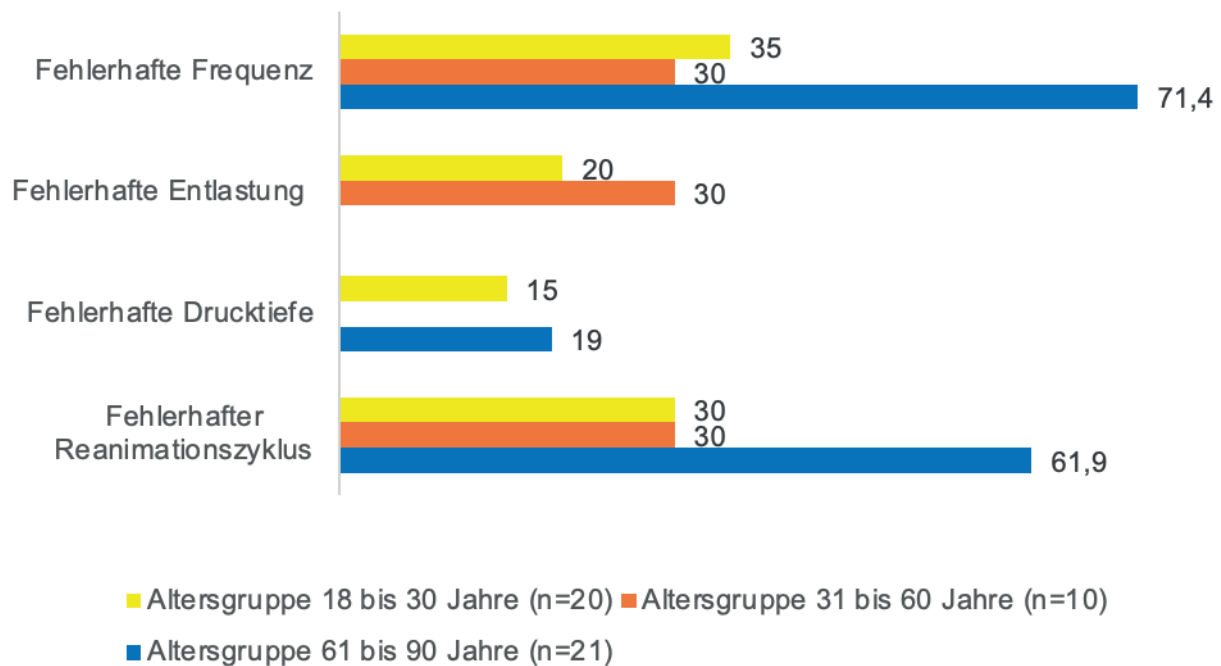


Abb.3: Häufigkeit von Fehlern während der Herz-Lungen-Wiederbelebung nach Altersgruppen (n=51), Angaben in Prozent

2). Die Fehler wurden anschließend mit den einzelnen Altersgruppen verglichen. Dabei wurde deutlich, dass die Teilnehmenden der Altersgruppe 18 bis 30 Jahre die geringste Fehlerquote in Bezug auf den Reanimationszyklus, die Drucktiefe, die Entlastung sowie die Frequenz hatte (Abb. 3). Zudem lag die Zahl der Fehler, die während der Simulation beobachtet wurden, bei lediglich sieben Fehlern. Dagegen machten die Teilnehmenden der Altersgruppe 61 bis 90 Jahre die meisten Fehler.

Diskussion

Die Altersverteilung der Teilnehmenden gibt einen Hinweis auf die Struktur und Zusammensetzung der Besucher/-innen des Geraer Herz- und Gesundheitstags: Junge Menschen (18 bis 30 Jahre, 39,2%) und ältere Menschen (61 bis 90 Jahre, 41,2%). Während die erste Gruppe in den Statistiken zur Bevölkerungsentwicklung in Gera eher abnimmt, wächst die zweite Gruppe stetig an (Serviceagentur Demografischer Wandel 2021). Für die Frage der Laienreanimation ist die zweite Gruppe besonders bedeutsam: Zum einen sind ältere Menschen besonders häufig von Herz-Kreislauf-Stillstand/Reanimationen betroffen. Zum anderen wird ein Herz-Kreislauf-Stillstand in Deutschland sehr häufig durch Laien – vor allem von Familienmitgliedern – beobachtet (Fischer et al. 2024). Vor diesem Hintergrund sind diese Ergebnisse in mehrfacher Hinsicht interessant.

Es zeigte sich, dass bei mehr als 60% der Teilnehmenden die letzte Erste-Hilfe-Schulung länger als fünf Jahre zurücklag, bzw. sogar 31,4% der Teilnehmenden vor mehr als 30 Jahren an einer Schulung teilgenommen hatten. Damit konnte der Trend bestätigen wer-

den, der bereits im Rahmen einer Befragung im Auftrag der Techniker Krankenkasse aufgezeigt wurde. Bei dieser repräsentativen Befragung lag bei einem Viertel der Befragten die letzte Erste-Hilfe-Schulung 20 Jahre zurück. „Bei den älteren Menschen ab 60 trifft das sogar bei fast jedem Zweiten (46%) zu.“ (Hilberg 2020) Zudem konnte gezeigt werden, dass eine Mehrheit der Teilnehmenden (37,3%) ihre Sicherheit in Bezug auf Erste-Hilfe-Maßnahmen mit „sehr unsicher“ bzw. „unsicher“ einschätzt oder mit „teils teils“ beschreibt. Auch in diesem Punkt werden Parallelen zu einer repräsentativen Umfrage von FORSA im Auftrag der Techniker Krankenkasse deutlich. Demnach gaben 50% der Befragten an, ungefähr zu wissen, was zu tun sei und 13% hatten nach eigener Einschätzung keine Ahnung (Benzing 2024).

Zwischen dem Abstand zur letzten Erste-Hilfe-Schulung und der Sicherheit im Umgang mit erworbenen Erste-Hilfe-Kenntnissen besteht jedoch ein wesentlicher Zusammenhang: Je länger eine Schulung zurückliegt, desto unsicherer fühlen sich Menschen – wie bei der Befragung im Auftrag der Techniker Krankenkasse gezeigt wurde. Lag die Schulung zwei bis fünf Jahre zurück, fühlen sich noch 82% der Befragten sicher. Bei noch länger zurückliegenden Schulungen sank die Anzahl der Personen, welche sich sicher fühlten auf 62% (Hilberg 2020). Auf diesen Zusammenhang weisen auch die Ergebnisse bei der Untersuchung in Gera hin. Die Teilnehmenden schätzten ihre Kenntnisse in Erste-Hilfe-Maßnahmen überwiegend als eher gering ein und lagen mit ihrer Selbsteinschätzung richtig. Dies verdeutlichen die Ergebnisse der Simulation einer Herz-Lungen-Wiederbelebung: 47,1% führten den Reanimationszyklus

falsch durch, 68,6% erreichten nicht die notwendige Drucktiefe, 41,2% entlasteten den Brustkorb unzureichend und 27,5% konnten die Frequenz nicht einhalten. Dabei wurden die meisten Fehler von Teilnehmenden gemacht, die der Altersgruppe 61 bis 90 Jahre angehören. Anders formuliert: Die ältere Bevölkerung, die besonders häufig von Herz-Kreislauf-Stillstand betroffen ist, fühlt sich sehr unsicher in der Laienreanimation, hat kaum Kenntnisse in der Laienreanimation und verfügt über wenig Fertigkeiten bei einer Herz-Lungen-Wiederbelebung.

Während bei einer vorangegangenen Umfrage im Auftrag der Techniker Krankenkasse sieben Prozent der Befragten angaben, noch keine Erste-Hilfe-Schulung erhalten zu haben (Hilberg 2020), ergab die Befragung in Gera, dass lediglich 3,9% der Teilnehmenden keine Schulung absolviert hatten. Diese Zahlen stellen insofern eine Herausforderung dar, da Wiese et al. (2006) einen Effekt zwischen der Teilnahme an Erste-Hilfe-Schulungen und den theoretischen Kenntnissen nachweisen konnten: Menschen mit Erste-Hilfe-Schulung erzielten signifikant bessere Ergebnisse in der Wissensüberprüfung bei Nachschulungen. Auch betonten Wiese et al. (2006) die Bedeutung des Zeitabstandes zur zurückliegenden Schulung. Demnach könnten der große zeitliche Abstand zur letzten Erste-Hilfe-Schulung und/oder die nichtvorhandenen Kenntnisse von Erste-Hilfe-Maßnahmen als ein Grund dafür angesehen werden, dass die Laienreanimationsquote in Deutschland im europäischen Vergleich eher gering ausfällt, wie Fischer et al. (2024) aufzeigen.

Schließlich gaben 49% der Teilnehmenden an, dass sie alle ein bis zwei Jahre und 31,4% zumindest alle drei bis vier Jahre an

einer kostenlosen Schulung teilnehmen würden. Dieses Ergebnis bestätigt Vorgängerstudien. Darin konnte gezeigt werden, dass eine überwiegende Mehrheit (80%) eine kostenfreie Erste-Hilfe-Schulung in regelmäßigen Abständen in Anspruch nehmen würde (Schell 2017). Hier wird die Diskrepanz zwischen Angebot und Wahrnehmung deutlich: Einerseits werden Erste-Hilfe-Schulungen von Vereinen in Betrieben oder im Rahmen spezifischer Aktionstage angeboten. Andererseits besteht in der Bevölkerung der Wunsch nach entsprechenden Schulungen. Die Befragung fand im Rahmen des Geraer Herz- und Gesundheitstags 2023 statt. Daher unterliegen die Aussagen den spezifischen Gegebenheiten dieser Veranstaltung. Eine Verallgemeinerung der Ergebnisse auf die gesamte Bevölkerung von Gera oder gar eine Übersetzung auf die Landes- oder Bundesebene führt zu Unschärfen. Da sich aber vergleichbare Ergebnisse in der Forschungsliteratur finden, sprechen einige Aussagen für sich. Der Geraer Herz- und Gesundheitstag 2023 wurde von vielen jungen Menschen besucht, die im Gesundheitswesen tätig sind. Möglicherweise wäre die Anzahl der fehlerhaften Reanimationen ohne diese Personengruppe höher.

Fazit für die Praxis

Die Bedeutung schneller und effektiver Erste-Hilfe-Maßnahmen in Notfallsituationen, insbesondere bei Herz-Kreislauf-Stillständen, ist unbestritten. Vor allem ältere Menschen sind von einem Herz-Kreislauf-Stillstand besonders häufig betroffen. Zudem wird ein Herz-Kreislauf-Stillstand sehr häufig von Familienmitgliedern beobachtet. Die geringen Kenntnisse und Fertigkeiten in der Laienreanimation sollten durch Schulungen

erweitert werden. Alle befragten Bevölkerungsgruppen wünschen sich niederschwellige und kostenlose Erste-Hilfe-Schulungen. Vor allem ältere Menschen sollten kostengünstige niederschwellige Schulungsangebote wohnortnah erhalten.

Literatur

Benzing C (2024) Pressemitteilung: Mit TK-RescueMe virtuell für den Ernstfall proben. <https://www.tk.de/presse/themen/digitale-gesundheit/digitale-medizin-produkte/virtuell-den-ernstfall-ueben-2164402>. Zugriffen: 24. April 2024

Brinkrolf P, Bohn A, Lukas R, Heyse M, Van Aken H, Hahnenkamp K (2016) Projekt „Woche der Wiederbelebung“. Öffentlichkeitsarbeit und Schulungsmaßnahmen verbessern das Wissen zur Wiederbelebung in der Bevölkerung. *Anästh Intensivmed* 57:496–504

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2023). Infoblatt. Informationen zur Laienreanimation in Deutschland, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Flyer_Poster_etc/Faktenblatt_Laienreanimation_BMG-BZgA.pdf. Zugriffen: 24. April 2024

Fischer, M., Wnent, J., Gräsner, J.-T., Seewald, S., Rück, L., Hoffmann, H., Bein, B., Ramshorn-Zimmer, A., Bohn, A. & die teilnehmenden Rettungsdienste im Deutschen Reanimationsregister. (2024). Öffentlicher Jahresbericht 2023 des Deutschen Reanimationsregisters: Außerklinische Reanimation 2023. www.reanimationsregister.de/berichte.html. Zugriffen: 24. November 2024

Herger S, Albrecht R (2022). Ers-

te Hilfe leisten - sicher handeln. 3. aktualisierte Auflage, Zürich: Verlag Careum

Hilberg T (2020) Jeder Vierte hat Angst, erste Hilfe zu leisten. *Ärzteblatt*, <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/117483/Jeder-Vierte-hat-Angst-erste-Hilfe-zu-leisten>. Zugriffen: 24. April 2024

Karaca A, Kose S (2020) The effect of knowledge levels of individuals receiving basic first aid training in Turkey on the applications of first aid. *Niger J Clin Pract* 23:1449

Kleikamp B (2020) Effekte einer Schulung in Wiederbelebung für Schüler*innen der Jahrgangsstufe 6 durch das Berliner Jugendrotkreuz. Berlin: Univ-Diss. <https://doi.org/10.17169/refubium-27254>

Laerdal (2023). Little Anne Q CPR. Ausbildung qualifizierter Lebensretter, <https://laerdal.com/de/products/simulation-training/resuscitation-training/little-anne-qcpr/>. Zugriffen: 24. April 2024

Maybaum T (2019) Bundesgerichtshof sieht Erste-Hilfe-Pflicht für Lehrer. *Deutsches Ärzteblatt*, <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/102176/Bundesgerichtshof-sieht-Erste-Hilfe-Pflicht-fuer-Lehrer>. Zugriffen: 24. April 2024

Metelmann B, Kunze A, Schuld E, Kovacs D, Herzberg L, Uebermuth D, Grabow J, Metelmann C, Schuffert L, Schneider L, Kuntosch J, Süss R, Fleßa S, Günther J, Kohnen D (2020) Laienreanimationsschulung. In: Hahnenkamp K, Fleßa S, Hasebrook J, Brinkrolf P, Metelmann B, Metelmann C (Hrsg.) Notfallversorgung auf dem Land- Ergebnisse des Pilotprojektes Land/Rettung. Springer, Berlin, S. 23–63

Deutscher Rat für Wiederbelebung – German Resuscitation Council (GRC) e.V. (2021). Reanimation 2021. Algorithmen der Reanimationsleitlinien, https://www.grc-org.de/files/ShopProducts/download/GRC_Algorithmen_2021_Einzelseiten_final.pdf. (Stand: 22.10.24) Schell FJ (2017) Pressemitteilung. Erste Hilfe gerne, aber bloß keine Herzmassage, <https://idw-online.de/de/pdfnews681089>. Zugriffen: 24. April 2023

Schroeder DC, Semeraro F, Greif R, Bray J, Morley P, Parr M, Kondo Nakagawa N, Iwami T, Finke SR, Malta Hansen C, Lockey A, Del Rios M, Bhanji F, Sasson C, Schexnayder SM, Scquizzato T, Wetsch WA, Böttiger BW (2023) Kids SAVE LIVES: Basic Life Support Education for Schoolchildren: A Narrative Review and Scientific Statement from the International Liaison Committee on Resuscitation. *Circulation* 147:1854–1868

Serviceagentur Demografischer Wandel (2021) Gera. Demografischer Steckbrief, https://www.serviceagentur-demografie.de/media/seiten/service/zahlen_und_statistiken/steckbriefe/2021/12-KfS-Gera-Steckbrief-2021.pdf. Zugriffen: 24. April 2024

Verordnung über die Zulassung von Personen zum Straßenverkehr (Fahrerlaubnis-Verordnung - FeV). Fahrerlaubnis-Verordnung vom 13. Dezember 2010 (BGBl. I S. 1980), die zuletzt durch Artikel 14 des Gesetzes vom 27. März 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 109) geändert worden ist.

Wiese CHR, Bartels U, Bahr J, Graf BM (2006) Kurs „Lebensrettende Sofortmaßnahmen“ – Überprüfung der theoretischen Kenntnisse von Teilnehmern. *Notfall Rettungsmedizin* 9:597–603.

Eingereicht: 08.05.2025
Genehmigt: 03.09.2025

doi: 10.61034/LLiG-34

Lea Köhler

B.A. Medizinpädagogin
Dozentin generalistische Pflegeausbildung
am HELIOS Bildungszentrum Plauen
Examinierende Gesundheits- und Krankenpflegerin
am HELIOS Vogtland-Klinikum Plauen



Prof. Dr. Eva Kircher

Studiengangsleiterin
Medizinpädagogik B.A. und Medizin- und Gesundheitspädagogik M.A.,
Professorin für Medizinpädagogik bei der SRH-University am Campus Stuttgart,
Fachkrankenschwester für Anästhesie und Intensivpflege, Praxisanleiterin,
B.A. Medizinpädagogin, M.A. Medizinpädagogin



Relevanz der 24-Stunden-Pflichtfortbildung für Praxisanleiter in der generalistischen Pflegeausbildung

Zusammenfassung

Hintergrund: Um den Anforderungen des Pflegeberufgesetzes zu entsprechen, wurde 2020 eine jährliche Fortbildungspflicht für Praxisanleitungen in der generalistischen Pflegeausbildung eingeführt. Diese umfasst 24 Stunden berufspädagogische oder berufspolitische Fortbildung, um die praktische Pflegeausbildung weiterhin als Praxisanleitung mitgestalten zu können. Der Nutzen dieser Maßnahme für die praktische Tätigkeit der Berufsgruppe und für die Zusammenarbeit mit Auszubildenden bleibt jedoch in Pflegewissenschaft und Pflegeforschung ungeklärt.

Methodik: Diese Thematik wurde in einem quantitativem Forschungsdesign mittels einer Online-Befragung über die Plattform SosciSurvey untersucht. Im Zeitraum vom 21.10. 2024 bis zum 18.11.2024 wurden die Praxisanleitungen der sächsischen HELIOS Kliniken befragt. Von 266 möglichen Teilnehmenden wurden 133 korrekt ausgefüllte Fragebögen ausgewertet, was einer Rücklaufquote von 50 % entsprach.

Ergebnisse: 72,93 % der Befragten bewerteten die Pflichtfortbildung als wichtig oder sehr wichtig. Dennoch gaben 57,9 % an, dass diese kaum oder keine Auswirkungen auf ihre Anleitungsfähigkeiten hat. Über zwei Drittel (67,67 %) stellten eine positive Veränderung der Qualität der generalistischen Pflegeausbildung fest.

Diskussion: Die Ergebnisse zeigen eine kontroverse Bewertung der Fortbildungspflicht. Während

ihre Notwendigkeit mehrheitlich anerkannt wird, bleibt der direkte Nutzen für die praktische Arbeit fraglich. Dennoch scheint die Einführung zur Qualitätssteigerung der Pflegeausbildung beigetragen zu haben.

Abstract

Background: To meet the requirements of the Nursing Professions Act, an annual training obligation for practice instructors in generalist nursing education was introduced in 2020. This includes 24 hours of professional pedagogical or professional political training to enable practice instructors to continue shaping practical nursing education. However, the benefit of this measure for the practical work of the professional group and for collaboration with trainees remains unexplored in nursing science and research.

Methodology: This topic was investigated in a quantitative research design using an online survey via the Sosci Survey platform. Between October 21, 2024 and November 18, 2024, practice instructors from Saxony's HELIOS clinics were surveyed. Of 266 potential participants, 133 correctly completed questionnaires were evaluated, resulting in a response rate of 50%.

Results: 72.93% of respondents rated the mandatory training as important or very important. However, 57.9% stated that it had little or no impact on their instructional skills. More than two-thirds (67.67%) observed a positive change in the quality of generalist

nursing education.

Discussion: The results reveal a controversial assessment of the training obligation. While its necessity is largely acknowledged, the direct benefit for practical work remains questionable. Nevertheless, its introduction appears to have contributed to improving the quality of nursing education.

Hintergrund

Praxisanleiter¹ im Sinne des PflBG §4 Abs. 3 sind Menschen, die nach Pflegeberufegesetz, Altenpflegegesetz oder Krankenpflegegesetz eine entsprechende Berufserlaubnis besitzen, Berufserfahrung als Pflegekraft von mindestens einem Jahr aufweisen und eine spezielle berufliche Weiterbildung von mindestens 300 Stunden absolviert haben (Tschupke & Meyer, 2020). Die praktische Arbeit des Praxisanleiters in der Pflege bedarf vielerlei Kompetenzen. Er muss über pflegewissenschaftliches Fachwissen verfügen und dieses je nach individueller Patienten- oder Klientensituation anwenden können. Er benötigt zudem berufspädagogisches Fachwissen, um die Zusammenarbeit mit den Auszubildenden strukturiert und lernzielorientiert planen und umsetzen zu können (Arens, 2019). Praxisanleiter sind somit nach dem Gesetz dazu befähigt, eine geplante und strukturierte Praxisanleitung (PflAPrV §4 Abs. 1) als wesentlichen Bestandteil der praktischen Pflegeausbildung durchzuführen (Arens, 2019).

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in dieser Arbeit das generische Maskulinum verwendet. Alle Geschlechter werden dabei ausdrücklich mitgemeint, soweit es für die Aussagen erforderlich ist.

Um diesen und weiteren Anforderungen gerecht zu werden, wurde mit Veröffentlichung des Pflegeberufegesetzes (PflBG) im Jahr 2020 auch erstmals eine Fortbildungspflicht für Praxisanleiter in den Pflegeberufen eingeführt. „Die Befähigung zur Praxisanleiterin oder zum Praxisanleiter ist durch [...] kontinuierliche, insbesondere berufspädagogische Fortbildung im Umfang von mindestens 24 Stunden jährlich gegenüber der zuständigen Behörde nachzuweisen.“ (PflAPrV §4 Absatz 3, 2018). Das Pflegeberufegesetz mit seiner Ausbildungs- und Prüfungsverordnung liefert die Rahmenbedingungen für die Gestaltung der 24-Stunden-Pflichtfortbildung für Praxisanleiter, doch die praktische Umsetzung dieser Gesetzesneuerung obliegt den einzelnen Pflegeeinrichtungen selbst. Pädagogen sowie auch Pflege- und Gesundheitsexperten sprechen sich zur Gestaltung der jährlichen Fortbildungen für bundeseinheitliche Regelungen aus (Tschupke & Meyer, 2020). Es wird vermutet, dass die eingeführte Pflicht auf mangelnde Bereitschaft und Motivation von Seiten der Praxisanleitenden stößt (Stahl, 2021). Auszubildende wünschen sich mehr praktische Anleitungzeit mit ihren verantwortlichen Praxisanleitern (Bühler, 2021).

Trotz all dieser Erkenntnisse bleibt jedoch die Frage unbeantwortet, inwieweit die eingeführte Fortbildungspflicht für Praxisanleiter tatsächlich einen Nutzen für ihre praktische Zusammenarbeit mit Pflegeauszubildenden hat und welche Bedeutung ihr dabei im Kontext von Pflegewissenschaft und Pflegeforschung zukommt.

Die Forschungsarbeit soll diese Lücke schließen und die Relevanz der eingeführten Fortbildungspflicht hinterfragen und erörtern.

Die Zielgruppe der Gesetzesreform wird in den Mittelpunkt gerückt, indem die Meinungen und Standpunkte der Praxisanleiter selbst durch eine quantitative Online-Befragung erhoben und veranschaulicht werden sollen. Die Ergebnisse dieser Arbeit sollen zur Ableitung neuer Handlungsempfehlungen für die Fortbildungseinrichtungen und zur qualitativen Aufwertung der praktischen Pflegeausbildung beitragen.

Methodisches Vorgehen

Um die Forschungsfrage zu beantworten und das Ziel der Arbeit zu erreichen, wurde sich für ein quantitatives Studiendesign entschieden. Diese Vorgehensweise ermöglichte eine multizentrische Querschnitterhebung der Stichprobe.

Es wurde eine Online-Befragung unter allen Praxisanleitern an sechs Klinikstandorten im Freistaat Sachsen durchgeführt. Um an der Befragung teilzunehmen, wurden folgende Einschlusskriterien formuliert: Zum einen mussten die Befragten zum Praxisanleiter im Sinne der PflAPrV befähigt sein. Zweites Einschlusskriterium war die Inanspruchnahme des Fortbildungsangebots am jeweiligen Klinikstandort in der Vergangenheit. Weiteres Einschlusskriterium stellte die lokale Eingrenzung der Stichprobe dar. In die Stichprobe wurden demnach nur Probanden gezogen, die zum Zeitpunkt der Befragung als Praxisanleiter an den gewählten Klinikstandorten tätig waren. Somit konnte die Stichprobengröße auf 266 festgelegt werden.

Erhebungsinstrument stellte ein eigens entwickelter Fragebogen dar, der insgesamt 20 Fragestellungen zu den Bereichen demografische Daten, Einschätzung der Pflichtfortbildung und Auswirkungen der Fortbildungspflicht auf

den beruflichen Alltag enthält. Die beiden letzteren Bereiche wurden durch die Beantwortung von Fragen auf einer vierstelligen Likert-Skala abgedeckt. Am Ende des Fragebogens sollten die Befragten eine persönliche Gesamtbewertung der Thematik vornehmen; dies wurde durch zwei offene Fragen realisiert. Der Prätest des Fragebogens wurde mit vier Praxisanleitern durchgeführt und ergab, dass keine weiteren Anpassungen nötig waren. Die Datenerhebung erfolgte über die Online-Plattform SoSciSurvey innerhalb eines Zeitraums von vier Wochen.

Die Datenauswertung wurde ebenfalls über die Online-Plattform SoSciSurvey und über Microsoft Excel Version 16.77 durchgeführt. Die Daten wurden deskriptiv ausgewertet und als absolute und relative Häufigkeiten sowie Mittelwerte und einfache Standardab-

weichungen dargestellt.

Darstellung der Ergebnisse

Insgesamt konnten 165 Aufrufe der Befragung über die Online-Plattform SoSciSurvey verzeichnet werden. Von diesen konnten 133 korrekt ausgefüllte Fragebögen zur nachfolgenden Datenauswertung genutzt werden. Das entsprach bei einer Stichprobengröße von N=266 einer Rücklaufquote von 50 %.

Demografische Daten

Insgesamt nahmen mehr Personen weiblichen Geschlechts (n=117), als Personen männlichen Geschlechts (n=16) an der Befragung teil. Die Altersspanne reichte von 23 bis 63 Jahren (MW 42 ±9,5).

Notwendigkeit der Fortbildungspflicht

Die Mehrheit der Befragten (72,93 %) bewertete die Notwendigkeit der 24- Stunden-Pflichtfortbildung für Praxisanleiter in der Pflege als wichtig (39,1 %) beziehungsweise sehr wichtig (33,83 %). Insgesamt 10,52 % der Teilnehmer bewerteten die Notwendigkeit als weniger wichtig (9,02 %) beziehungsweise überhaupt nicht wichtig (1,5 %) (Abbildung 1).

Auswirkungen der Fortbildungspflicht auf den beruflichen Alltag der Praxisanleiter

Die Mehrheit der Befragten (57,9 %) gab an, dass die Fortbildungsmöglichkeiten überhaupt keine (6,02 %) oder kaum Veränderungen (51,88 %) auf die Anleitungsfähigkeiten als Praxisanleiter hatten.

Auf die Frage, wie stark die eingeführte Fortbildungspflicht die alltägliche Arbeitsweise der Pra-

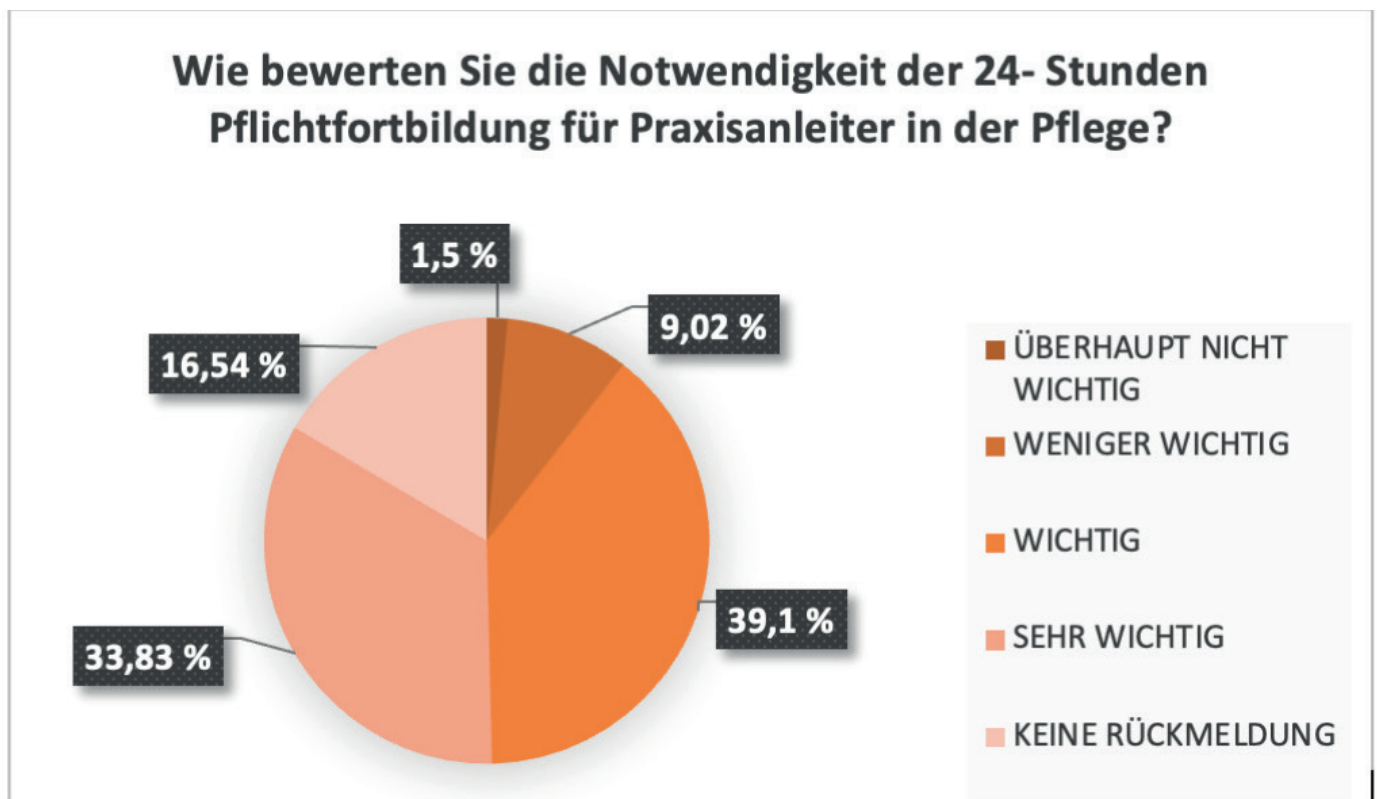


Abb.1: Relative Häufigkeiten für die Einschätzung der Notwendigkeit der eingeführten 24- Stunden-Pflichtfortbildung für Praxisanleiter (eigene Darstellung)

xisanleiter verändert hat, meinte die Mehrheit (63,9 %) der gesamten Stichprobe, dass es überhaupt keine (9,02 %) oder kaum eine Veränderung (54,88 %) gab (Abbildung 2). Am häufigsten wurden „Kommunikationsstrategien mit Auszubildenden“, „Feedback geben“ und „Planung und Organisation der praktischen Anleitung“ als Bereiche der Veränderungen genannt. Am seltensten empfanden die Praxisanleiter eine Veränderung im Bereich „Anwendung von didaktischen Methoden“.

Ein Drittel der Teilnehmer der Stichprobe (33,83 %) konnten die in der Fortbildung vermittelten Inhalte in der praktischen Arbeit als Praxisanleiter sehr schlecht (5,26 %) oder schlecht (28,57 %) umsetzen. Die Mehrheit der Stichprobe bewertete dies als gut (44,36 %) beziehungsweise sehr gut (3,75 %).

Die Mehrheit der Gesamtstichprobe (63,16 %) sagte, dass sich durch die Einführung der Fortbildungspflicht die Zufriedenheit mit der eigenen Arbeitsweise als Praxisanleiter überhaupt nicht (8,27 %) oder kaum verändert hat (54,89 %).

Auswirkungen der Fortbildungspflicht auf die Qualität der generalistischen Pflegeausbildung

Über zwei Drittel der Probanden (67,67 %) meinte, dass sich die Qualität der generalistischen Pflegeausbildung positiv (65,41 %) beziehungsweise sehr positiv (2,26 %) durch die Einführung der Fortbildungspflicht für die Praxisanleiter verändern könnte. (Abbildung 3).

Die Mehrheit der Probanden (65,42 %) gab an, dass sich die

Zufriedenheit der Pflegeauszubildenden mit der Anleitung seit Einführung der jährlichen Pflichtfortbildung überhaupt nicht (11,28 %) beziehungsweise kaum verändert (54,14 %) hat.

Die Mehrheit der Teilnehmer der Befragung (71,42 %) meinte, dass durch die Teilnahme an Pflichtfortbildungsveranstaltungen die Beziehung und die Zusammenarbeit mit den Pflegeauszubildenden positiv (69,92 %) oder sehr positiv (1,5 %) verändert werden konnte.

Einschätzung der Qualität des Pflichtfortbildungsangebots

Insgesamt 13,53% der Teilnehmer der Stichprobe schätzten die Qualität des Fortbildungsangebots an ihrem Standort als schlecht (9,02 %) beziehungsweise sehr schlecht (4,51 %) ein (Abbildung 4).

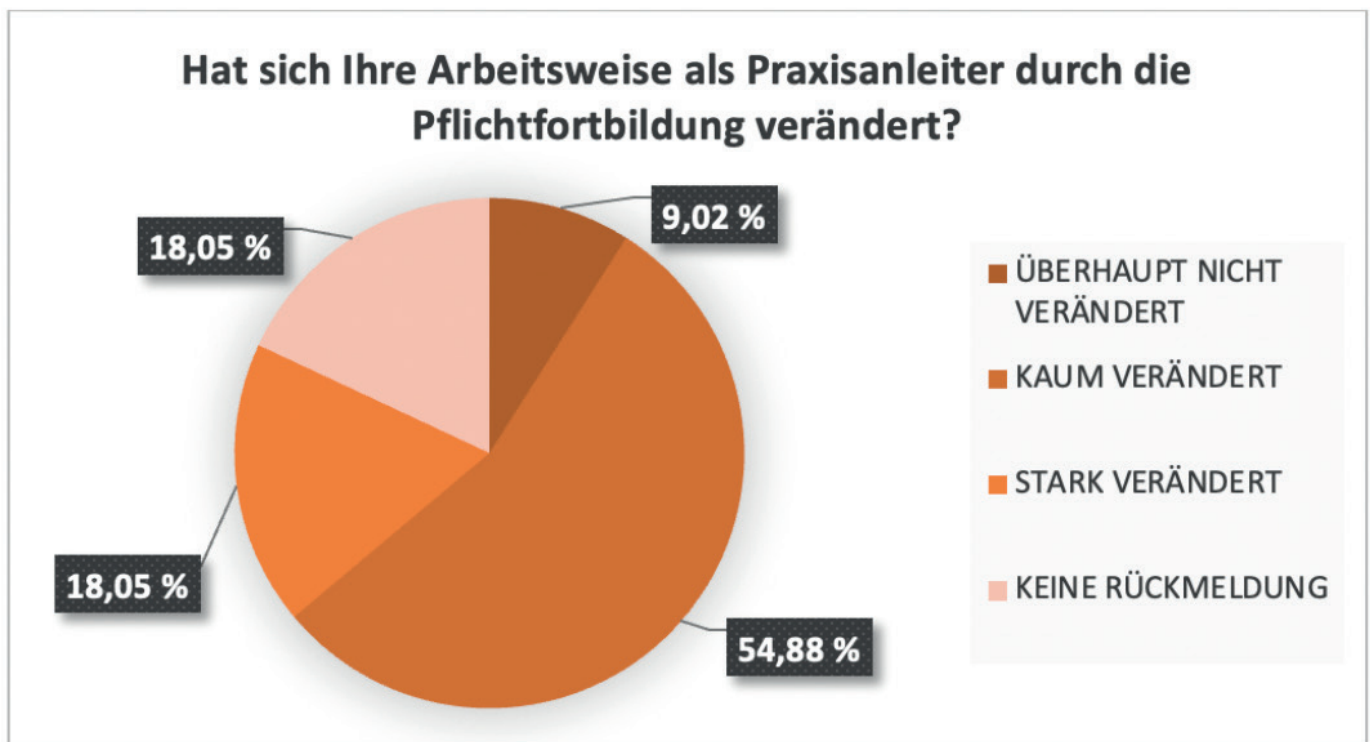


Abb.2: Relative Häufigkeiten für die Einschätzung der Veränderung der Arbeitsweise der Praxisanleiter durch Einführung der Fortbildungspflicht (eigene Darstellung)

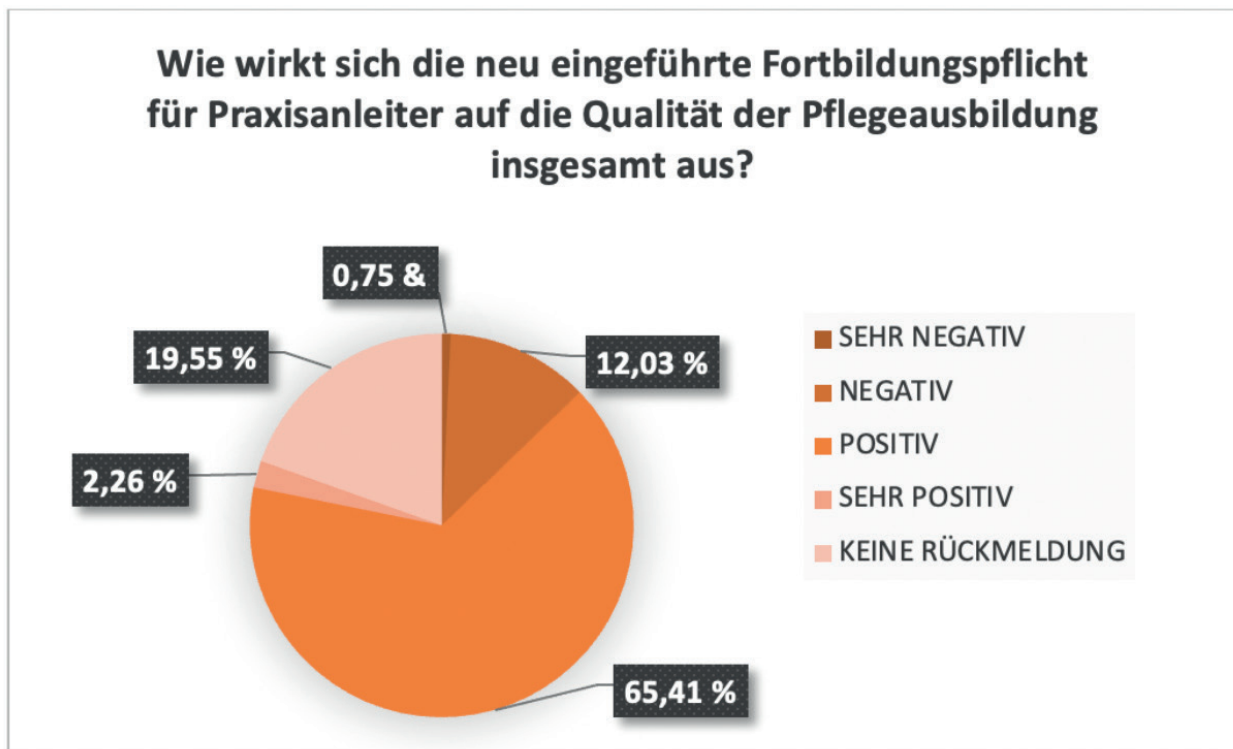


Abb.3: Relative Häufigkeiten für die Auswirkungen der eingeführten Fortbildungspflicht für Praxisanleiter auf die Pflegeausbildung insgesamt (eigene Darstellung)

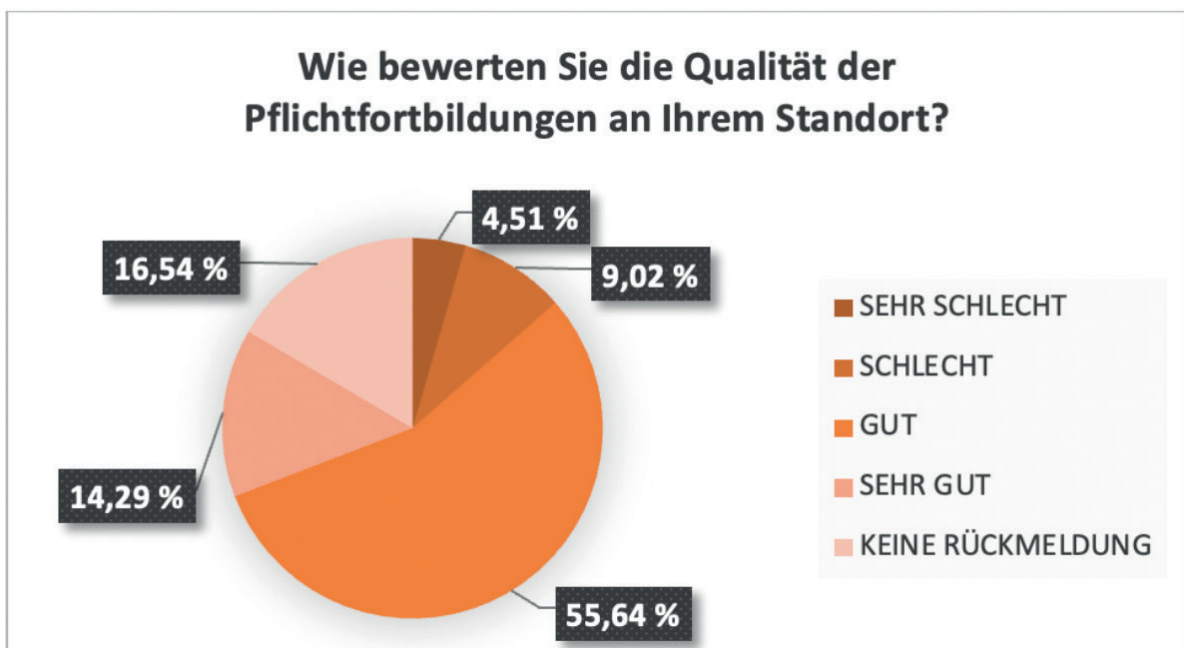


Abb.4: Relative Häufigkeiten für die Bewertung der Qualität der Pflichtfortbildungen (eigene Darstellung)

Abbildung fünf soll die am häufigsten genannten Verbesserungsvorschläge innerhalb der gesamten Stichprobe bezüglich der Gestaltung der jährlichen Pflichtfortbildung für Praxisanleiter darstellen. Zur Auswertung dieses Teils der Befragung wurden die genannten Vorschläge in verschiedenen Kategorien zusammengefasst und nachfolgend entsprechend erläutert.

Mit Steigerung der Praxisnähe meinten viele Probanden, dass sie sich innerhalb der Fortbildungsveranstaltungen einen stärkeren Bezug zur beruflichen Praxis wünschen. Einige würden gerne mit Fallbeispielen arbeiten, um die Themen ganzheitlich verstehen zu können.

Steigerung der Flexibilität meinte die Möglichkeit, die Schulungen in Form von Online-Kursen nutzen zu können. Manche wünschten sich auch eine Online-Zuschaltung, um die Fortbildungen im Home-Office absolvieren zu können.

Mit dem Bereich „andere Organisation“ meinten einige Teilnehmer beispielsweise mehr Themenvielfalt, flexiblere Termine über das komplette Jahr verteilt, beziehungsweise begrenzte Teilnehmeranzahlen pro Fortbildungstermin.

Ein Anteil von den Befragten wünschte sich innerhalb der Fortbildungsveranstaltungen auch einen stärkeren Input zu berufspolitischen und aktuellen pflegewissenschaftlichen Themen.

Ein weiterer Wunsch, welcher mehrfach genannt wurde, betraf den kollegialen Austausch. Die Praxisanleiter wünschten sich mehr Kontakt mit Lehrkräften, zentralen Praxisanleitern und Pflegedienstleitungen. Ihrer Meinung nach sollte man innerhalb der Fortbildungstermine den Rahmen dafür schaffen.

Über ein Viertel der Probanden (28,35 %) waren mit den angebotenen Themen der jährlichen Fortbildungsveranstaltungen unzufrieden (23,13 %) oder sogar sehr unzufrieden (5,22 %).

Abbildung sechs stellt die am häufigsten genannten Themenwünsche der gesamten Stichprobe für künftige Pflichtfortbildungsveranstaltungen dar. Zur Auswertung dieses Teils der Befragung wurden

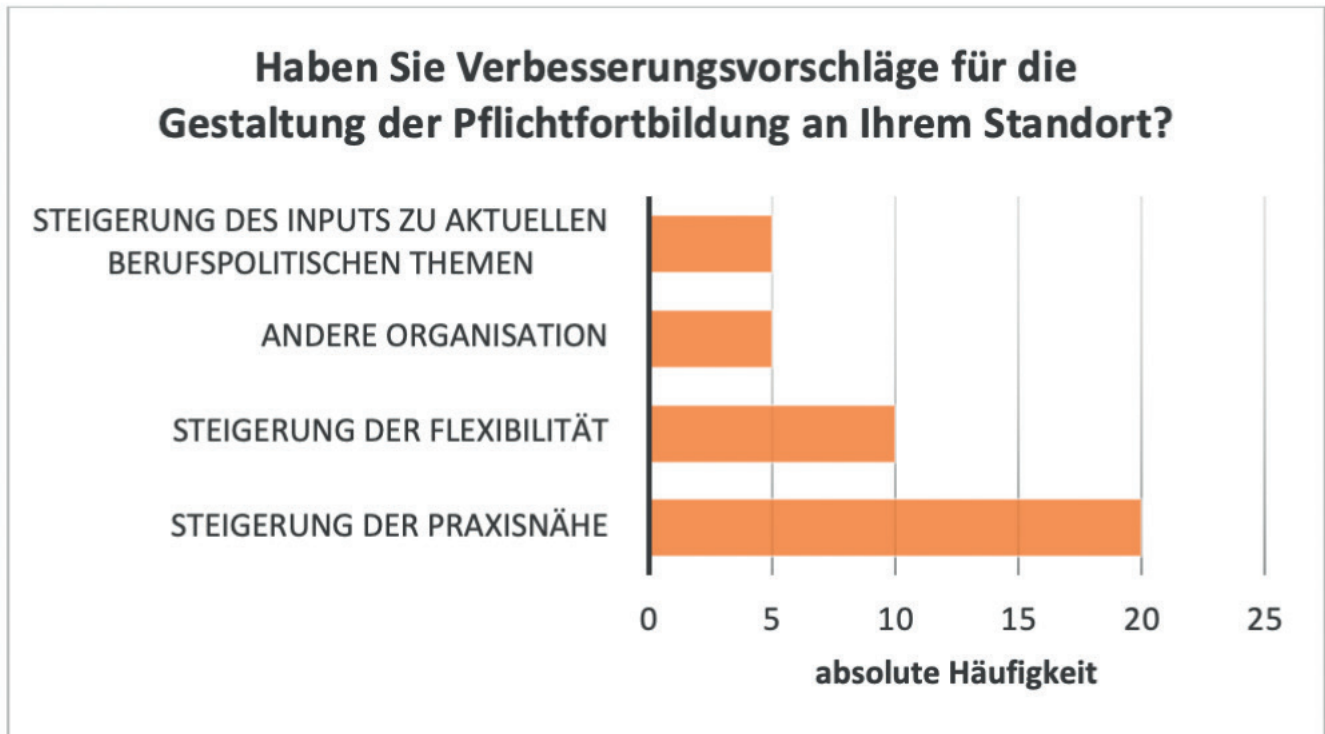


Abb.5: Absolute Häufigkeiten für die Verbesserungsvorschläge in Bezug auf die Pflichtfortbildungen (eigene Darstellung); Bemerkung. Darstellung der am häufigsten genannten Verbesserungsvorschläge für die Gesamtstichprobe n=133

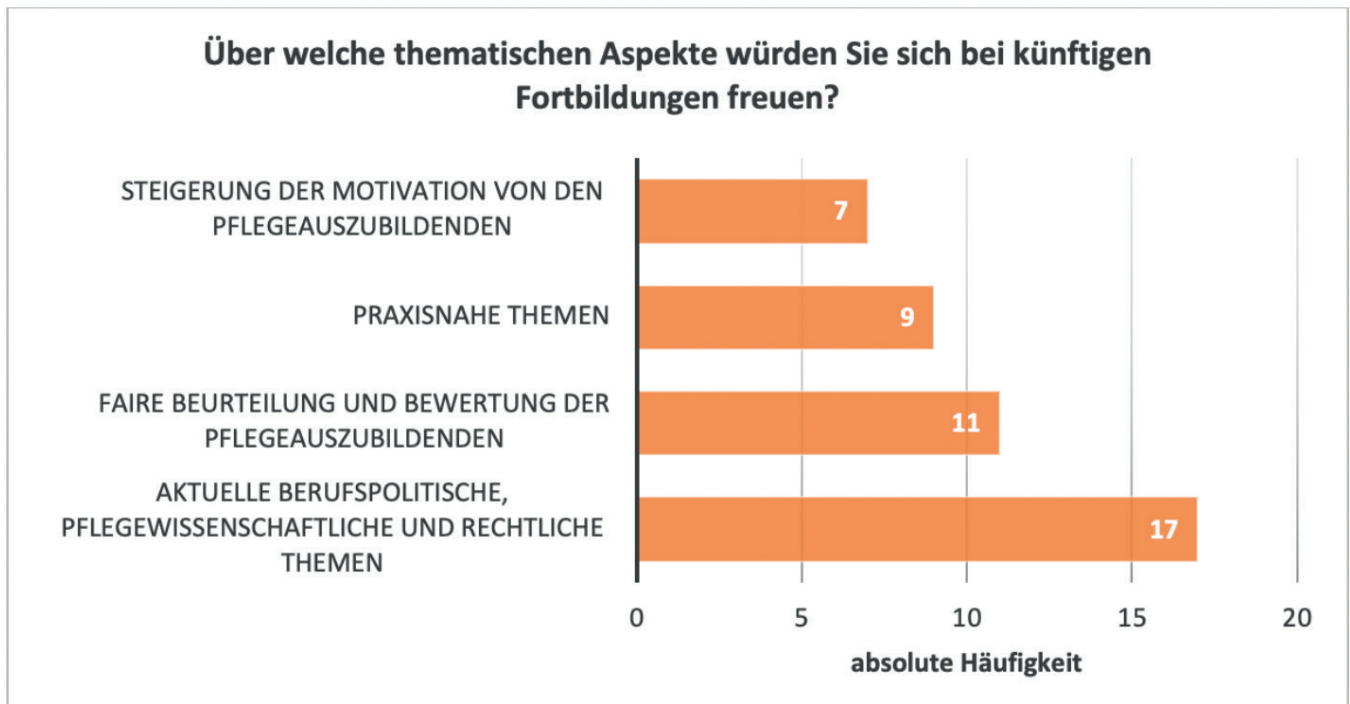


Abb.6: Absolute Häufigkeiten der Themenwünsche für künftige Pflichtfortbildungsveranstaltungen (eigene Darstellung); Bemerkung. Darstellung der am häufigsten genannten Themenvorschläge für die Gesamtstichprobe n = 133

die genannten Vorschläge in verschiedenen Kategorien zusammengefasst.

Diskussion

Im Folgenden soll das zusammenfassende Fazit der Methodik erläutert werden. Es wird eine kritische Betrachtung der Arbeit vorgenommen und es werden Implikationen für die zukünftige Forschung benannt.

Fazit

In Hinblick auf die dargestellte Problematik, die aktuelle Forschungsliteratur und die Zielsetzung dieser Arbeit wurde im Vorfeld die zentrale Forschungsfrage formuliert, wie die Praxisanleiter der sächsischen Kliniken die Relevanz, der mit dem Pflegeberufegesetz eingeführten 24-Stunden-Pflichtfortbildung einschätzen. Durch die durchgeführ-

te Methodik kann nun festgehalten werden, dass die befragten Praxisanleiter diese eher kontrovers bewerten.

Die Praxisanleiter der befragten Klinikstandorte bewerten die Notwendigkeit der eingeführten Fortbildungspflicht zwar eher hoch, doch die Teilnahme an den jährlichen Fortbildungsprogrammen scheint die praktische Arbeit der Anleitenden kaum zu verändern. Auch die Zufriedenheit mit der eigenen Arbeitsweise als Praxisanleiter hat sich durch die regelmäßige Teilnahme an den Pflichtfortbildungen kaum verändert. Anhand dieser Ergebnisse kann die Relevanz der eingeführten jährlichen Fortbildungspflicht für die Praxisanleiter eher niedrig bewertet werden.

Insgesamt scheint die Einführung der jährlichen Pflichtfortbildung,

laut den befragten Praxisanleitern, die Qualität der generalistischen Pflegeausbildung verbessert zu haben. Auch die Beziehung und die Zusammenarbeit mit den Auszubildenden hat sich mutmaßlich positiv entwickelt. Hier zeigt sich die Bedeutsamkeit der eingeführten Fortbildungspflicht.

Viele der Befragten gaben an, die Themen der Fortbildungen gut im praktischen Berufsalltag umsetzen zu können, wünschten sich zukünftig aber dennoch einen stärkeren Bezug zur Praxis und alltagsnähere Themen. Auch fielen in der Ergebnisauswertung diverse Unterschiede bezüglich der Meinungen der verschiedenen Altersgruppen beziehungsweise der unterschiedlichen Berufserfahrungen auf. Jüngere Praxisanleiter mit einer geringeren Berufserfahrung bewerteten die verschiede-

nen Sachverhalte meist positiver und weniger kritisch, als ältere Praxisanleiter beziehungsweise Praxisanleiter mit einer längeren Berufserfahrung.

Limitationen und kritische Betrachtung

Der spezielle Fragebogen wurde im Kontext der beschriebenen Forschungsfrage erstellt und versuchte verschiedene Blickwinkel in Bezug auf die Thematik zu beleuchten. Durch wenige Anpassungen im demografischen Teil der Befragung, könnte das Erhebungsinstrument für zukünftige weitere Forschungsvorhaben mit ähnlichen Zielen und Fragestellungen genutzt werden. Demzufolge ist die durchgeführte Methodik reproduzierbar. Des Weiteren berücksichtigte die durchgeführte Methode grundsätzliche ethische Standards wie Anonymität und Freiwilligkeit. Die Ergebnisse wurden objektiv dargelegt.

Anhand der Rücklaufquote von 50 % kann die erfolgte Erhebung als repräsentativ für die Praxisanleiter der beteiligten Kliniken bezeichnet werden, nicht jedoch für die gesamte Berufsgruppe. Durch die gegebenen Einschlusskriterien ergab sich eine Stichprobe mit einer deutlichen Mehrheit an Praxisanleitenden, welche im akut- pflegerischen Bereich tätig sind. Somit ist die Studie ebenfalls nicht repräsentativ für Praxisanleiter, die in der Langzeitpflege und in der ambulanten Pflege arbeiten. Es wurde sich methodisch für eine quantitative Querschnittserhebung mittels Online-Fragebogen entschieden. Quantitative Forschungsmethoden ermöglichen nur geringe Einblicke in qualitative Meinungen und Standpunkte. Um die Relevanz und Notwendigkeit der 24-Stunden-Pflichtfortbildung für Praxisanleiter in der generalistischen Pflegeausbildung voll-

umfänglich darstellen zu können, reicht die quantitative Befragung der Zielgruppe nicht aus. Sie gibt lediglich eine Tendenz vor, auf welche weiter aufgebaut werden kann. Insgesamt muss außerdem festgestellt werden, dass eine quantitative Erhebung von Meinungen und Standpunkten stets subjektiv ist. Ob eine gesetzliche Regelung, hier die Fortbildungspflicht für Praxisanleiter, als relevant beziehungsweise notwendig eingeschätzt wird, hängt von subjektiven Faktoren ab, welche durch eine quantitative Erhebung nicht berücksichtigt werden können. Beispielsweise kann andauernder Pflege-Personalmangel, mangelhafte institutionelle Gegebenheiten oder eine gesteigerte Arbeitsbelastung dazu führen, dass die Thematik insgesamt kritischer bewertet wird und die Antworten der Befragung dementsprechend tendenziell negativer ausfallen.

Hinterfragt werden muss zudem die Ehrlichkeit der gegebenen Antworten. Um die Tendenz zur Mitte auszuschließen, wurde sich innerhalb des Fragebogens für eine 4-stufige Likert-Skala entschieden. Trotzdem kann es bei der Beantwortung der Fragen dazu kommen, dass einige Probanden tendenziell positivere Antworten geben, da eine bundesweite gesetzliche Regelung hinterfragt werden soll.

Ausblick

In Zukunft kann in der Organisation und Planung der Fortbildungsveranstaltungen angesetzt werden, indem beispielsweise mehr Zeit für den kollegialen Austausch unter den anwesenden Praxisanleitern fokussiert wird. Dies könnte dazu führen, dass kritischere Meinungen und Standpunkte durch positive Argumentationen zu bestimmten Thematiken relativiert werden und die Zufriedenheit der

Anleiter zur Thematik gesteigert wird.

Die Qualität der standortinternen jährlichen Pflichtfortbildungsprogramme wurde durch die befragten Praxisanleiter eher als positiv bewertet. Bei der Ergebnisauswertung fiel auf, dass vor allem die Befragten der Kliniken am zufriedensten schienen, welche ihren ansässigen Praxisanleitern im Vergleich, auch das Fortbildungsangebot mit der größten Flexibilität bieten. Hier schlossen sich mehrere lokal beieinanderliegende Kliniken zur Gestaltung des jährlichen Pflichtfortbildungsprogramms zusammen und somit konnten die Anleiter frei wählen wie sie ihre 24-Stunden-Pflichtfortbildungen gestalten möchten, da ihnen ein Fortbildungsangebot von insgesamt 48 Stunden zur Verfügung stand. Ein großer Teil der befragten Praxisanleiter der anderen Standorte wünschte sich zukünftig mehr Flexibilität. Hier kann angesetzt werden, indem sich Standorte diesbezüglich zusammenschließen, um größere Fortbildungsprogramme mit größerer Themenvielfalt, verschiedenen Dozenten und flexibleren Terminen anzubieten und dadurch weiterhin die Zufriedenheit und Motivation der Praxisanleiter zur Thematik zu erhöhen.

Zukünftige Forschungen zur Thematik der 24-Stunden-Pflichtfortbildung in der generalistischen Pflegeausbildung sollten unbedingt neben Praxisanleitern der Akutpflege auch Praxisanleiter aus Langzeitpflegeeinrichtungen und der ambulanten Pflege in den Mittelpunkt rücken. Hier könnten weitere Unterschiede in der Herangehensweise der verschiedenen Pflegeeinrichtungen vergleichbar gemacht werden. Eventuelle Unterschiedlichkeiten in der Einschätzung der Notwendigkeit und

Relevanz der eingeführten Fortbildungspflicht könnten ebenso erörtert werden, um die Thematik repräsentativ für die gesamte Berufsgruppe der Praxisanleiter in der Pflege zu machen. Diesbezüglich kann auf Mixed-Methods-Designs zurückgegriffen werden, um die Limitationen dieser Arbeit zu überwinden. Die qualitative Befragung von Praxisanleitern in verschiedenen Pflegesettings bietet breitere Möglichkeiten, um die Problematik der 24-Stunden-Pflichtfortbildung für Praxisanleiter in der generalistischen Pflegeausbildung tiefgründiger zu beleuchten und die Relevanz dieser gesetzlichen Pflicht weiter beurteilen zu können.

Literaturverzeichnis

Arens, F. (2019). Das wird von Praxisanleitern ab 2020 erwartet. Springer Pflege Zeitschrift. 8/2019 (72), S. 10-13. <https://doi.org/10.1007/s41906-019-0117-0>

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2018). Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (Altenpflegegesetz). <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/themen/aeltere-menschen/hilfe-und-pflege/gesetz-ueber-die-berufe-in-der-altenpflege-altenpflegegesetz--77744>

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

Bundesministerium für Gesundheit (2024). Pflegeberufegesetz. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/pflegeberufegesetz>

Bühler, S. (2022). Ausbildungs-

report Pflegeberufe 2021. Ver.di-Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft. Ver.di-Jugend

Campus Berlin (2023). Fort- und Weiterbildung- In der Pflege hört das Lernen nie auf. <https://www.campus-berlin.de/blog/karriere-in-der-pflege-mit-fortbildung-weiterbildung/>

Coenen, M. & Domjanovic, M. (2024). Umsetzung der berufspädagogischen Pflichtfortbildungen für Praxisanleitende in der Pflege. Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen. Abteilung Köln. Fachbereich Gesundheitswesen

Dommasch, N., Herrmann, E., Keller, C., Knels, D., Kriesel, C., Mochmann, M., Möller, F., Pischon, K., Roth, B., Schützka, D., Steinke, S., Werner, J. (2020). Ein Modellcurriculum für die berufspädagogische Zusatzqualifikation zur Praxisanleiterin / zum Praxisanleiter und ein Konzept für die berufspädagogischen Fortbildungen für Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter in der Pflegeausbildung im Land Brandenburg. Brandenburgische Technische Universität.

Ertl-Schmuck, R., Schaller, L., Fritzenwanker, M. & Schubert, P. (2021). Abschlussbericht – berufspädagogische-didaktische Qualifizierungsinitiative für praxisanleitendes Personal in Gesundheitsfachberufen (BeDiQUAPP). https://tu-dresden.de/gsw/ew/ibbd/gp/ressourcen/dateien/forschung/bediquapp-projekt/PA_Abschlussbericht_final_April_2021.pdf?lang=de

Ertl-Schmuck, R. (2021). Begleitmaterialien zur modularisierten und kompetenzorientierten Weiterbildungskonzeption für Praxisanleiter/innen im Rahmen des BeDiQUAPP-Projekts.

https://tu-dresden.de/gsw/ew/ibbd/gp/ressourcen/dateien/forschung/bediquapp-projekt/Begleitmaterialien_Projekt-PA_korrigierte-Fassung_08_11_2022.pdf?lang=de

Klein, Z., Peters, M., Gonzalez, D.G. & Dauer, B. (2021). Empfehlungen für Praxisanleitende im Rahmen der Pflegeausbildung nach dem Pflegeberufegesetz (PflBG). Bundesinstitut für Berufsbildung Bonn

KrPflG [Krankenpflegegesetz] (2003). Paragraph 1

Landesdirektion für Inneres, Soziales und Gesundheit Sachsen (2024). Gesundheitsfachberufe: Nachweispflichten in Bezug auf die Befähigung der Praxisanleiter im Rahmen der Pflegeausbildung nach dem Pflegeberufegesetz (PflBG). https://www.lids.sachsen.de/soziales/?ID=16868&art_param=735

Leibig, A & Sahmel, K.-H. (2019). Methodische Kompetenzen von PraxisanleiterInnen für die hochschulische Ausbildung. Hogrefe. <https://doi.org/10.1024/1861-6186/a000467>

Meißner, C. (2024). Pflegeberufegesetz. <https://www.pflege.de/pflegegesetz-pflegerecht/pflegeberufegesetz/>

Meyer, R. (2018). Professionalisierung, Professionalität und Professionalisierbarkeit. Springer Fachmedien

Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg (2024). Aktuelle Informationen zur Praxisanleitung nach dem PflBG

Mamerow, R. (2016). Praxisanlei-

tung in der Pflege. 5 aktualisierte Auflage. Springer Olbrich, C. (2024). Wissen eigenverantwortlich generieren. Die Schwester – Der Pfleger, 7(2024), S. 74-77

doch-mal.de – das online Magazin

PfIBG [Pflegerberufegesetz] (2017). Paragraf 2 und Paragraf 4, Absatz 3

PfIAPrV [Pflegerberufe Ausbildungs- und Prüfungsverordnung] (2017). Paragraf 4, Absatz 1 und Paragraf 4, Absatz 3

Timmreck, C., Gerngras, C., Klauke, M. & Uth, P. (2017). Pflegestudie 2017 – Zum status Quo und der Zukunft von Fort- und Weiterbildungen in den Pflegerberufen. Hochschule Niederrhein

Stahl, H. (2021). Was brauchen Praxisanleitungen? – Erkenntnisse einer Bedarfserhebung zur Gestaltung jährlicher berufspädagogischer Fortbildungen. PA-DUA, 16 (1), S. 51–56 <https://doi.org/10.1024/1861-6186/a000596>

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

Tschupke, S. & Meyer, I. (2020). Professionalisierung von Praxisanleitenden in der Pflege – Ein Fall für die Wissenschaftliche Weiterbildung?!. Zeitschrift Hochschule und Weiterbildung. S. 27-33. <https://doi.org/10.25656/01:21365>

Weyland, U. & Koschel, W. (2021) Qualifizierung von Praxisanleiter*innen in den Gesundheitsfachberufen – ein digital gestützter Ansatz am Beispiel der generalistischen Pflegeausbildung. Denk-

Eingereicht: 06.07.2025
Genehmigt: 14.07.2025

doi: 10.61034/LLiG-35

Johanna Aigner
M. Sc.
wissenschaftliche
Mitarbeiterin in der
Abteilung „Versorgung
und Teilhabe“ am Bayerischen
Zentrum Pflege Digital an
der Hochschule für
angewandte Wissen-
schaften Kempten



Henriette Schulz
B. Sc.
studentische Hilfskraft
in der Abteilung
„Versorgung und Teil-
habe“ am Bayerischen
Zentrum Pflege Digital
an der Hochschule für
angewandte Wissen-
schaften Kempten



Julia Noll
B.A.
studentische Hilfskraft
in der Abteilung
„Versorgung und Teil-
habe“ am Bayerischen
Zentrum Pflege Digital
an der Hochschule für
angewandte Wissen-
schaften Kempten



Dr. Florian Fischer
Experte im Bereich
Public Health und
Leitung der Abteilung
„Versorgung und Teil-
habe“ am Bayerischen
Zentrum Pflege Digital
an der Hochschule für
angewandte Wissen-
schaften Kempten



Handlungskompetenz am Übergang in den Pflegefachberuf – zwischen Ideal und Transitionsschock

Zusammenfassung

Die Anforderungen an werdende Pflegefachpersonen am Übergang in ihre verantwortliche Rolle zur Steuerung der Versorgung sind heute höher denn je. Mittels angepasster Ausbildungsverordnungen oder Gesetzesverfahren zum erweiterten Kompetenzeinsatz werden ihnen aktuell Türen geöffnet, durch die sie jedoch (noch) nicht treten können. Vorhandene Regelungen zur Unterstützung im Rahmen der praktischen Ausbildung können die Bedarfe in dieser Übergangsphase nicht auffangen. Deshalb untersucht das Regionale Kompetenzzentrum für innovative und gesunde Arbeit im Sozial- und Gesundheitswesen der Region Alb-Bodensee-Iller (KomplIGA) Möglichkeiten der Kompensation. Im Rahmen qualitativer Interviews mit Führungskräften aus der professionellen Pflegepraxis (n=26) – und unterstützt durch Erkenntnisse aus einem narrativen Review – konnten Veränderungsbedarfe und -potentiale identifiziert werden. Unterstützung bieten können entsprechende Programme, die sich explizit an Personen in der Übergangsphase zur Pflegefachperson richten. Diese setzen neben innovativen Lehr-Lern-Methoden auf eine Verteilung von Zuständigkeiten in der Vermittlung von Wissen auf verschiedene Personen. In der Studie wurde eine erhebliche Diskrepanz zwischen internationalen Standards transitionsfokussierter Begleitung und der praktischen Realität werdender Pflegefachpersonen in

Deutschland identifiziert. Strukturierte Programme zur Entwicklung von Entscheidungs- und Steuerungskompetenzen während der Übergangsphase fehlen weitestgehend, obwohl internationale Beispiele erfolgreiche Ansätze wie partizipative Übergangsprogramme und praxisnahe Szenarien demonstrieren. Als Alternative zu den ressourcenbegrenzten klassischen Betreuungsstrukturen wird der Einsatz erfahrener Pflegefachpersonen als Mentor/-innen für spezifische Kernkompetenzen vorgeschlagen, wobei eine umfassende Vorbereitung und organisationale Unterstützung zur Gewährleistung einer adäquaten Lernkultur essentiell sind.

Summary

Demands on nurses at the end of their training and in transition towards responsible roles are higher than ever. Despite recent regulatory changes in the ability to use their skills, several barriers still apply to nurses. Current programs do not meet the needs of nursing staff transitioning from a trainee to a responsible nurse. The Regional Competence Centre for Innovative and Healthy Work in the Social and Healthcare Sector in the Region Alb-Bodensee-Iller (KomplIGA) is investigating compensation strategies. Qualitative interviews with managers from professional nursing practice (n=26) – supported by findings from a narrative review – identified areas where change is needed and potential for change. Support can be provided

by appropriate programs that are explicitly aimed at people in the transition phase to becoming nursing professionals. These models rely on innovative teaching and learning methods as well as on the distribution of responsibilities in the transfer of knowledge on various persons. The study identified a significant discrepancy between international standards for transition-focused support and the practical reality for future nursing professionals in Germany. Structured programs for developing decision-making and management skills during the transition phase are largely lacking, even though international examples demonstrate successful approaches such as participatory transition programs and practical scenarios. As an alternative to the resource-limited traditional support structures, the use of experienced nursing professionals as mentors for specific core competencies is proposed, whereby comprehensive preparation and organizational support are essential to ensure an adequate learning culture.

Eine Forderung nach Handlungskompetenz von Pflegefachpersonen

Das Gesetz zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (BEEP) zielt auf eine Ausweitung der Möglichkeiten zur Anwendung pflegerischen Fachwissens ab. Doch was bedeutet das? Eine kompetente Pflege(fach)person kann einen gewissen Grad an Berufserfahrung vorweisen und ist in der Lage, Handlungen sowie weiterführende Ziele zu planen und umzusetzen. Daneben kann sie Prioritäten setzen und darauf basierend Aufgaben des Alltags effizient bewältigen (Benner, 2017, S. 67). Dies entspricht in wesentlichen Bestandteilen der kürzlich veröffentlichten Definition

durch das International Council of Nursing. Dort heißt es: Pflegefachpersonen haben spezielles Wissen und Fähigkeiten ihrer Disziplin entsprechend, welche in ihrer Praxis im Allgemeinen und in besonderen Situationen angewendet werden (White et al., 2025, S. 45). In der Konsequenz ist „Wissen [...] also wichtig, [es] muss jedoch in den erfordernden Situationen abgerufen werden können“ (Drossel, 2025, S. 155). Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass innerhalb eines Lernprozesses neben dem angestrebten Wissen auch die Sammlung von Erfahrungen für eine Entwicklung beruflicher Handlungskompetenz von zentraler Bedeutung ist (ebd., S. 156). Insbesondere für berufseinstiegende Pflegefachpersonen stellt dieser Anspruch eine Herausforderung dar. So schneiden sie in einem aktuellen europäischen sektorenübergreifenden Kompetenzvergleich mit Blick auf professionsspezifische Kompetenzen wie der Planung und Priorisierung der Pflege, also einer Form der Anwendung von Wissen z. B. zu Pflegephänomenen, eher mäßig ab (Kukkonen et al., 2025, S. 1 ff.). Dies lässt sich darauf zurückführen, dass die berufliche Pflege in Deutschland auf eine helfende, „dienende und aufopferungsvolle“ Rolle in hierarchischen Strukturen der Gesundheitsversorgung zurückblickt (Klie, 2024, S. 121). Dagegen können andere europäische Staaten (z. B. Litauen) eine lange Tradition der akademisierten und damit stärker identitätsformenden beruflichen Pflege vorweisen. Dennoch wird auch länderübergreifend auf die Notwendigkeit der Kompetenzentwicklung im Kontext der verantwortlichen Entscheidungsfindung hingewiesen (Serafin et al., 2020, o. S.).

Dabei dreht sich die Diskussion

um die Abgrenzung von Pflegefachpersonen zu anderen Berufsgruppen oder informell Pflegenden in Deutschland mitunter stets darum, einen echten Vorbehalt über die Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses (§ 4 Abs. 2 PflBG) zu erwirken und beizubehalten. Auch und gerade wegen ihrer Position als für die Versorgung Verantwortliche sowie Mitglieder eines interprofessionellen oder interdisziplinären Teams (Wolf & Vogd, 2018, S. 151) und ihrer spezifischen Kenntnisse um die individuelle Situation der Pflegeempfangenden (Koch und Scharrer, 2025, S. 146), muss diese Forderung mit der Fähigkeit zur Umsetzung in der Pflegeprofession verbunden sein. Nur so ist es Pflegefachpersonen als Spezialist/-innen möglich, evidenzbasiert, wertgebunden und autonom Entscheidungen für die Versorgung zu treffen (Peters, 2025, S. 135; White et al., 2025, S. 45).

Der Transitionsschock am Übergang von werdenden zu verantwortlichen Pflegefachpersonen

Um Berufseinstiegenden die Annäherung an dieses Ziel zu ermöglichen, ist es notwendig, sich mit den Herausforderungen der Übergangsphase von einer werdenden zu einer verantwortlichen Pflegefachperson zu befassen. So kann diese Phase bei fehlender Unterstützung mit einem Transitionsschock (häufig auch als „Praxischock“ bezeichnet) verbunden sein. Dieser bezieht sich auf das Erleben einer akuten und dramatischen Rollen Anpassung. Somit ist diese Phase durch Emotionen wie Angst, Unsicherheit und Frustration gekennzeichnet (Müller, 2020, S. 199). Ursächlich ist eine Diskrepanz zwischen Erwartung und Realität in der beruflichen Umgebung, welche letztlich zu einer

Belastung führt (Mielenz et al., 2023, S. 16). Eng mit diesen ggf. enttäuschten Erwartungen sind auch Bedürfnisse in Bezug auf die Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben verbunden (Labrague & De los Santos, 2020, S. 1070). Durch eine zu wenig strukturierte Mentor/-innenschaft (z. B. durch erfahrene Fachpersonen) und eine unzureichende praktische Ausbildung kann diese Belastung nochmals verstärkt werden (Twenhöfel et al., 2020, S. 107 ff.; Bauer & Drummer, 2024, S. 19, 21). Gesellschaftlich problematisch ist dieser erhebliche Einschnitt in das individuelle Wohlbefinden, da er zu einem vorzeitigen Berufsausstieg führen kann (Garcia González & Peters, 2021, S. 18).

Hilfreiche Strategien zur Vermeidung bzw. Bewältigung der Herausforderungen während dieser Übergangsphase umfassen verstärkte Investitionen in eine strukturierte Praxisausbildung (Twenhöfel et al., 2020, S. 107 ff.) und die Einführung von Bildungsräumen, die sich auf Bewältigungsstrategien sowie die Entwicklung von Resilienz konzentrieren (Mielenz et al., 2023, S. 16 ff.). Ein Versuch bestehende Lücken insbesondere am Ende der praktischen Ausbildung zu füllen besteht in expliziten Transitionsprogrammen (oder auch Traineeprogrammen) am Übergang in den Pflegefachberuf (Labrague & De los Santos, 2020, S. 1070 ff.). Solche Angebote können verschiedene positive Effekte auslösen. Dazu gehören die Stärkung des Reflexionsvermögens, des Selbstvertrauens und der Selbstwirksamkeit von Pflegefachpersonen (Ousey & Blackburn, 2019, S. 7 f.; Zhang et al., 2016, S. 143 f.; Chen et al., 2017, S. 11 ff.) sowie die Reduktion von Zugangsbarrieren in den Pflegeberuf (z. B. Stressempfinden). Sie sind dementsprechend ergänzende

Angebote zusätzlich zu bestehenden Ausbildungsangeboten.

Allerdings fällt insbesondere mit Blick auf die Situation in Deutschland auf: Programme für Berufseinstiegende (ggf. auch für Wiedereinstiegende) fokussieren deutlich stärker spezifisches Wissen zu Versorgungssituationen oder -aspekten aufgrund von bestimmten Krankheitsbildern und Pflegephänomenen als übergreifende Kompetenzen. Einzelne Angebote fokussieren die Weiterqualifizierung für Managementpositionen, bieten aber keine explizite Förderung von anwendungsbezogenen Steuerungskompetenzen für Pflegefachpersonen.

Rahmenbedingungen der Kompetenzentwicklung innerhalb der praktischen Pflegeausbildung

Grundsätzlich soll die praktische Ausbildung in Einrichtungen nach § 7 PflBG auf der Grundlage eines vom Träger der praktischen Ausbildung (der Organisation) zu erstellenden Ausbildungsplans durchgeführt werden. Dieser wird mithilfe eines individuellen Ausbildungsnachweises strukturiert (§ 4 PflAPrV). Die Pflegeschule unterstützt die praktische Ausbildung durch die von ihr in angemessenem Umfang zu gewährleistenden Praxisbegleitungen. Werdende Pflegefachpersonen sollen dabei von Praxisanleitenden in enger Zusammenarbeit mit den Pflegeschulen auf die beruflichen Herausforderungen als Pflegefachpersonen vorbereitet werden. Die Einhaltung des Anteils von 10% an Praxisanleitung während eines praktischen Einsatzes ist dabei verpflichtend – so die Pflegeberufes-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung. Das Pflegeberufegesetz (§ 6 Abs. 3) gibt zudem Auskunft über die erweiterte Rolle von Praxisanleitenden der Praxiseinrich-

tungen in der Zusammenarbeit mit Pflegeschulen durch die generalistische Pflegeausbildung: Praxisanleitende nehmen im Rahmen der praktischen Abschlussprüfungen an der Notenfindung teil. Damit sie diese wichtigen Aufgaben im Sinne der Gesetzgebung ziel führend erfüllen können, muss eine berufspädagogische Zusatzqualifikation im Umfang von mindestens 300 Stunden vorliegen. Zusätzlich müssen jährliche Fortbildungen im Umfang von 24 Stunden nachgewiesen werden (Benz, 2025, S. 193).

Dieser gesetzliche Anspruch gegenüber Organisationen der Pflege an die Ausbildung von werdenden Pflegefachpersonen führt zu einer bereits viel diskutierten Kluft. Positiv bewährt hat sich hier eine vollständige Freistellung der Praxisanleitenden. Dennoch bestehen je nach örtlichen Gegebenheiten wiederkehrend Schwierigkeiten für einen reibungslosen Ausbildungsverlauf aufgrund der mangelnden Verfügbarkeit von Praxisanleitenden (Benz, 2025, S. 194). Dies ist möglicherweise darauf zurückzuführen, dass Einrichtungen des Gesundheitswesens nicht per se als Bildungseinrichtungen zu verstehen sind – auch wenn sie Träger der Ausbildung sind. Sie können sich gegenseitig in der Ausübung ihrer Zwecke befruchten aber nicht bestimmen (Luhmann, 2013, o. S.). Organisationen der Pflege haben primär den Auftrag eine pflegefachliche Versorgung zu erbringen. Die Ausführungen in den Gesetzgebungen bergen jedoch das Risiko einer Vermischung der Ziele dieser Organisationen (Versorgung und Bildung; Brinker-Meyendriesch, 2023, S. 28 ff.). So gilt es gemeinsam für Pflegeschulen und Pflegeeinrichtungen, Ausbildung, Praxisanleitung und Versorgung in Einklang zu bringen.

Dieser Problematik nimmt sich das Regionale Kompetenzzentrum für innovative und gesunde Arbeit im Sozial- und Gesundheitswesen in der Region Alb-Bodensee-Iller (KomplGA) an. Es entwickelt, erprobt und evaluiert Konzepte und Lösungsansätze für eine gesunde Arbeitsgestaltung im Sozial- und Gesundheitswesen, insbesondere auch für die professionelle Pflege. Mitarbeitende und Führungskräfte aus der Praxis sowie Forschungseinrichtungen werden eingebunden, um gemeinsam an verschiedenen Anwendungsszenarien (z. B. selbstorganisierte Teams oder Kompetenzentwicklung) zu arbeiten, die besonders stark unter dem Einfluss organisationsbezogener Strukturen und Zuständigkeiten stehen. Im Fokus stehen zukunftsorientierte Arbeits- und Organisationsstrukturen unter der Lupe der Arbeits- und Versorgungsforschung. Aus dieser Perspektive werden Chancen und Barrieren sowie Auswirkungen der Implementierung von partizipativ entwickelten (sozio-technischen) Innovationen betrachtet. In diesem Beitrag steht vor dem Hintergrund der zuvor beschriebenen Anforderungen und Herausforderungen während des Übergangs von der Ausbildung in eine verantwortliche Rolle als verantwortliche Pflegefachperson die Frage im Vordergrund, wie entsprechende Transitionsprogramme zu gestalten sind. Dabei wird zum einen auf internationale Vorbilder eingegangen, die auf Basis einer Literaturrecherche identifiziert wurden. Zum anderen werden konkrete Erwartungen und Erfahrungen von Vertreter/-innen aus der Pflegepraxis dargestellt, welche über qualitative Expert/-inneninterviews erhoben wurden.

Methodik

Grundlage für einen strategischen Implementierungsprozess und die Konzeption einer solchen Innovation ist eine theoretische Fundierung (De Geest et al., 2020, 1 ff.). Das Vorgehen wird daher anhand gängiger Rahmenpläne (MRC Framework; CFIR 2.0) strukturiert, die zu einer Reduktion der Komplexität des Einsatzfeldes (Reed et al., 2019) führen sollen und auf einen möglichst ganzheitlichen Entwicklungsweg abzielen (Skivington et al., 2021, S. 1 ff.; Damschroder et al., 2022, S. 1 ff.). Ein integraler Bestandteil ist die Zusammenarbeit mit Praxiseinrichtungen aus dem Kompetenzzentrum, aus welcher u. a. eine Analyse der institutionellen Kontexte entstanden ist. Diese Bestrebungen zielen in ihrer Kombination auf die Analyse des Kontextes für die geplante Einführung eines Übergangsprogrammes für werdende Pflegefachpersonen ab.

Konkret erfolgte eine Organisationsdiagnostik mittels qualitativer, teilstrukturierter Interviews. Die Organisationsdiagnostik als Instrument legt einerseits den Grundstein für ein tiefergehendes Verständnis der Arbeitswelt im Sozial- und Gesundheitswesen im Allgemeinen und trägt darüber hinaus zu einem fundierten Wissen über die jeweilige Organisation bei. Die externe Perspektive ermöglicht dabei zwar eine vertiefte Auseinandersetzung mit der Kultur der jeweiligen Organisation, stellt jedoch keine „objektive“ Wahrheit dar. Stattdessen bietet sie mithilfe einer kritischen Reflexion ein besseres Verständnis für das Wesen einer Organisation an. Erkenntnisse aus einer Organisationsdiagnostik werden mit Blick auf ihre Folgen interpretiert. Das Erkenntnisinteresse liegt hierbei insbesondere auf der Frage, in welcher Hinsicht eine bestimmte Haltung

die Organisation dabei fördert oder behindert, Veränderungen voranzutreiben. In unserem Fall fokussierte die Organisationsdiagnostik u. a. die folgenden Bereiche: Einbindung von Mitarbeitenden in den Veränderungsprozess, Zusammenarbeit und organisationales Lernen sowie die Entwicklung von Steuerungsfähigkeiten. Insbesondere die Perspektive von Führungskräften auf Pflegefachpersonen innerhalb der Transitionsphase birgt großes Potential aufgrund ihrer doppelten Rolle als strategische Planer:innen in und von Organisationen und als Entscheider:innen über Bildungsprozesse. Zudem handelt es sich hierbei um ein Forschungsdesiderat (Kukkonen et al., 2020, S. 4 ff.). Befragt wurden daher Führungskräfte (n=26), die entweder einen stärkeren Steuerungs- oder Versorgungsbezug haben. Für die Erhebung liegt ein positives Votum der Gemeinsamen Ethikkommission der Hochschulen Bayerns vor (GEHBa-202410-V-248). Das Sampling erfolgte telefonisch und via E-Mail. Dabei wurden die Teilnehmenden gezielt aufgrund der Zugehörigkeit ihrer Einrichtungen im Kompetenzzentrum sowie ihrer Position innerhalb ihrer jeweiligen Organisation angesprochen. Die Interviews erfolgten im Zeitraum von Oktober 2024 bis Februar 2025 und umfassten jeweils ca. 60 Minuten. Sie erfolgten in Präsenz innerhalb der jeweiligen Einrichtung (n=16) und digital via Teams oder Zoom (n=10).

Der Leitfaden basierte auf vorab identifizierten literaturbasierten Erkenntnissen zur Funktionsweise von Organisationen und relevanten Parametern im Hinblick auf kulturabhängige Veränderungsprozesse. Die oben benannten übergreifenden Bereiche wurde einheitlich in allen Organisationen erfasst und organisationsspezi-

fisch jeweils ergänzt um Fragen zu den spezifisch angestrebten Innovationen, z. B. dem zu entwickelnden Transitionsprogramm.

Die Interviews wurden audiotekhnisch aufgezeichnet und im Nachgang mittels OpenAI Whisper transkribiert. Die transkribierten Daten wurden zunächst pseudonymisiert und anschließend in MAXQDA (Version 24.5.1) ausgewertet. Die Auswertung folgte den Logiken der thematischen Analyse (Clarke et al., 2018, o. S.). Dabei erfolgte die Kategorisierung vollständig induktiv. Hauptkategorien wurden thematisch konkretisiert. Zwei Personen führten die Analyse durch und diskutierten die Inhalte in mehreren Schritten in Bezug auf einzelne thematische Schwerpunkte. Die iterative Bearbeitung der Interviewinhalte führte zur Verbindung der einzelnen Inhalte aus den Expert/-inneninterviews als einen Gesamtinhalt und einem Gesamtverständnis hierzu. Fokussiert wurden übergreifend Codeinhalte, die der Beantwortung der Forschungsinteressen dienlich waren.

Die Ergebnisse aus dem qualitativen Vorhaben werden im Folgenden bereits teilweise mit Erkenntnissen aus der Literatur unterlegt, welche sich aus einem narrativen Review ergeben haben. Durch Vergleiche mit bzw. Verweise auf internationale Perspektiven im Kontext von strukturierten Übergangsprogrammen für Pflegefachpersonen auf den Transitionschock und damit verbundenen Kompetenzbereiche soll ein tieferes Verständnis geschaffen werden.

Ergebnisse

Nachfolgend werden die Ergebnisse der Kontextanalyse im Rahmen der Entwicklung eines Transitionsprogramms (zunächst basierend auf den Erkenntnissen der narra-

tiven Literaturübersicht und darauf aufbauend aus den Interviews) vorgestellt und synthetisiert.

Internationale Vorbilder: Mentor/-innen statt Praxisanleiter/-innen

Die persönliche Vermittlung von Lerninhalten gegenüber den betreffenden Trainees in Transitionsprogrammen stellt eine Ressource dar. Hier wird auf positive Erfahrungswerte bei einer Begleitung durch erfahrene Pflegefachpersonen, sogenannte Mentor/-innen, verwiesen. Diese unterstützen Berufsanfänger/-innen dabei, mit den Herausforderungen der Pflegepraxis umzugehen und erfolgreich in den Beruf überzugehen (Zhang et al., 2016, S. 143 f.). Den Mentor/-innen kommt dabei eine Schlüsselrolle zu, da sie als Anleitende, Motivierende und Stützende für Berufsanfänger/-innen im beruflichen Orientierungsprozess fungieren (Dragusheva et al., 2018, S. 230). Sie sind jedoch zugleich hohen Erwartungen an eine adäquate Betreuung ausgesetzt (Gellerstedt et al., 2019, S. 1685 ff.). Um den Erfolg entsprechender Transitionsprogramme sicherzustellen, bedarf es der Auswahl geeigneter Mentor/-innen sowie ihrer angemessenen Vorbereitung vorab, um Berufsanfänger/-innen ausreichend unterstützen zu können. Eine gute Beziehung zwischen den Mentor/-innen und Berufsanfänger/-innen, die z. B. durch einen regelmäßigen Austausch gefördert wird, wirkt sich positiv auf die Effektivität des Programms aus (Zhang et al., 2016, S. 143 f.).

Als Mentor/-innen adressieren sie grundlegende Fähigkeiten in der Praxis für werdende Pflegefachpersonen in der Phase des Berufseinstiegs (Zhao et al., 2024, S. 3) und dienen zudem als Vorbildfigur, da von ihrer Berufserfahrung pro-

fitiert werden kann (Dragusheva et al., 2018, S. 230). Dabei stärkt insbesondere die eigenständige Durchführung praktischer Tätigkeiten, die dem Kenntnisstand der Berufsanfänger/-innen entsprechen, eine erfolgreiche Anwendung des erworbenen Wissens aus den Lehrveranstaltungen in der Praxis. Von der bloßen Übernahme von Aufgaben durch die Mentor/-innen im Sinne eines reinen Vorführs ohne aktive Einbindung des Trainees ist abzuweichen, denn das selbständige Arbeiten der angehenden Pflegefachpersonen trägt zu deren persönlichen Weiterentwicklung bei (Dragusheva et al., 2018, S. 230). Der Wechsel zwischen Anleitung und eigenständiger Durchführung ermöglicht im Hinblick auf die Übernahme von Verantwortung ein geschütztes Übungsszenario. Zugleich werden die jeweiligen Rollen von Trainees und Mentor/-innen sowie weiteren Beteiligten innerhalb der Programme definiert, damit klare Zuständigkeitsbereiche abgesteckt und ein einheitliches Rollenverständnis gefördert werden können (Wallander Karlsen et al., 2023, S. 3671). Überdies wird mit der begleiteten Anwendung von Wissen in der Praxis eine Erhöhung des Selbstvertrauens verfolgt (Hampton et al., 2021, o. S.).

Internationale Vorbilder: Lehr- und Lernräume für den Übergang

Im Kontext einer Kompensation des Transitionsschocks können unterschiedliche Lehr- und Lernmethoden zum Einsatz kommen. Eine Grundlage ist das Bestreben, aktuelle Fachkenntnisse anhand von Szenarien möglichst praxisnah nachzubilden, zu üben und daran zu lernen (Zhao et al., 2024, S. 4; Hsu et al., 2015, S. 37 ff.; Yan et al., 2022, S. 9). Dabei werden

insofern zudem befähigende, partizipative und interaktive Gestaltungsansätze für jene Bildungsprogramme genutzt (Griscti & Jacono, 2006, S. 449 ff.) – ganz im Sinne einer verantwortlichen Rolle. Für die konkrete Wissensvermittlung werden daher verschiedene Formate vorgeschlagen. Dazu zählen auch digitale oder hybride Kurse, da sie verglichen mit Präsenzveranstaltungen eine höhere zeitliche und räumliche Flexibilität für die Teilnehmenden ermöglichen (Horiuchi et al., 2009, S. 140 ff.). Dieser Ansatz greift Erwartungen an die Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben auf (Labrague & De los Santos, 2020, S. 1070). Eine weitere Methode, die einer rein passiven Informationsvermittlung entgegenwirken soll und häufig zur Wissensvermittlung im Rahmen von Weiterbildungs- und Traineeprogrammen genutzt wird, ist das Simulationstraining. Dabei werden praxisnahe Übungen über szenario-basierte oder virtuelle Simulationen angeboten (Hsu et al., 2015, S. 37 ff.; Zhao et al., 2024, S. 4; Yan et al., 2022, S. 9). Der Vorteil dieser Herangehensweise liegt darin, dass Pflegefachpersonen ihre Fähigkeiten durch praktische Übungen verbessern können, ohne dabei die Sicherheit der zu Pflegenden zu gefährden. Solche Übungen zur Verbindung von Theorie und Praxis können vielfach unbegrenzt wiederholt werden (Zhao et al., 2024, S. 9). Weitere zentrale Bestandteile für ein gelingendes gemeinsames Lernen sind ein wertschätzendes und fürsorgliches Feedback (Hampton et al. 2021, o. S.) sowie die Förderung der Teamintegration (Mielenz et al., 2023, S. 16 f.). Diese Bausteine gleichen in einigen Punkten den übergreifenden Bedarfen an Kompetenzentwicklungsprozesse, müssen in ihrer Kombination durch Befähigung, Flexibilisierung

und Integration in Praxis(-teams) aber besonders ernst genommen werden.

Von internationalen Vorbildern zu Diskrepanzen in der bundesweiten Praxis

Innerhalb der Organisationsdiagnostik wurden Abweichungen der dort beschriebenen Verfahren zur Wissensvermittlung von Idealszenarien aus dem internationalen Vergleich identifiziert. Insbesondere mit Blick auf die beschriebenen Notwendigkeiten gegenüber trainierten Fähigkeiten von Pflegefachpersonen sowie zugänglichen Formaten lassen sich entsprechende Diskrepanzen erkennen. Dennoch formulieren die Führungskräfte auch klare Forderungen und Wünsche an Pflegefachpersonen im Übergang:

- *Steuerungs- und Entscheidungsfähigkeiten* werden grundsätzlich als bedeutend für eine Vermittlung im Rahmen von Transitionsprogrammen erachtet. Hintergrund ist für die Befragten die Möglichkeit in einer Form von Learning by Doing neues Wissen zu erwerben, das erfolgte Verhalten zu überdenken und darüber den Sinn der Arbeit verstehen. Zudem wird eine transparente und partizipative Entwicklung solcher Programme als sinnvoll angesehen. Ein iterativer Prozess könnte Flexibilität und Anpassungsvermögen fördern. Allerdings bestehen Bedenken im Hinblick darauf, ob entsprechende Situationen einer Wissensvermittlung ausreichend vorbereitet werden können. Die Lehrenden und Lernenden sollten über ein Bewusstsein für ihre Position innerhalb der Gruppe verfügen, um ein vertrauensvolles Lernen zu ermöglichen. Eine Idee zur Umsetzung be-

steht darin, Entwicklungsschritte im Sinne von konkreten Projekten festzuhalten. Diese könnten zu Aktivität und Kreativität anregen, statt lediglich eine reine Wissensabfrage (z. B. in Form von Tests) vorzunehmen. Spielerische Elemente durch Online-Anzeigen des Fortschritts oder dem Erwerb von Awards könnten zudem genutzt werden, um die Motivation zu erhöhen.

- *Integration und Zusammenarbeit* werden im Kontext der Förderung von Lernerfolgen als sinnvoll bewertet. Allerdings äußern die befragten Führungskräfte in diesem Zusammenhang, dass es unterschiedliche Wahrnehmungen und Ausübungen von Zusammenarbeit gibt: Einerseits Personen, die Versorgungsaufgaben vorgeben und an andere delegieren und andererseits jene, die sich als übermäßig Umsetzende empfinden und dem Erfordernis nach Zusammenarbeit nur aufgrund des Wunsches nach guter Versorgung nachgeben. Daneben gibt es aufgrund von Überforderung weitere Konflikte: Ein professionelles „Ich arbeite mit jedem gleich – [...] funktioniert in der Theorie, aber in der Praxis [...] nicht“ (OrgaD 1/2, Pos. 92). Bislang wird bei aufkommenden Fragen oder Unsicherheiten eher Unterstützung bei der Führungskraft gesucht, als dass sich Mitarbeitende gegenseitig unterstützen. Wünschenswert wäre jedoch, dass eine Zusammenarbeit mit Mentor/-innen flexibel auf Basis ihrer Fähigkeiten und Kompetenzen in verschiedenen Bereichen möglich ist. Hierbei wird von einer Vielzahl an Ansprechpersonen für die

Wissensvermittlung ausgegangen, um Ideenreichtum zu ermöglichen. Außerdem sollten diese Personen möglichst unmittelbar vor Ort ansprechbar sein. Besonderes Potential wird in Personen gesehen, die bereits an Schnittstellen agieren und somit einen engen Kontakt zu verschiedenen Akteur/-innen pflegen. Daneben besteht eine positive Erwartungshaltung gegenüber festen Lernbuddys für ein gemeinsames Lernen über Kolleg/-innen. Beispielfähig werden hier Personen in unterschiedlichen Stadien der Ausbildung oder Berufserfahrung genannt. So besteht die Möglichkeit, dass alle etwas einbringen können und dafür anerkannt werden. Bislang bestehen in Bezug auf die Gestaltung klassischer Lehr-Lernsituationen insbesondere Herausforderungen, welche die Personalausstattung betreffen.

- **Rollenfindung und Reflexion:** Im Rahmen von Transitionsprogrammen sollten Trainees aktiv zur Selbstreflexion angeregt werden. Das bedeutet, dass eigene Werte und Erwartungen bewusst wahrgenommen werden sollten. Eine offene Fehlerkultur und die Anwendung sachlicher Kritik könnten helfen dies zu stärken. Trainees sollten lernen, eigene Schwerpunkte und Fähigkeiten zu identifizieren und zu priorisieren. Diese Fähigkeiten sollten daher u. a. bei der Fortschrittskontrolle gefördert werden. Um dies zu ermöglichen, sollte ihnen hierfür ein gewisser Freiraum geboten werden, jedoch ohne die Lernenden allein zu lassen. Gewünscht ist eine Feedbackkultur im Sinne einer Kommu-

nikation auf Augenhöhe, die von gegenseitiger Anerkennung und Vertrauen geprägt ist. Erfolgserlebnisse könnten in einem Dankbarkeitsbuch festgehalten werden, um als positive Verstärker zu wirken.

Diskussion

Die beschriebenen Erkenntnisse zeigen eine große Spannweite von dem internationalen Ideal einer transitionsfokussierten Begleitung in der Praxis zu den Herausforderungen der werdenden Pflegefachpersonen in der professionellen Pflege in Deutschland. Pflegefachpersonen sind aber nur dann als kompetent zu verstehen und agieren ihrer Profession entsprechend, wenn sie die fachpflegerische Versorgung systematisch planen und darin priorisieren (Benner, 2017, S. 67; White et al., 2025, S. 45). Das BEEP beabsichtigt, dass Pflegefachpersonen ihr Wissen zur Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses anwenden können. Dabei stoßen jedoch insbesondere Berufseinsteiger/-innen an ihre Grenzen (Kukkonen et al., 2025, S. 1 ff.), was im schlimmsten Fall zu einer Aufgabe des Berufs führen kann (Müller, 2020, S. 200). Daher sind realistische Maßnahmen zur Kompensation dieses Spannungsfeldes unumgänglich. Die in der Organisationsdiagnostik erhobenen Daten zeigen, dass Szenarien zur Steuerung der Versorgung für Pflegefachpersonen am Übergang in eine verantwortliche Rolle (und damit einer Entwicklung beruflicher Handlungskompetenz; Drossel, 2025, S. 156) bislang eher eine Wunschvorstellung als Realität sind. Obwohl insbesondere Entscheidungs- und Steuerungsfähigkeiten in diesem Kontext durchaus als wichtig für werdende Pflegefachpersonen erkannt werden, gibt es keine klare

Struktur zur Entwicklung dieser Kompetenzen. Dabei bieten internationale Publikationen bereits diverse Positivbeispiele, wie z. B. einen Entwurf zur partizipativen Entwicklung von Übergangsprogrammen (Griscti & Jacono, 2006, S. 449 ff.) oder die Nachbildung von praxisnahen Szenarien, welche durch ihre Flexibilität die Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben positiv beeinflussen (Zhao et al., 2024, S. 4; Hsu et al., 2015, S. 37 ff.; Yan et al., 2022, S. 9). Solche Ansätze begegnen dem Wunsch nach kreativen Projekten zur Anwendung und Prüfung von Wissen.

Bekannt ist darüber hinaus, inwieweit Lernen in einer Zusammenarbeit die Integration in ein Team und wiederum den Lernerfolg fördern kann (Twenhöfel et al., 2020, S. 107 ff.; Bauer & Drummer, 2024, S. 21 ff.). Gesetzliche Vorgaben zum Umfang der Betreuung durch Praxisanleitende (Benz, 2025, S. 193) während der praktischen Ausbildung sollten diesem Risiko bereits entgegenwirken. Sie tun es aber zumeist nicht. Obwohl Praxisanleitende über eine berufspädagogische Zusatzqualifikation verfügen und formal verantwortlich als Ansprechperson für jegliche Lehr- und Lehrsituation in der Praxis sind, fehlen die Möglichkeiten zur Nutzung ihrer Ressourcen und zur Gewährleistung der notwendigen Unterstützung. Eine echte Alternative stellt die Idee dar, für bestimmte professionsspezifische Kernkompetenzen, wie der Fähigkeit sich zu organisieren und Entscheidungen zu treffen, andere Personen einzusetzen. Erfahrene Pflegefachpersonen nutzen genau diese Fähigkeiten regelhaft und sind somit kompetent (Benner, 2017, S. 67; White et al., 2025, S. 45). Solche Pflegefachpersonen könnten für diese spezifischen Bereiche (Zhao et al., 2024, S. 3) als

Mentor/-innen agieren und Praxisanleitende entlasten. Sie würden damit zum einen Berufsanfänger/-innen als Teammitglieder unterstützen erfolgreich in den Beruf überzugehen (Zhang et al., 2016, S. 143 f.; Dragusheva et al., 2018, S. 234) und zum anderen bietet ihnen selbst dies ein weiteres Handlungsfeld, um ihr Wissen zu transferieren. Ein solches Vorgehen könnte ergänzend zu bestehenden Strukturen der Ausbildung angeboten werden.

Die Perspektive der befragten Führungskräfte auf aktuelle Praktiken und Erfordernisse macht aber auch deutlich: Eine solche Form der Zusammenarbeit erfordert ausreichend Vorbereitung und Moderation. Innerhalb der bestehenden Teamgefüge sind bis dato Störungen durch unklare Rollen- und Aufgabenverteilungen und damit verbundene Hierarchiegefälle vorhanden. Ein sukzessive implementiertes teambasiertes Lernen mit einer festen Verteilung von Aufgaben im Lernprozess könnte jedoch ein einheitliches Rollenverständnis von Lehrenden, Lernenden und Pflegefachpersonen im Allgemeinen fördern (Wallander Karlsen et al., 2023, S. 3671). Auffällig ist die Präferenz von Selbsthilfe bzw. gegenseitiger Hilfe, statt einer Unterstützung durch die Führungskraft. Allerdings wird in diesem Kontext bislang nicht die Förderung des Teamgefüges betrachtet (Mielenz et al., 2023, S. 16 f.).

Eine Einführung von Bildungsräumen, die sich auf Bewältigungsstrategien und die Entwicklung von Resilienz konzentrieren (Mielenz et al., 2023, S. 16 f.), erscheint eher möglich. So ist es eine gängige Aufgabe für werdende Pflegefachpersonen im Rahmen von Prüfungssituationen ihre Versorgung zu reflektieren. Neu wäre es hier beispielsweise,

bewusst das Wissen zu ihrer Berufsgruppe übergreifend in Beziehung zur eigenen Tätigkeit im Versorgungsalltag zu setzen. Solche Gedankengänge erfordern Übung und Zeit, damit sie nachhaltig das Reflexionsvermögen und die Selbstwirksamkeit stärken (Ousey & Blackburn, 2019, S. 7 f.; Zhang et al., 2016, S. 143 f.; Chen et al., 2017, S. 11 ff.). Letztlich geht es hierbei um die Gewährleistung von zeitlichen Kapazitäten (und damit strukturellen Aspekten) und einer anerkennenden Perspektive auf die vorgenommene Reflexion von außen.

Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu beachten, dass es sich um Erkenntnisse aus einer Organisationsdiagnostik handelt, welche verschiedene Veränderungsprozesse von Einrichtungen im Sozial- und Gesundheitswesen betrachtete. Insofern waren die Interviews nicht explizit und ausschließlich auf das Thema des Transitionsschocks ausgerichtet. Zudem ist zu berücksichtigen, dass es sich um Einrichtungen in einer ländlich geprägten Region in Süddeutschland handelt, sodass sich die Frage nach einer Verallgemeinerbarkeit stellt.

Fazit

Die Ergebnisse des vorliegenden Beitrags bilden zum einen Beispiele internationaler Transitionsprogramme ab. Hier liegen häufig stark abweichende Rahmenbedingungen vor – in Bezug auf Voraussetzungen der Lernenden aber auch der Organisationen. Insbesondere mit Blick auf eine stark strukturgebundene Vermittlung von Wissen in Praxiseinrichtungen der professionellen Pflege in Deutschland bleibt die Anwendbarkeit daher eine Herausforderung.

Dennoch können gerade durch die Perspektivierung von betroffenen

Führungskräften auf der anderen Seite deren priorisierte Kompetenzanforderungen an werdende Pflegefachpersonen am Übergang Schnittstellen aufgezeigt werden, die zur Entwicklung von Alternativpraktiken für einzelne Lehr- und Lernsituationen anregen. Denn bislang bestehen in Bezug auf die Gestaltung klassischer Lehr-Lern-Situationen innerhalb der praktischen Pflegeausbildung insbesondere Herausforderungen, welche die Personalausstattung betreffen. Der Einsatz von erfahrenen Pflegefachpersonen als Mentor/-innen stellt daher eine Alternative für die Auslegung von Ausbildungsplänen in der Praxis dar. Diese Mentor/-innen müssen zugleich wertschätzend und vernetzend agieren. Ihnen würde eine nicht minder verantwortungsvolle Aufgabe als den Praxisanleitenden zuteil. Der ausgesprochene Bedarf nach einer umfassenden Vorbereitung sowohl der Pflegefachpersonen selbst als auch einer zugehörigen Organisation zur Gewährleistung der nötigen Lernkultur trifft daher den Nagel auf den Kopf.

Können diese Voraussetzungen geschaffen werden, besteht ein relevantes Potential in einer gemeinsamen Weiterentwicklung zentraler Steuerungs- und Reflexionsfähigkeiten durch werdende und bereits verantwortliche Pflegefachpersonen. Es geht um Kompetenzen, die heute bedeutender sind denn je, um autonom Entscheidungen für die Versorgung zu treffen.

Dieses Forschungs- und Entwicklungsprojekt (02L22C255) wird durch das Bundesministerium für Forschung, Technologie und Raumfahrt (BMFTR) im Programm „Zukunft der Wertschöpfung – Forschung zu Produktion, Dienstleistung und Arbeit“ gefördert und vom Projektträger Karlsruhe (PTKA)

betreut. Die Verantwortung für den Inhalt dieser Veröffentlichung liegt bei den Autor/-innen.

Literatur

- Bauer, P., & Drummer, K. (2024). Das Regionale Übergangsmanagement im Pflegesektor: Ergebnisse und Empfehlungen aus einer Untersuchung zum Übergang von der Schule in die Pflegeausbildung. Bundesinstitut für Berufsbildung.
- Benner, P. (2017). Stufen zur Pflegekompetenz: From novice to expert. Hogrefe.
- Benz, M. (2025). Grundlagen und Umsetzungsstrategien der praktischen Pflegeausbildung innerhalb der generalistischen Ausbildung. In E. Goller & C. Scharrer (Hrsg.), *Berufsfeldentwicklung Pflege: Gesundheitsversorgung sichern, Profession gestalten* (S. 190-197). Kohlhammer.
- Brinker-Meyendriesch, E. (2025). Die Grätsche in der Pflegeausbildung – theoriegeleitete Ermittlungen eines auf Mitverantwortung und Mitsteuerung gerichteten Handelns aller Beteiligten. *Lehren und Lernen im Gesundheitswesen*, 13, 28-31.
- Chen, S. H., Chen, S. C., Lee, S. C., Chang, Y. L., & Yeh, K. Y. (2017). Impact of interactive situated and simulated teaching program on novice nursing practitioners' clinical competence, confidence, and stress. *Nurse Education Today*, 55, 11-16. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.04.025>
- Clarke, A., Friese, C., & Washburn, R. S. (2018). *Situational analysis: Grounded theory after the interpretive turn*. SAGE Publications.
- Damschroder, L. J., Reardon, C. M., Opra Widerquist, M. A., & Lowery, J. (2022). The updated Consolidated Framework for Implementation Research based on user feedback. *Implementation Science*, 17, 75. <https://doi.org/10.1186/s13012-022-01245-0>
- De Geest, S., Zúñiga, F., Brunkert, T., Mieke, D., Zullig, L. L., Wyss, K., & Utzinger, J. (2020). Powering Swiss health care for the future: Implementation science to bridge „the valley of death“. *Swiss Medical Weekly*, 150, w20323. <https://doi.org/10.4414/smww.2020.20323>
- Dragusheva, S., Petleshkova, P., Kasnakova, P., & Mavrov, M. (2018). The independent actions of trainee nurses during the pre-graduation traineeship. *Trakia Journal of Sciences*, 16(1), 229-234.
- Drossel, M. (2025). Kompetenzbildung- und Entwicklung der Profession Pflege. In E. Goller & C. Scharrer (Hrsg.), *Berufsfeldentwicklung Pflege: Gesundheitsversorgung sichern, Profession gestalten* (S. 155-164). Kohlhammer.
- Garcia González, D., & Peters, M. (2021). Ausbildungs- und Studienabbrüche in der Pflege – ein integratives Review. Bundesinstitut für Berufsbildung.
- Gellerstedt, L., Moquist, A., Roos, A., Karin, B., & Craftman, Å. G. (2019). Newly graduated nurses' experiences of a trainee programme regarding the introduction process and leadership in a hospital setting – A qualitative interview study. *Journal of Clinical Nursing*, 28(9-10), 1685-1694. <https://doi.org/10.1111/jocn.14733>
- Griscti, O., & Jacono, J. (2006). Effectiveness of continuing education programmes in nursing: Literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 55(4), 449-456. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03940.x>
- Hampton, K. B., Smeltzer, S. C., & Gunberg Ross, J. (2021). The transition from nursing student to practicing nurse: An integrative review of transition to practice programs. *Nurse Education in Practice*, 52, 103031. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2021.103031>
- Horiuchi, S., Yaju, Y., Koyo, M., Sakyo, Y., & Nakayama, K. (2009). Evaluation of a web-based graduate continuing nursing education program in Japan: A randomized controlled trial. *Nurse Education Today*, 29(2), 140-149. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2008.08.009>
- Hsu, L. L., Chang, W. H., & Hsieh, S. I. (2015). The effects of scenario-based simulation course training on nurses' communication competence and self-efficacy: A randomized controlled trial. *Journal of Professional Nursing*, 31(1), 37-49. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2014.05.007>
- Klie, T. (2024). *Pflegenotstand? Eine Streitschrift*. Hirzel.
- Koch, M., & Scharrer, C. (2025). Aktuelle Herausforderungen für Profession und Handlungsfeld. In E. Goller & C. Scharrer (Hrsg.), *Berufsfeldentwicklung Pflege: Gesundheitsversorgung sichern, Profession gestalten* (S. 138-154). Kohlhammer.
- Kukkonen, P., Koskinen, S., Fuster-Linares, P., Bondas, T., Azimrad, M., Åstedt-Kurki, P., ... & Salminen, L. (2025). The professional competence of newly graduated nurses in the transition phase as assessed by nurse managers: A descriptive cross-sectional multi-national study. *Journal of Research in Nursing*. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03940.x>

- org/10.1177/17449871241311543
- Kukkonen, P., Leino-Kilpi, H., Koskinen, S., Salminen, L., & Strandell-Laine, C. (2020). Nurse managers' perceptions of the competence of newly graduated nurses: A scoping review. *Journal of Nursing Management*, 28(1), 4-16. <https://doi.org/10.1111/jonm.12891>
- Labrague, L., & De los Santos, J. A. A. (2020). Transition shock and newly graduated nurses' job outcomes and select patient outcomes: A cross-sectional study. *Journal of Nursing Management*, 28(5), 1070-1079. <https://doi.org/10.1111/jonm.13033>
- Luhmann, N. (2013). *Macht im System*. Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft.
- Mielenz, M. O., Seidel, K., Fuchs, P., & Wellmer, S. (2023). *Praxischock – Zentrales Abbruchmotiv in der Pflege?* Bundesinstitut für Berufsbildung.
- Müller, B. (2020). Vom Honeymoon in die Realität: Der Übergang der Young Professionals in die berufliche Pflegepraxis. *PADUA – Die Fachzeitschrift für Pflegepädagogik*, 15(4), 195-201. <https://doi.org/10.1024/1861-6186/a000566>
- Ousey, K., & Blackburn, J. (2019). The positive impact of training and education on nurses' competence and confidence. *Wounds UK*, 15(1), 7-8.
- Peters, A. K. (2025). Professions- und Handlungsfeldbetrachtung. In E. Goller & C. Scharrer (Hrsg.), *Berufsfeldentwicklung Pflege: Gesundheitsversorgung sichern, Profession gestalten* (S. 127-137). Kohlhammer.
- Serafin, L., Danilewicz, D., Chyła, P., & Czarkowska-Pączek, B. (2020). What is the most needed competence for newly graduated generation z nurses? Focus groups study. *Nurse Education Today*, 94, 104583. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104583>
- Skivington, K., Matthews, L., Simpson, S. A., Craig, P., Baird, J., Blazeby, J. M., ... & Moore, L. (2021). A new framework for developing and evaluating complex interventions: Update of Medical Research Council guidance. *BMJ*, 374, n2061. <https://doi.org/10.1136/bmj.n2061>
- Twenhöfel, R., Machl, V., & Memmel, D. (2020). *Praxischock, Demotivation und Ausbildungsabbruch? PADUA – Die Fachzeitschrift für Pflegepädagogik*, 15(2), 107-112. <https://doi.org/10.1024/1861-6186/a000545>
- Wallander Karlsen, M. M., Sørensen, A. L., Finsand, C., Sjøberg, M., Lieungh, M., & Stafseth, S. K. (2023). Combining clinical practice and education in critical care nursing – A trainee program for registered nurses. *Nursing Open*, 10(6), 3666-3676. <https://doi.org/10.1002/nop2.1617>
- White, J., Gunn, M., Chiarella, M., Catton, H., & Stewart, D. (2025). *Renewing the definitions of 'nursing' and 'a nurse': Final project report*. International Council of Nurses. https://www.icn.ch/sites/default/files/2025-06/ICN_Definition-Nursing_Report_EN_Web_0.pdf
- Yan, J., Li, L., Li, J., Wang, S., Wu, X., Xiao, P., Zhong, Z., Ding, S., Xie, J., & Cheng, A. S. K. (2022). Stepwise Interactive Situated Training Program for Young Nurses' Safety Behavior and Interrupted Coping Behavior. *Healthcare*, 10(7), 1157. <https://doi.org/10.3390/healthcare10071157>
- Zhang, Y., Qian, Y., Wu, J., Wen, F., & Zhang, Y. (2016). The effectiveness and implementation of mentoring program for newly graduated nurses: A systematic review. *Nurse Education Today*, 37, 136-144. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.11.027>
- Zhao, Y., Xu, Y., Ma, D., Fang, S., Zhi, S., He, M., Zhu, X., Dong, Y., Song, D., Yiming, A., & Sun, J. (2024). The impact of education/training on nurses caring for patients with stroke: A scoping review. *BMC Nursing*, 23, 90. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-01754-x>

Eingereicht: 06.07.2025
Genehmigt: 28.07.2025

doi: 10.61034/LLiG-36

Julia Egler
Medizinpädagogin
B.A.
Lehrkraft am Aus-
bildungszentrum für
Pflegefachberufe
Westpfalz-Klinikum
GmbH
Fachgesundheits- und
Krankenpflegerin für
Intensivpflege
Gesundheits- und
Krankenpflegerin

Prof. Dr. Eva Kircher
Studiengangsleiterin
Medizinpädagogik B.A.
und Medizin- und Ge-
sundheitspädagogik
M.A.,
Professorin für Medi-
zinpädagogik bei der
SRH-University am
Campus Stuttgart,
Fachkrankenschwester für Anästhesie und
Intensivpflege,
Praxisanleiterin,
Rettungsassistentin,
B.A. Medizinpädagogin,
M.A. Medizinpädagogin



Medienkompetenz von Lehrenden für Pflegefachberufe

Zusammenfassung

Einleitung: Die Digitalisierung hat die pflegepädagogische Landschaft nachhaltig verändert und stellt Lehrende in Ausbildungszentren für Pflegefachberufe vor neue Herausforderungen. Seitdem die Digitalisierung in der generalistischen Pflegeausbildung durch die Corona-Pandemie stetig voranschreitet, ist die Medienkompetenz der Pädagogen ein großer Bestandteil in den Lehr-Lern-Formate geworden. Medienkompetenz – verstanden als die Fähigkeit, digitale Technologien fachlich-didaktisch sinnvoll einzusetzen, kritisch zu reflektieren und Lernprozesse aktiv zu gestalten – wird zunehmend zu einer Schlüsselqualifikation pädagogischer Fachkräfte. Trotz dieser hohen Relevanz liegen bislang nur wenige empirische Untersuchungen zur Ausprägung digitaler Medienkompetenzen bei Pädagogen in der Pflegeausbildung vor. Ziel der vorliegenden Studie war es daher, den aktuellen Stand der Medienkompetenz von Lehrpersonen in der Süd- und Westpfalz zu erfassen und Handlungsbedarfe für die Aus- und Weiterbildung aufzuzeigen.

Methodik: Es erfolgte eine quantitative Erhebung an sechs Ausbildungszentren in der Süd- und Westpfalz mittels eines teilstandardisierten Fragebogens, der in Anlehnung an den M³K-Fragebogen nach Herzig und Martin (2015) entwickelt wurde. Insgesamt nahmen $n = 20$ Lehrpersonen (13 weiblich, 7 männlich; $52,5 \pm 15,0$ Jahre) an der anonymen Online-

Befragung über die Plattform Survio teil. Der Erhebungszeitraum erstreckte sich vom 04.11.2024 bis 04.12.2024. Die Auswertung erfolgte deskriptiv anhand relativer und absoluter Häufigkeiten sowie Mittelwerten und einfachen Standardabweichungen.

Ergebnisse: In der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine IST-Stand-Analyse zum Thema der digitalen Medienkompetenz von Pädagogen in Ausbildungszentren für Pflegefachschulen. Die Ergebnisse zeigen ein heterogenes Bild hinsichtlich der Nutzung digitaler Medien: Während etablierte Werkzeuge wie Textverarbeitungsprogramme (70 %), Präsentationssoftware (60 %) und Videokonferenz-Tools (60 %) regelmäßig eingesetzt werden, finden interaktive Tools (35 %) und digitale Whiteboards (30 %) bislang nur eingeschränkt Anwendung. Defizite bestehen insbesondere in der medienkritischen Kompetenz: Nur 35 % der Lehrpersonen gaben an, sich im Umgang mit Datenschutz sicher zu fühlen und lediglich 40 % fühlen sich in der Beurteilung digitaler Informationen kompetent. Hinsichtlich der mediengestalterischen Kompetenz erstellen zwar 70 % eigene digitale Lernmaterialien, doch lediglich 45 % nutzen diese kontinuierlich im Unterricht. Zudem äußerten 60 % der Befragten einen deutlichen Fortbildungsbedarf im Bereich digitaler Medien; über die Hälfte bewertete die curriculare Integration digitaler Lehre bislang als unzureichend.

Diskussion: Die Studie verdeutlicht, dass Lehrende in Ausbildungszentren für Pflegefachberufe grundlegende digitale Werkzeuge bereits in ihren Unterricht integrieren, jedoch sowohl in der Tiefe als auch in der Breite der Nutzung noch erhebliche Entwicklungsbedarfe bestehen. Besonders auffällig ist der geringe Anteil an Lehrpersonen mit sicherer medienkritischer Kompetenz, was zentrale Aspekte wie Datenschutz, Informationsbewertung und reflektierte Mediennutzung betrifft. Dieser Befund unterstreicht die Notwendigkeit gezielter Qualifizierungs- und Fortbildungsmaßnahmen. Zudem wird deutlich, dass die curriculare Verankerung digitaler Lehr-Lern-Formate bislang nicht hinreichend erfolgt ist und institutionell gestärkt werden muss, um nachhaltige Strukturen für digitale Bildung in der Pflegeausbildung zu etablieren. Die Ergebnisse leisten einen ersten Beitrag zur Beschreibung der Ausgangslage digitaler Medienkompetenz im pflegepädagogischen Feld. Aufgrund der geringen Stichprobe sind die Befunde jedoch nur eingeschränkt generalisierbar. Weitere Studien mit größeren Kohorten sind erforderlich, um valide Handlungsempfehlungen für die curriculare und organisatorische Weiterentwicklung abzuleiten.

Schlüsselwörter: Medienkompetenz, Digitalisierung, digitale Kompetenz, digitale Tools, Ausbildungszentrum für Pflegefachberufe

Abstract

Introduction: Digitalization has permanently changed the landscape of nursing education and presents new challenges for teachers in training centers for nursing professions. Since digitalization in generalist nursing training

has been steadily advancing due to the coronavirus pandemic, the media literacy of educators has become a major component of teaching and learning formats. Media literacy—understood as the ability to use digital technologies in a professionally and didactically meaningful way, to reflect critically, and to actively shape learning processes—is increasingly becoming a key qualification for educational professionals. Despite its high relevance, there have been few empirical studies on the level of digital media literacy among teachers in nursing education. The aim of this study was therefore to assess the current state of media literacy among teachers in southern and western Palatinate and to identify areas where action is needed in terms of training and continuing education.

Methodology: A quantitative cross-sectional survey was conducted at six training centers for nursing education in the South and West Palatinate using a semi-standardized questionnaire, which was developed based on the M³K questionnaire by Herzig and Martin (2015). A total of $n = 20$ teachers (13 female, 7 male; 52.5 ± 15.0 years) participated in the anonymous online survey via the Survio platform. The survey period extended from November 4, 2024, to December 4, 2024. Data analysis was carried out descriptively using relative and absolute frequencies as well as means and simple standard deviations.

Results: This paper presents an analysis of the current state of digital media literacy among educators at training centers for nursing schools.

The results show a heterogeneous picture with regard to the use of digital media: while established

tools such as word processing programs (70%), presentation software (60%), and video conferencing tools (60%) are used regularly, interactive tools (35%) and digital whiteboards (30%) have only been used to a limited extent so far. There are particular deficits in media literacy: only 35% of teachers said they felt confident in dealing with data protection, and only 40% felt competent in evaluating digital information. With regard to media design skills, 70% create their own digital learning materials, but only 45% use them continuously in class. In addition, 60% of respondents expressed a clear need for further training in the field of digital media, and more than half rated the curricular integration of digital teaching as insufficient so far.

Discussion The study shows that teachers at training centers for nursing professions already integrate basic digital tools into their teaching, but that there is still considerable room for improvement in terms of both the depth and breadth of their use. Particularly striking is the low proportion of teachers with confident media literacy skills in key areas such as data protection, information evaluation, and reflective media use. This finding underscores the need for targeted qualification and training measures. It also becomes clear that digital teaching and learning formats have not yet been sufficiently anchored in the curriculum and must be institutionally strengthened in order to establish sustainable structures for digital education in nursing training. The results provide an initial contribution to describing the starting point for digital media literacy in the field of nursing education. However, due to the small sample size, the findings can only be generalized

to a limited extent. Further studies with larger cohorts are needed to derive valid recommendations for action for curricular and organizational development.

Keywords: Media competence, digitalisation, digital competence, digital tools, training centre for nursing professions

Einleitung

Die Einführung der Digitalisierung begann im Gesundheitswesen im Jahr 1999; hierbei wurden auch Ausbildungszentren für Pflegefachberufe miteingeschlossen. Dieser Prozess verlief eher schleppend (Stachwitz & Debatin, 2023). Die Corona-Pandemie erzwang jedoch eine rasche Umstellung, um den Auszubildenden weiterhin theoretische Unterrichtsinhalte zu vermitteln. Der digitale Wandel führte zu einer Veränderung des schulischen Alltags, bei der Führungskräfte der Ausbildungszentren, diesen in kürzester Zeit vollziehen mussten. Für die Weiterentwicklung bedeutete die Digitalisierung in den Pflegeschulen einen großen Umbruch (Breitbach, 2024).

Im weiteren Verlauf führte die Digitalisierung zu Herausforderungen in den Ausbildungszentren und der Einarbeitung in die digitale Welt. Das Land Rheinland-Pfalz gab als einziges Bundesland ausschließlich Vorgaben zur curricularen Arbeit. Dieser Prozess erforderte, dass sich die Pflegeschulen eigenständig an der Komplexität der Lehr- und Lernprozesse orientieren, ihre innerinstitutionelle Struktur entsprechend anpassen und die Kompetenzen im Umgang mit digitalen Medien organisieren und weiterentwickeln (Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2019). Somit kann nicht pauschal gesagt werden, dass jede Schule auf dem gleichen

Stand der Digitalisierung und der Medienkompetenz der Lehrpersonen ist (Saul & Jürgensen, 2021). Die Kompetenz der Pädagogen umfasst jedoch den technischen Umgang mit Medien, als auch die pädagogisch-didaktische Kompetenz, diese zielführend in Lernprozesse zu integrieren (Führer, 2020). Medienkompetenz wird als wesentlicher Bestandteil der Allgemeinbildung und als Grundfähigkeit einer Lehrkraft verstanden, die im beruflichen Alltag eigenverantwortlich erlernt und angewendet werden muss (Tulodziecki et al., 2010).

Um die digitalen Kompetenzen hinsichtlich der Medienpädagogik durchführen zu können, mussten sich die Pädagogen teilweise oder komplett neu in das digitale Medium einarbeiten. Hierbei wurde die Problematik der Medienkompetenz der Lehrkräfte sichtbar (Hölterhof et al., 2024). Speziell im digitalen Bereich bedeutet Medienkompetenz von Lehrenden die Fähigkeit, digitale Technologien sicher zu bedienen, kritisch zu reflektieren und digital gestützte Lernumgebungen didaktisch sinnvoll zu gestalten. Diese Kompetenz umfasst neben technischen Fertigkeiten auch Kreativität, Problemlösungsfähigkeiten, Kommunikationsfähigkeit und die kritische Bewertung digitaler Medien (Moser, 2010).

Ziel dieser Arbeit war es, eine IST-Stand-Analyse der Medienkompetenz im digitalen Bereich bei Lehrpersonen an Ausbildungszentren für Pflegefachberufe anhand einer Onlinebefragung abzubilden.

Die Ist-Analyse wurde zur Beantwortung der folgenden Forschungsfrage durchgeführt:

„Wie ausgeprägt ist die Medienkompetenz von Lehrenden speziell im digitalen Bereich an Ausbildungszentren für Pflegefachberufe in der Süd- und Westpfalz?“

Digitalisierung und digitale Medienkompetenzen in der Pflegeausbildung: Herausforderungen, Qualifikation und Förderinitiativen für Lehrkräfte

Die Digitalisierung bezeichnet den Prozess der Umwandlung analoger Informationen und Prozesse in digitale Formate, wobei digitale Medien alle elektronischen Werkzeuge und Inhalte umfassen, die zur Erstellung, Verbreitung und Nutzung von Informationen dienen (Moser, 2010).

Im Rahmen der Lehrerqualifikation erfordert die fortschreitende Digitalisierung eine gezielte Vorbereitung auf die Integration digitaler Medien in den Unterricht, was sowohl technische als auch didaktische Kompetenzen beinhaltet, um digitales Lernen wirkungsvoll zu fördern (Lorenz & Endberg, 2019). Die generalistische Pflegeausbildung steht vor der Herausforderung, digitale Medien in den Lehrplan aufzunehmen, um Auszubildende auf die digitalisierte Arbeitswelt vorzubereiten. Dies umfasst sowohl die Entwicklung angepasster Lernkonzepte als auch die Bereitstellung geeigneter infrastruktureller Voraussetzungen (Ortmann-Welp, 2020).

Lehrkräfte in diesem Bereich benötigen ein breites Kompetenzprofil, das nicht nur fachliche und didaktische Fähigkeiten einschließt, sondern auch Medienkompetenz und die Fähigkeit zur kritischen Reflexion digitaler Medien umfasst (Schürmann et al., 2021).

Medienkompetenz beschreibt die Fähigkeit, Medien kritisch zu analysieren, zu bewerten und kreativ zu nutzen. Lehrkräfte müssen digitale Medien sinnvoll im Unterricht einsetzen und die Auszubildenden im Umgang mit digitalen Informationen begleiten (Hölterhof et al., 2024).

Es bestehen verschiedene Ini-

tativen und Projekte, wie „digi.kompP“, „DigComEdu“, „digi2care“ und die „Digitale Bildungs-offensive Pflege - FQI“, die die digitalen Kompetenzen von Lehrenden in der Pflegeausbildung fördern und unterschiedliche Schwerpunkte sowie Zielgruppen adressieren.

Diese Entwicklungen sind wesentlich, um den Anforderungen des digitalen Wandels in der Pflegeausbildung gerecht zu werden und die Ausbildungsqualität nachhaltig zu verbessern.

Methodik

Es wurde eine quantitative Querschnittsstudie an sechs Pflegeschulen in der Süd- und Westpfalz durchgeführt. Mittels eines teilstandardisierten Fragebogens wurden Daten von insgesamt 20 Lehrpersonen (52,5 ± 15,0 Jahre; 13 weiblich und 7 männlich; 45,0% mit Masterabschluss) von sechs Ausbildungszentren für Pflegefachberufe erhoben. Eine telefonische und schriftliche Kontakttierung der Ausbildungszentren wurde vorab durchgeführt. Der modifizierte Fragebogen basiert auf Fragestellungen aus dem M3K-Fragebogen nach Herzig und Martin (2015). Der Fragebogen gliedert sich in acht Kategorien, darunter Mediengestaltung, -pädagogische Kompetenzen und digital Lehren. Er umfasst 30 Fragen mit einer Bearbeitungsdauer von fünf bis zehn Minuten. Ein Pretest wurde an fünf Lehrkräften durchgeführt.

Die Datenerhebung erfolgte anonym vom 04.11.2024 bis 04.12.2024 über die Online-Plattform „Survio“. Die Datenauswertung wurde mit dem Tool Microsoft Excel (Version 16.0, Microsoft Corporation, Redmond, USA) durchgeführt und die relativen und absoluten Häufigkeiten sowie Mit-

telwerte und einfache Standardabweichungen berechnet.

Ergebnisse

Die Auswertung gliedert sich in drei wichtige Oberpunkte: Digitale Mediennutzung, Medienkritische Kompetenz und Mediengestalterische Kompetenz.

Die Auswertung der 20 (100%) Fragebögen ergab folgende zentrale Ergebnisse.

Digitale Mediennutzung

Lehrkräfte verwenden digitale Werkzeuge wie Textverarbeitungsprogramme (70,0%), Präsentationssoftware (60,0%) und Videokonferenz-Tools (60,0%) häufig im Unterricht. Dagegen finden Whiteboards (30,0%) und interaktive Tools (35,0%) seltener Anwendung (siehe Tabelle 1). Diese Ergebnisse spiegeln Unterschiede in der Nutzung etablierter digitaler Instrumente, wie Textverarbeitung, im Vergleich zu neueren Technologien, beispielsweise interaktiven Whiteboards und digitalen Tools, wider.

Medienkritische Kompetenz

35,0% (n = 7) der Lehrkräfte gaben auf einer Likert-Skala an, sich „voll und ganz“ sicher im Umgang mit Datenschutz zu fühlen (siehe Abbildung 1). Darüber hinaus erklärten 40,0% (n = 8) der Lehrkräfte, auf der gleichen Skala „voll und ganz“ sicher in der Beurteilung digitaler Informationen zu sein (siehe Abbildung 2).

Mediengestalterische Kompetenz

Die Mehrheit der Lehrkräfte (n = 14) erstellt digitale Lernmaterialien, was auf eine proaktive Nutzung digitaler Ressourcen im Ausbildungsalltag hinweist (siehe Abbildung 3). Demgegenüber setzen 45,0% (n = 9) der Lehrkräfte diese digitalen Lernmaterialien

auch tatsächlich im Unterricht ein (siehe Abbildung 4).

Fortbildungsbedarf

60,0% (n = 12) der Lehrkräfte äußerten den Wunsch nach vermehrten Fortbildungsangeboten im Bereich digitaler Lehre und Medien, während 40,0% (n = 8) das bestehende Fortbildungsangebot in Rheinland-Pfalz als angemessen einschätzten (siehe Abbildung 5). Hinsichtlich der curricularen Einbindung der digitalen Lehre und Medien stimmten 40,0% (n = 8) der Lehrenden zu, dass das Thema entsprechend im Curriculum verankert ist, wohingegen über 50,0% (n = 12) dem widersprachen (siehe Abbildung 6).

Vergleich Alter und Medieneinsatz

Im Rahmen der Studie wurde auch das Alter der Lehrpersonen in Beziehung zum Einsatz digitaler Medien in der Unterrichtsplanung untersucht. Lehrpersonen unter 30 Jahren (n = 1) schätzten ihren Medieneinsatz auf 30 bis 50 Prozent ein. Im Altersbereich von 30 bis 39 Jahren gaben zwei Lehrkräfte einen Einsatz von 30 bis 50 Prozent und drei einen von 50 bis 70 Prozent an. Die Gruppe der 40- bis 49-Jährigen differenzierte ihre Einschätzung entsprechend: je zwei Lehrkräfte nannten Werte von 10 bis 30 Prozent, 30 bis 50 Prozent, 50 bis 70 Prozent und 70 bis 100 Prozent. Lehrpersonen im Alter von 50 bis 59 Jahren verteilten ihren Medieneinsatz auf 10 bis 30 Prozent (n = 1) sowie 50 bis 70 Prozent (n = 2). Ab einem Alter von 60 Jahren gaben eine Lehrkraft 10 bis 30 Prozent und zwei Lehrkräfte 30 bis 50 Prozent an (siehe Abbildung 7).

Diskussion

Die Ergebnisse der Studie machen deutlich, dass Lehrende an Ausbil-

	0	1	2	3	MW	SD
Textverarbeitungsprogramme (z.B. Word, OpenOffice)	0	0	6	14	2,7	0,458
Präsentationsprogramme (z.B. PowerPoint)	0	0	8	12	2,6	0,489
Videokonferenzen (z.B. ZOOM, BigBlueButton)	0	0	8	12	2,6	0,489
Whiteboards (z.B. Smartboards, ProWise)	0	2	12	6	2,2	0,600
Digitale Tools (z.B. Kahoot, Mentimeter)	0	7	6	7	2,0	0,836

Bemerkung. MW = Mittelwert, SD = Standardabweichung

0 = Stimme überhaupt nicht zu, 1= Stimme nicht zu, 2 = Stimme zu, 3 = Stimme voll und ganz zu

Tabelle 1: Digitale Leben – Medienbiografie und Medienhandeln der Lehrkräfte

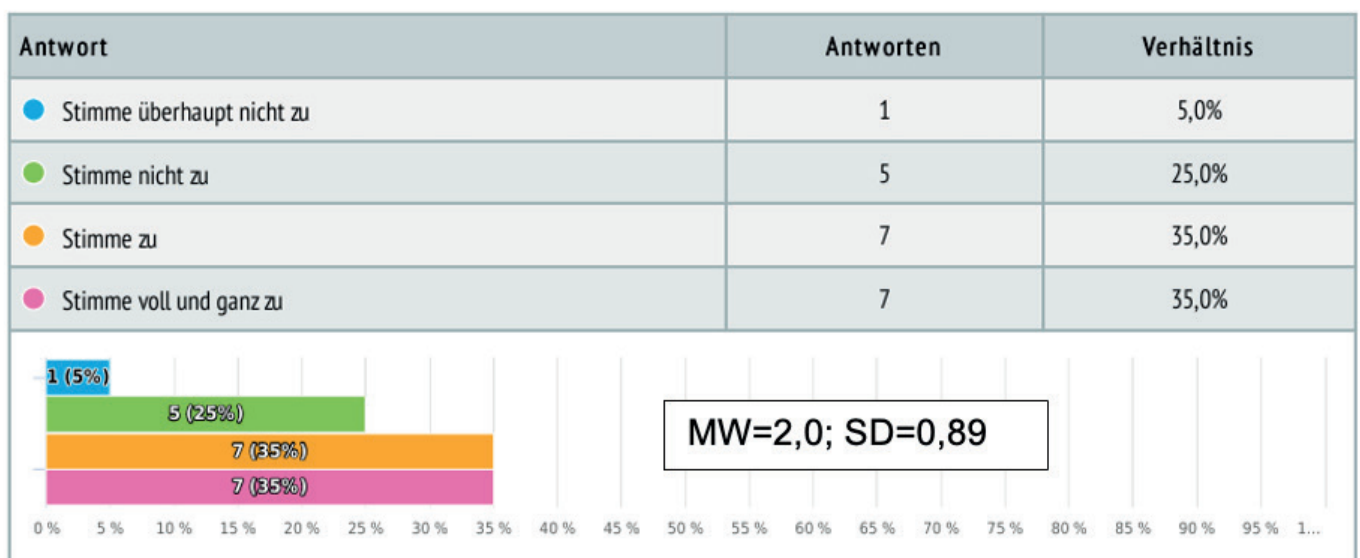


Abb. 1: „Sind Sie sicher im Umgang mit Datenschutz im digitalen Unterricht?“

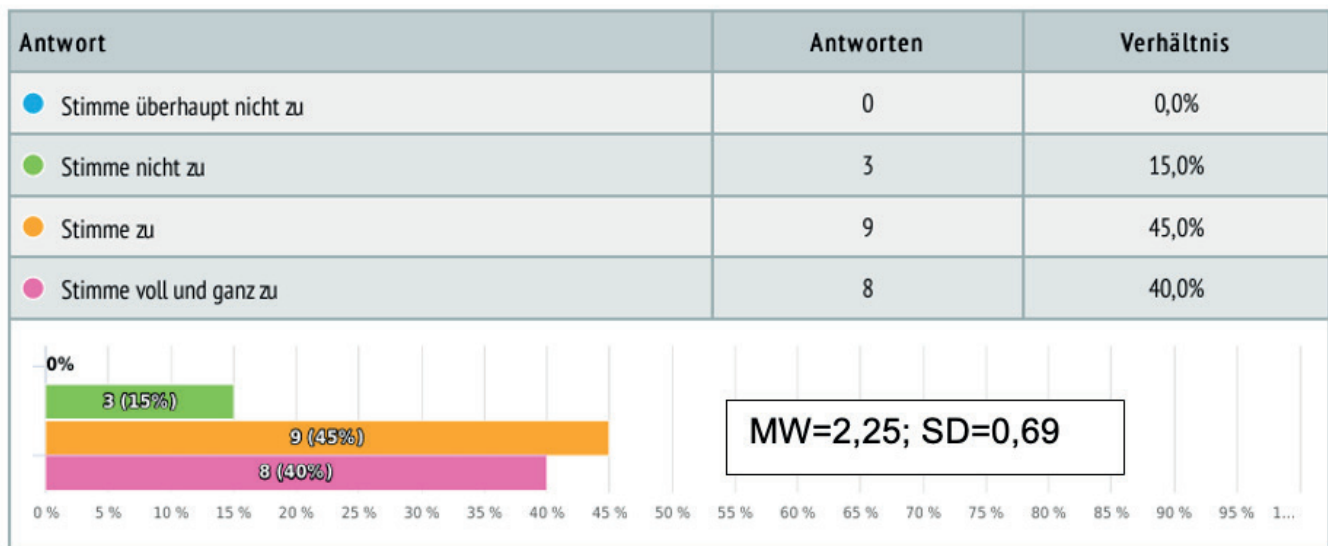


Abb. 2: „Können Sie die Qualität digitaler Informationen im Internet beurteilen?“

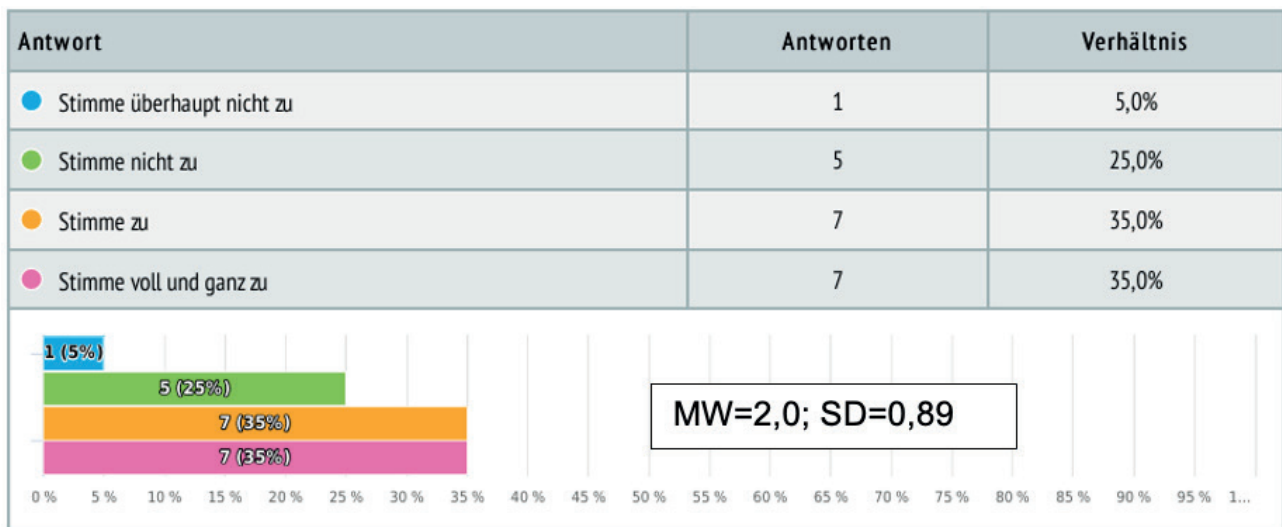


Abb. 3: „Sind Sie sich sicher im Erstellen eigener digitalen Lernmaterialien (z.B. Quiz, Video)?“

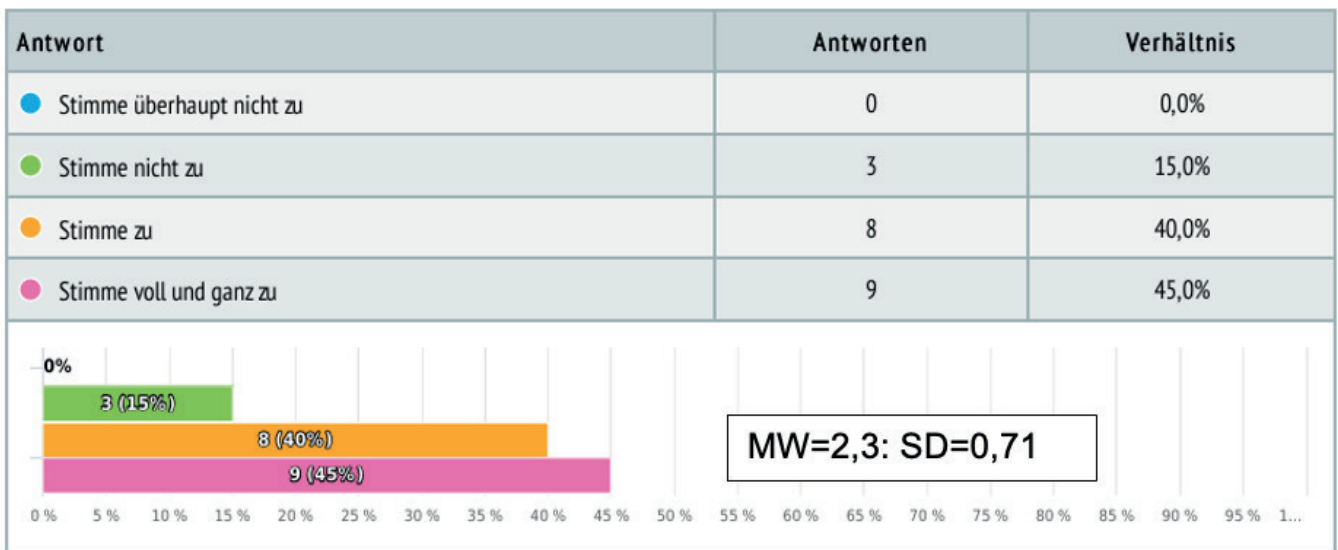


Abb. 4: „Wenden Sie selbst erstellte digitale Medien in Ihrem Unterricht an?“

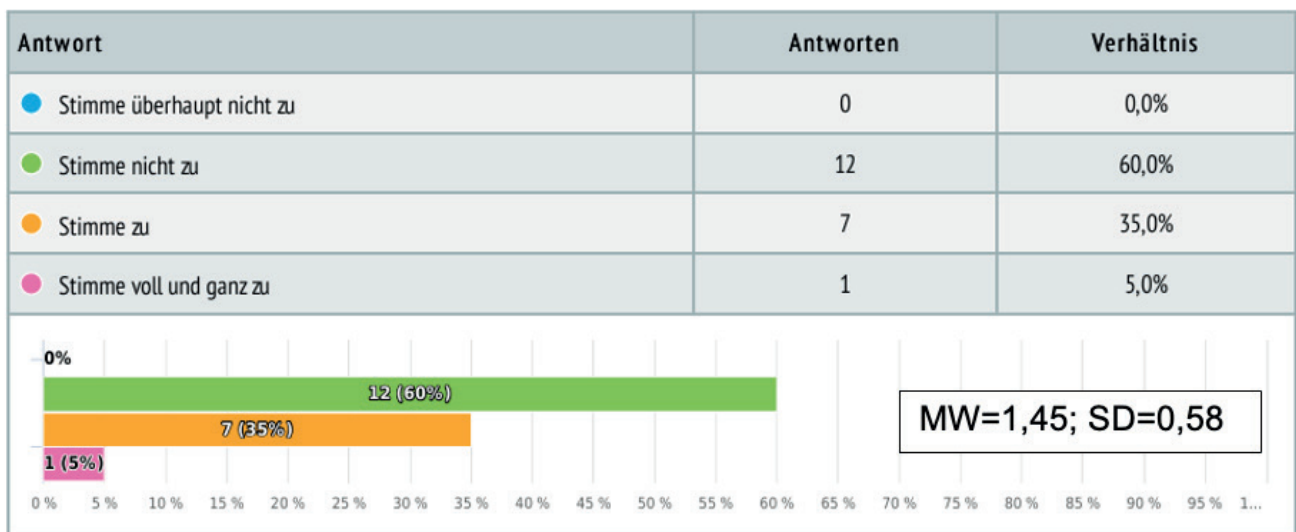


Abb. 5: „Finden Sie das Fortbildungsangebot in Rheinland-Pfalz angemessen?“

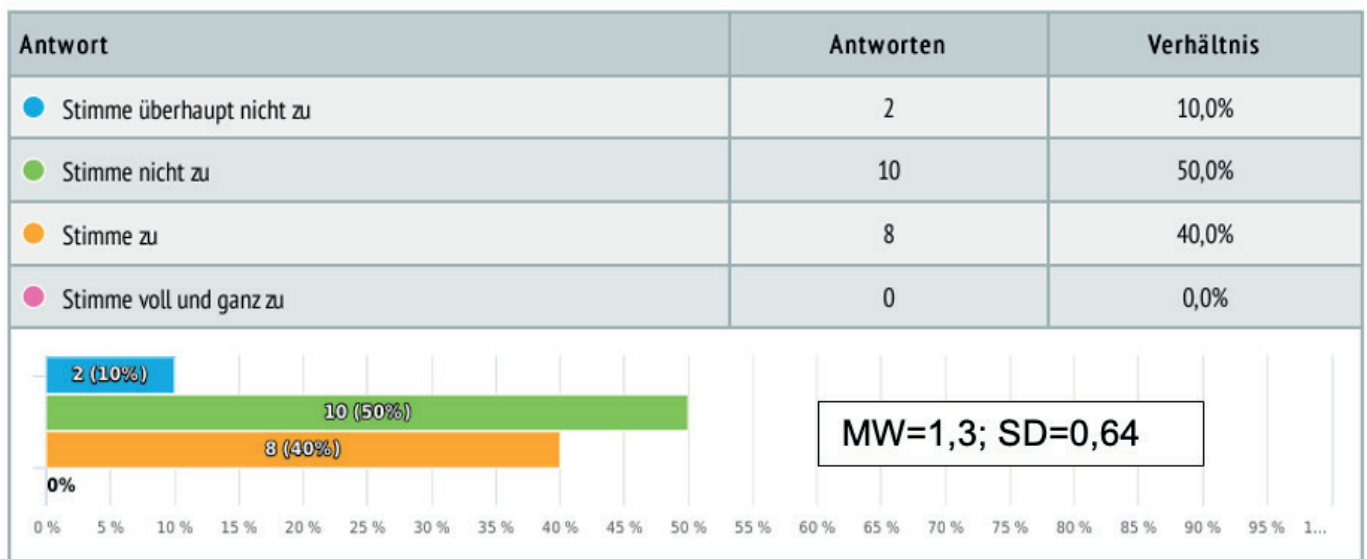


Abb. 6: „Würden Sie sagen, dass sich in Ihrem Curriculum das Thema digitale Lehre und Medien wiederfindet?“

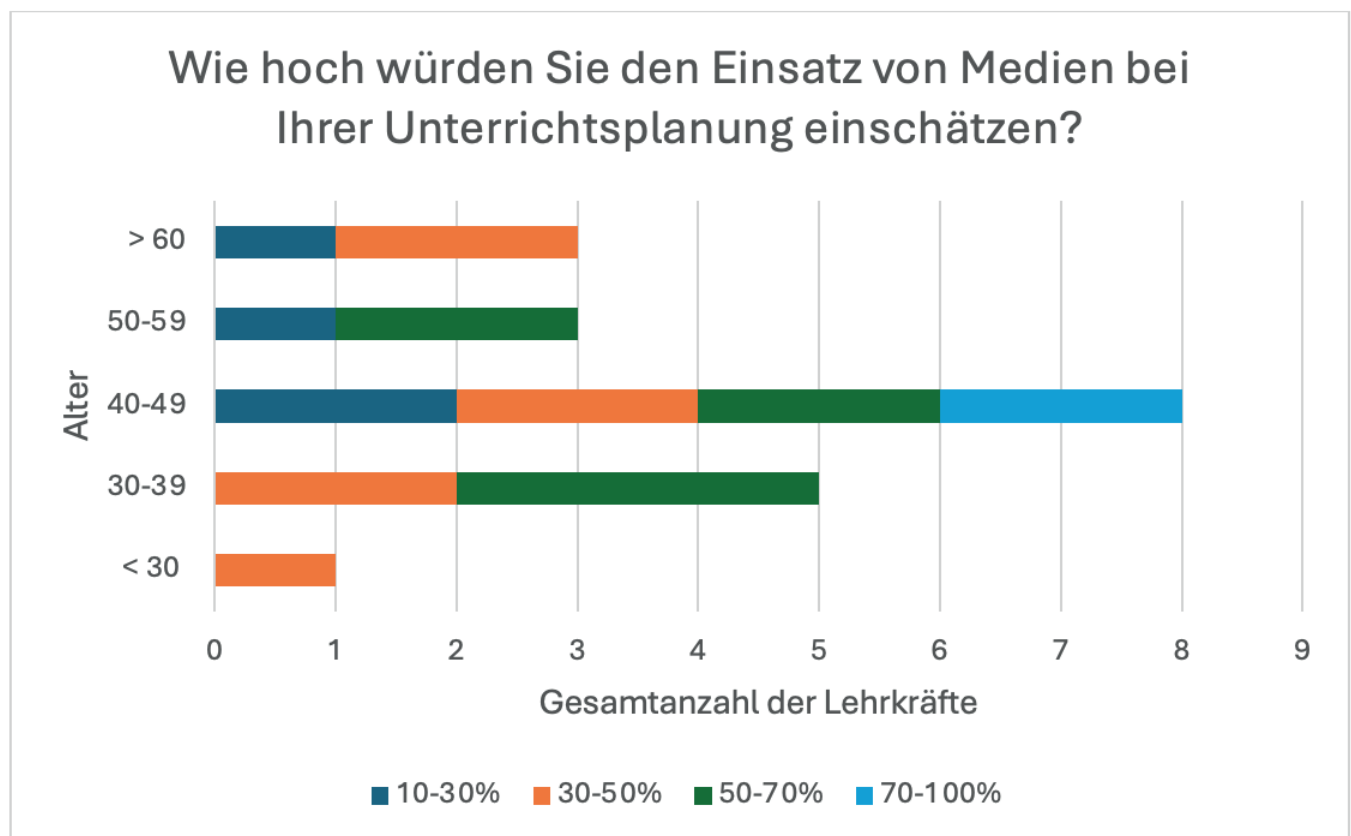


Abb. 7: Einsatz von Medien in der Unterrichtsplanung der befragten Lehrpersonen bezogen auf das Alter (eigene Darstellung des Einsatzes von Medien in der Unterrichtsplanung)

dungszentren für Pflegefachberufe in der Süd- und Westpfalz zwar grundlegende digitale Medien wie Textverarbeitungsprogramme, Präsentationssoftware und Videokonferenztools regelmäßig einsetzen, die Integration innovativer und interaktiver Technologien jedoch bislang nur eingeschränkt erfolgt. Diese Beurteilung deckt sich mit Ergebnissen aus anderen Bildungsbereichen, in denen ebenfalls vor allem niedrigschwellige Anwendungen genutzt werden, während komplexere didaktische Potenziale digitaler Medien noch unzureichend ausgeschöpft werden (Palkowitsch-Kühl, 2018; Sander, Gross & Hugger, 2022). Für die Pflegepädagogik bedeutet dies, dass die bloße Verfügbarkeit digitaler Werkzeuge nicht automatisch zu einer umfassenden Kompetenzentwicklung führt, sondern dass gezielte Qualifizierungsstrategien erforderlich sind.

Besonders kritisch ist die geringe Ausprägung der medienkritischen Kompetenz, insbesondere im Bereich Datenschutz und Informationsbewertung. Angesichts der hohen Sensibilität personenbezogener Gesundheits- und Patientendaten ist diese Kompetenzdimension für Lehrkräfte in der Pflegeausbildung von herausragender Bedeutung (Stachwitz & Debatin, 2023). Lehrende, die sich unsicher im Umgang mit Datenschutzbestimmungen fühlen, können diese Aspekte auch nicht adäquat an Auszubildende weitervermitteln. Damit wird eine zentrale Voraussetzung für die Förderung von Health und Digital Literacy bei Pflegefachpersonen gefährdet (Lorenz & Endberg, 2019). Hier besteht ein unmittelbarer Handlungsbedarf: Digitale Fortbildungsangebote für Lehrende sollten nicht nur den technischen Umgang mit Tools, sondern auch rechtliche und ethische

Dimensionen der Mediennutzung umfassen.

Die Ergebnisse zur mediengestalterischen Kompetenz zeigen ein gewisses Spannungsfeld: Zwar erstellen 70 % der Lehrkräfte eigene digitale Materialien, doch nur 45 % nutzen diese konsequent im Unterricht. Dieses Ergebnis lässt sich zum einen mit fehlender Routine und didaktischer Einbettung erklären, zum anderen auch mit der oftmals unzureichenden curricularen Verankerung digitaler Lehrformate. Studien aus dem Hochschul- und Schulkontext verdeutlichen, dass die Integration digitaler Medien dann nachhaltig gelingt, wenn sie fest in curricularen Strukturen verankert und durch institutionelle Unterstützung begleitet wird (Ortmann-Welp, 2020; Hölterhof, Harder & Weidner, 2024). Für die Pflegeausbildung bedeutet dies, dass die Digitalisierung nicht als zusätzliche Ergänzung, sondern als integraler Bestandteil schulischer Lernprozesse verstanden werden muss.

Ein weiteres zentrales Ergebnis betrifft den ausgeprägten Fortbildungsbedarf, den 60 % der Lehrpersonen äußerten. Damit wird deutlich, dass Lehrkräfte in der Pflegeausbildung eine stärkere Unterstützung bei der kontinuierlichen Weiterentwicklung ihrer digitalen Kompetenzen wünschen. Dieser Bedarf deckt sich mit Ergebnissen anderer Untersuchungen zur Professionalisierung von Lehrkräften im digitalen Wandel, die ebenfalls auf die Notwendigkeit regelmäßiger und praxisorientierter Fortbildungsangebote verweisen (Anger & Plünnecke, 2020; Schürmann, Bender & Grebe, 2021). Entscheidend ist, dass Fortbildungen nicht nur technisches „Tool-Wissen“ vermitteln, sondern Lehrende befähigen, digitale Medien didaktisch reflektiert einzusetzen und mit innovativen

Lernformaten (z. B. Blended Learning, Virtual Reality oder Simulationen) zu arbeiten.

Praxisnahe Implikationen

Aus den Befunden lassen sich mehrere praxisorientierte Handlungsempfehlungen ableiten:

- Gezielte Fortbildungsprogramme für Lehrkräfte: Institutionen sollten kontinuierliche und bedarfsgerechte Qualifizierungsangebote bereitstellen, die neben technischer Kompetenz auch medienkritische und medien-didaktische Aspekte adressieren. Programme wie Dig-CompEdu oder die „Digitale Bildungsoffensive Pflege“ in Rheinland-Pfalz könnten als Rahmen dienen, sollten jedoch spezifisch auf die Anforderungen der Pflegepädagogik angepasst werden.
- Curriculare Verankerung digitaler Kompetenzen: Digitale Medienkompetenz darf nicht nur als freiwillige Zusatzqualifikation verstanden werden, sondern muss verbindlich in die Ausbildungscurricula integriert werden. Dies betrifft sowohl die Ausbildung der Auszubildenden als auch die Qualifizierung des pädagogischen Personals.
- Institutionelle Unterstützung und Infrastruktur: Lehrkräfte benötigen nicht nur persönliche Kompetenzen, sondern auch eine adäquate technische Infrastruktur und organisatorische Rückendeckung. Schulen sollten digitale Lernplattformen, Supportstrukturen und Freiräume für die Entwicklung innovativer Unterrichtsformate bereitstellen.
- Förderung einer digitalen Schulkultur: Langfristig ist es erforderlich, eine Kultur des digitalen Lehrens und Lernens

zu etablieren, in den digitalen Medien als selbstverständlicher Bestandteil pädagogischer Praxis verstanden werden. Dies schließt auch den Austausch von Best-Practice-Beispielen, kollegiale Hospitationen und die gemeinsame Entwicklung von digitalen Lehrmaterialien ein.

Kritische Betrachtung und Limitationen

Im folgenden Abschnitt werden der eingesetzte Fragebogen sowie das methodische Vorgehen kritisch reflektiert. Grundlage der Datenerhebung war ein eigens entwickelter Fragebogen, der thematisch an den M3K-Fragebogen nach Herzig und Martin angelehnt wurde.

Ein zentrales methodisches Problem stellt die geringe Rücklaufquote dar. Der Fragebogen wurde zwar an sechs Ausbildungszentren für Pflegefachberufe versendet, jedoch lagen von insgesamt 53 geöffneten Fragebögen lediglich 20 vollständig ausgefüllte Exemplare vor. Da keine offiziellen Zahlen zum Lehrkräftebestand der beteiligten Schulen vorlagen, konnte keine exakte Rücklaufquote berechnet werden. Somit ist eine verallgemeinerbare Aussage über die Grundgesamtheit nicht möglich.

Die geringe Teilnahmebereitschaft könnte verschiedene Ursachen haben. Zum einen wurde von einzelnen Schulen bereits im Vorfeld signalisiert, dass ein Teil der Lehrpersonen kein Interesse an der Teilnahme hat. Zum anderen ist anzunehmen, dass organisatorische Hürden, etwa eine unzureichende Weiterleitung des Fragebogens durch die Schulleitungen, oder zeitliche Restriktionen eine Rolle spielten. Auch die Länge des Instruments ist kritisch zu diskutieren: Der Fragebogen umfasste

30 Items, was möglicherweise abschreckend wirkte, da 33 Personen ihn zwar geöffnet, jedoch nicht bearbeitet haben. Hier könnten sowohl die zeitliche Begrenzung als auch die wahrgenommene Bearbeitungsdauer Einflussfaktoren gewesen sein.

Darüber hinaus lassen sich inhaltliche Limitationen identifizieren. Einzelne Fragen hätten differenzierter gestaltet werden müssen, insbesondere in Bezug auf die Unterscheidung zwischen Lehrkräften mit und ohne Hochschulabschluss. Auch die Erfassung der Mediennutzung blieb teilweise auf einer abstrakten Ebene: Konkretere Items zur tatsächlichen Anwendung digitaler Instrumente hätten zu differenzierteren Ergebnissen beitragen können.

Schließlich ist die Einordnung der Ergebnisse in die aktuelle Forschungslage nur eingeschränkt möglich. Bisherige Untersuchungen zur Medienkompetenz von Lehrkräften beziehen sich überwiegend auf allgemeinbildende Schulen und akademisch ausgebildete Lehrpersonen. Für den spezifischen Kontext der Pflegepädagogik liegen bislang nur wenige belastbare Daten vor, sodass die Übertragbarkeit der Befunde begrenzt ist.

Fazit

Die Studie liefert einen ersten Einblick in die Ausgangslage der Medienkompetenz an Pflegeschulen, weist jedoch aufgrund der geringen Stichprobengröße methodische Einschränkungen auf. Weitere Forschungsarbeiten mit größeren und diverseren Stichproben sind notwendig, um valide Aussagen zur bundesweiten Situation treffen zu können. Darüber hinaus sollten zukünftige Studien auch qualitative Methoden einbeziehen, um tiefergehende Einsichten in die subjektiven

Wahrnehmungen, Haltungen und Herausforderungen der Lehrkräfte zu gewinnen.

Zusammenfassend zeigt sich, dass digitale Medienkompetenz im Pflegepädagogischen Handlungsfeld ein zentraler Erfolgsfaktor für die Qualität der Ausbildung ist. Die gezielte Förderung medienkritischer, mediendidaktischer und mediengestalterischer Fähigkeiten ist notwendig, um die Lehrenden auf die Anforderungen einer zunehmend digitalisierten Pflegepraxis vorzubereiten und die Auszubildenden zukunftsorientiert zu qualifizieren.

Literaturverzeichnis

Anger, C. & Plünnecke, A. (2020). Schulische Bildung zu Zeiten der Corona-Krise. Perspektiven der Wirtschaftspolitik, 21(4), 353–360. <https://doi.org/10.1515/pwp-2020-0055>

Breitbach, V. (2024). Die Welt im Wandel. Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-68461-0>

Bundesministerium für Bildung und Forschung. (2019). Was ist der DigitalPakt Schule? <https://www.digitalpakt-schule.de/de/was-ist-der-digitalpakt-schule-1701.html>

Herzig, B., Schaper, N., Martin, A., Ossenschmidt, D. (2015). Schlussbericht. Verbund: M³K - Modellierung und Messung medienpädagogischer Kompetenz. Teilprojekt: Medienerzieherische und mediendidaktische Facetten und handlungsleitende Einstellungen. Förderungskennzeichen: 01PK11022A. Universität Paderborn.

Hölterhof, T., Harder, N. & Weidner, F. (Hrsg.). (2024). Digitale Bildungsoffensive Pflege Rhein-

land-Pfalz, Konzeptentwicklung - DiBiO Pflege: im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Transformation und Digitalisierung Rheinland-Pfalz. Ministeriums für Soziales, Arbeit, Transformation und Digitalisierung des Landes Rheinland-Pfalz. https://mastd.rlp.de/fileadmin/06/Pflege/Pflege_Dokumente/Konzept_DiBiO_Pflege_RLP_2024.pdf

Lorenz, R. & Endberg, M. (2019). Welche professionellen Handlungskompetenzen benötigen Lehrpersonen im Kontext der Digitalisierung in der Schule? *Medien-Pädagogik: Zeitschrift für Theorie und Praxis der Medienbildung*, 61–81. <https://doi.org/10.21240/mpaed/00/2019.10.16.x>

Moser, H. (2010). Schule 2.0: Medienkompetenz für den Unterricht. *Schulmanagement konkret*: Bd. 20. Link.

Ortmann-Welp, E. (2020). Digital-Pakt Schule: Lehren und Lernen in der Pflegeausbildung. *Pflegezeitschrift*, 73(3), 44–47. <https://doi.org/10.1007/s41906-020-0659-1>

Palkowitsch-Kühl, J. (2018). Digitale Medienkompetenz – eine Schlüsselkompetenz in der Lehrkräfteausbildung. Aktuelle Perspektiven von Lehrkräften im Bereich schulisch verantworteter religiöser Bildung. *Zeitschrift für Pädagogik und Theologie*, 70(3), 294–307. <https://doi.org/10.1515/zpt-2018-0035>

Sander, U., Gross, F. von & Hugger, K. U. (2022). *Handbuch Medienpädagogik*. Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-23578-9>

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 (1. Auflage). Pflegeausbildung gestalten. Bundesinstitut für Berufsbildung.

le: Erläuterungen des PflBG, der PflAPrV und Empfehlungen für die Erstellung schulinterner Curricula in Anlehnung an die Rahmenlehrpläne der Fachkommission nach § 53 PflBG (1. Auflage). Pflegeausbildung gestalten. Bundesinstitut für Berufsbildung.

Schürmann, M., Bender, E. & Grebe, C. (2021). Kompetenzdiagnose in der Berufsbildung von Pflegelehrpersonen. Gruppe. Interaktion. Organisation. *Zeitschrift für Angewandte Organisationspsychologie (GIO)*, 52(2), 373–385. <https://doi.org/10.1007/s11612-021-00574-w>

Stachwitz, P. & Debatin, J. F. (2023). Digitalisierung im Gesundheitswesen: heute und in Zukunft [Digitalization in healthcare: today and in the future]. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 66(2), 105–113. <https://doi.org/10.1007/s00103-022-03642-8>

Eingereicht: 30.10.2025
Genehmigt: 02.02.2026

doi: 10.61034/LLiG-37

Prof. Dr. Johannes Krell
Professor für Pflegepädagogik an der Katholischen Hochschule NRW



Dorothy-Jane Bünsche, M. A.
Pflegepädagogin am Schulzentrum für Gesundheitsberufe am Niederrhein GmbH



Prof. Dr. Robin Junker
Professor für Erziehungswissenschaft an der Katholischen Hochschule NRW



Dr. Aldin Striković
Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Lehrstuhl für Berufspädagogik der Technischen Universität München



Lisa Weckop, M. A.
Pflegepädagogin, Katholische Hochschule NRW



Motivierende Einstiege in den Pflegeunterricht bei praxisfernen Lerngegenständen

Zusammenfassung

Wenn Lerngegenstände im Pflegeunterricht als praxisfern eingeschätzt werden, ist es besonders herausfordernd, motivierende Unterrichtseinstiege zu gestalten. Vor diesem Hintergrund wurde für den vorliegenden Beitrag auf Basis von 30 problemzentrierten Interviews herausgearbeitet, a) welche Lerngegenstände von Lehrkräften als praxisfern bewertet werden und b) welche Unterrichtseinstiege sie bei diesen Lerngegenständen als erfolgreich einschätzen. Als praxisfern wurden überwiegend Unterrichtsinhalte bewertet, die von den Lehrkräften nicht als Teil der von ihnen selbst erlebten oder von Auszubildenden beschriebenen Pflegepraxis gesehen wurden. Beispiele sind pflegewissenschaftliche Inhalte, wie Evidence-based Nursing, aber auch spezifische medizinische Aspekte, wie etwa urologische Inhalte. Motivierende Unterrichtseinstiege bestanden darin, den Bezug zur Pflegepraxis zu verdeutlichen, besonders wenn er den Auszubildenden vor dem Unterricht nicht bewusst war (z. B. durch Beispiele oder Diskussionen). Weitere Strategien waren beispielsweise der Einsatz von Medien oder spielerische Elemente. Limitationen bestanden darin, dass die Begriffe praxisnah und praxisrelevant oft nicht trennscharf benutzt wurden. Ferner war teilweise unklar, ob Lehrpersonen ihre eigenen Erfahrungen schildern oder die Berichte ihrer Auszubildenden.

Summary

It is particularly challenging to design motivating lesson introductions when learning topics are considered "unrelated to nursing practice." Against this backdrop, the present study draws on 30 problem-centred interviews to examine (a) which learning topics are perceived by teachers as 'unrelated to nursing practice' and (b) which lesson introductions they regard as motivating for such topics. Teaching content rated as 'unrelated to practice' included subjects that teachers or their students did not experience as part of nursing practice. Examples include evidence-based nursing and specific medical aspects. Successful lesson introductions were those that made explicit connections to nursing practice even when these connections were not initially evident to nursing students (e.g., through examples or discussions). Other strategies included the use of media or games. Limitations of the study concern the frequent conflation of the terms 'relevant to nursing practice' and 'similar to nursing practice,' as well as occasional uncertainty regarding whether teachers reported their own experiences or those of their vocational nursing students.

Praxisnahe und praxisferne Lerngegenstände

Der Begriff der Pflegepraxis bezieht sich laut Bensch (2016, S. 137) „auf die direkte und indirekte Pflege von Pflegebedürftigen und ihren Bezugspersonen im stationären und ambulanten Bereich“.

In Anlehnung daran wird im vorliegenden Beitrag ein Lerngegenstand als praxisnah bezeichnet, wenn er einen erkennbaren Bezug zur Pflegepraxis aufweist; als praxisfern, wenn dies nicht der Fall ist. Bensch (2016, S. 138) führt Quellen an, die den Begriff der Pflegepraxis bzw. ihre Anforderungen weiter präzisieren. Eine wichtige Bedeutung spielt dabei die besondere Beziehung der Pflegenden zu den gepflegten Personen. Bohrer (2013, S. 64 ff.) nähert sich dem Praxisbegriff, indem sie typische Abgrenzungsmerkmale zum Theoriebegriff aufführt. Sie führt jedoch an, dass die Zuordnung zur Theorie oder Praxis häufig nicht dichotom bzw. eindeutig ist. Ähnlich wie bei der Frage, welche Lerngegenstände authentisch sind, ist davon auszugehen, dass verschiedene Personen zu unterschiedlichen Einschätzungen gelangen, welche Lerngegenstände praxisnah sind und welche nicht (Nachtigall & Wirth, 2024).

Praxisfern wahrgenommene Lerngegenstände als Herausforderung des Unterrichtseinstiegs

Lerngegenstände, die von Auszubildenden als praxisfern wahrgenommen werden, stellen Lehrkräfte bei der Gestaltung von Unterrichtseinstiegen vor Herausforderungen. Dies lässt sich anhand des „model of achievement-related choices“ von Eccles und Wigfield theoretisch zeigen.

Demnach ist die Motivation, eine bestimmte Aufgabe auszuführen (z. B. etwas zu erlernen), umso ausgeprägter,

- je größer die diesbezügliche Erfolgserwartung und
- je höher deren bzw. dessen subjektiver Wert für das Individuum ist.

Einen besonders hohen Wert schreiben Auszubildende folglich einem Lerngegenstand zu, wenn dieser (Eccles & Wigfield, 2024, S. 5):

- aufgrund der Selbstwahrnehmung der Auszubildenden einen positiven Beitrag leistet, z. B. Menschen zu helfen („attainment value“);
- Spaß macht, z. B. wenn etwas über den menschlichen Körper gelernt werden kann und man grundsätzlich medizinisch interessiert ist („intrinsic value“);
- mit geringen Kosten verbunden ist („costs“) und/oder
- wenn er zur Erfüllung persönlicher Ziele beiträgt, insbesondere dem erfolgreichen Erlernen eines Berufs („utility value“).

Unterrichtseinstiege haben das Ziel in neue Lerngegenstände einzuführen (Jahn & Goetzl, 2015, S. 7). Wird dabei also der Nutzen für die Pflegepraxis deutlich, ist bereits der „utility value“ gegeben, was laut des Modells zu einer Steigerung der Motivation führt. Ist dies nicht der Fall, müsste mindestens einer der übrigen Faktoren erfüllt sein, insbesondere „attainment value“ oder „intrinsic value“. Lehrkräfte benötigen dann Strategien, um die Auszubildenden entgegen ihrer initialen Einschätzung von den Bezügen zur Pflegepraxis zu überzeugen oder sie müssen ergänzend weitere Maßnahmen ergreifen – etwa an Wertvorstellungen appellieren oder auf spielerische Elemente bzw. fachliches Interesse setzen.

Die pflegedidaktische Bedeutung von praxisfern wahrgenommenen Lerngegenständen

Die Identifikation bestimmender Momente der Pflegepraxis und ihre Transformation in Lerngegen-

stände ist charakteristisch für pflegedidaktische Ansätze (Herzberg & Walter, 2023, S. 359). Das zeigt sich insbesondere bei der Konstruktion der bundesweit gültigen Rahmenpläne für die Pflegeausbildung. Dessen Grundlage sind Situationen aus der Pflegepraxis (Situationsprinzip) – neben dem Wissenschafts- sowie dem Persönlichkeitsprinzip (Fachkommission nach § 53 PflBG, 2020, S. 10). Ob und wie intensiv einzelne curriculare Inhalte tatsächlich unterrichtet werden, hängt allerdings von den einzelnen Lehrkräften ab (Frommberger, 2013).

So konnte Simon (2019, S. 303 ff.) in ihrer Dissertation folgende Entscheidungsgrundlagen für die Planung von Pflegeunterricht identifizieren:

- die pflegepraktischen Erfahrungen der Lehrkräfte,
- die Rückmeldungen ihrer Auszubildenden zu deren Erfahrungen in praktischen Ausbildungsanteilen sowie
- Annahmen über die Anforderungen der Pflegepraxis an die Auszubildenden sowie Annahmen über die Anforderungen der staatlichen Abschlussprüfung.

Wenn die pflegerische Erfahrung der Lehrkräfte bzw. ihrer Auszubildenden entscheidend für die Bewertung der Lerngegenstände ist, kann vermutet werden, dass medizinische Inhalte als besonders relevant eingeschätzt werden, da diese in der Pflegepraxis eine besonders hohe Wertigkeit und Aufmerksamkeit erfahren (Fichtmüller & Walter, 2007, S. 185). Demgegenüber werden laut Simon (2019, S. 386 ff.) pflegewissenschaftliche Inhalte bei der Unterrichtsplanung eher gemieden.

Obgleich spezifisch Unterrichts-

einstiege im Pflegeunterricht bislang wenig beforscht wurden, liegen international allerdings eine Vielzahl an Studien zur Frage vor, wie Pflegeunterricht für spezielle Inhalte methodisch und/oder medial lernwirksam gestaltet werden kann. Einen Überblick bezüglich des Evidence-based Nursing liefern z. B. Wakibi et al. (2021, S. 135 ff.). Darüber hinaus vorhanden sind Publikationen zur Gestaltung von Aufgaben im Pflegeunterricht sowie zum partizipativen Unterricht. Diese legen nahe, dass neben dem Lebensweltbezug die Komplexität von Aufgaben eine wichtige Rolle für die Motivation spielt. Motivierend wirkt außerdem die Zusammenarbeit von Auszubildenden (Brühe, 2024, S. 312; Kärner & Jüttler, 2024, S. 1022; Wesselborg et al., 2024, S. 134).

Forschungsfrage

Mit Blick auf die besondere didaktische Herausforderung durch praxisfern wahrgenommene Lerngegenstände einerseits und der mangelnden Auseinandersetzung mit diesbezüglich motivierenden Unterrichtseinstiegen im Pflegeunterricht andererseits, zielt der vorliegende Beitrag darauf ab, von Pflegelehrkräften als motivierend wahrgenommene Unterrichtseinstiege für Lerngegenstände zu identifizieren, die als praxisfern erlebt werden. Daraus resultieren zwei Fragen: a) Welche Lerngegenstände schätzen Lehrkräfte als praxisfern ein und b) welche Unterrichtseinstiege werden für diese Lerngegenstände als erfolgreich bewertet?

Anlage der Interviewstudie

Um zu eruieren, welche Lerngegenstände als praxisfern eingeschätzt und welche Unterrichtseinstiege hierfür im Sinne einer good practice als motivierend erachtet werden, wurden Erfahrungen und

Einschätzungen aktiver Pflegelehrkräfte erfragt (Helfferich, 2022, S. 887). Der Fokus der Untersuchung sollte auf der Erfassung konkreter Erfahrungen statt allgemeiner Aussagen über praxisferne Lerngegenstände liegen. Aus diesem Grund wurden Witzel (2000) folgend problemzentrierte Interviews geplant. Diese beginnen mit einer a priori formulierten Einleitungsfrage, die dazu dient, freies Erzählen zu initiieren: „Ich habe manchmal das Problem, dass meine Unterrichtseinstiege sehr schleppend und mühsam sind und die Auszubildenden gelangweilt wirken. Andere Unterrichtseinstiege laufen dafür super und die Auszubildenden sind voll dabei. Kennst du das auch? Erzähl doch mal.“

Im Anschluss folgen Ad-hoc-Fragen, wenn bedeutsame Inhalte im Interview nicht erwähnt werden:

- „Denke bitte einmal an die Themen, die du unterrichtet hast. Welches davon hatte die geringste Relevanz für die Praxis? Warum?“
- „Welcher Unterrichtseinstieg hat bei diesem Thema besonders gut funktioniert? Woran machst du das fest?“

Erarbeitet wurden die Fragen in Anlehnung an das sogenannte „SPSS-Verfahren“ zur Entwicklung von Interviewleitfäden nach Helfferich (2022, S. 885 ff.) im Rahmen einer Brainstorming-Sitzung mit 15 Masterstudierenden der Pflegepädagogik. Die beteiligten Studierenden verfügten allesamt über Unterrichtserfahrung in Pflegeschulen.

Die Fragen wurden analog dazu auch für praxisnahe Lerngegenstände gestellt. Zum Zeitpunkt der Planung der Interviews bestand die übereinstimmende Einschätzung,

dass praxisnah und praxisrelevant aus Sicht der Lehrkräfte gleichzusetzen ist.

Im Anschluss daran haben alle 15 Studierende jeweils zwei Lehrkräfte ihrer jeweiligen Pflegeschulen interviewt. Sofern möglich, sollten jeweils eine unterrichtserfahrene Lehrkraft mit einer mindestens 10-jährigen Unterrichtserfahrung sowie eine Lehrkraft mit geringerer Berufserfahrung befragt werden. Dadurch sollten die für Gelegenheitsstichproben typischen Verzerrungen reduziert werden (Akremi, 2022, S. 413 ff.), da davon ausgegangen wurde, dass sich der Umfang der Berufserfahrung auf die Unterrichtsgestaltung auswirkt (Bromme, 1985).

Die Stichprobe umfasste somit 30 Lehrpersonen aus der Pflegebildung mit unterschiedlichen beruflichen Qualifikationen. Zum Zeitpunkt der Interviews verfügten 12 Personen über einen Bachelor-, 11 Personen über einen Master- und vier Personen über einen Diplomabschluss in einem (pflege)pädagogischen Studiengang. Drei Personen verfügten über keinen akademischen Grad. Die Dauer der Lehrtätigkeit variierte stark, von einem halben Jahr bis zu 35 Jahren, mit einer durchschnittlichen Berufserfahrung von 8 Jahren.

Neben der Zustimmung der Schulleitungen lag ein positives Votum der Ethikkommission der Hochschule des Erstautors vor (Gutachten 2025/3). Vor der Befragung wurden die Lehrpersonen im Sinne der DSGVO informiert und ihr Einverständnis eingeholt. Um ein besonders hohes Maß an Datenschutz zu gewährleisten, wurde weder Alter noch das Geschlecht erfasst. Forschungsmethodologisch war das möglich, da

es keinen Hinweis auf Einflüsse des Alters bzw. Geschlechts auf die untersuchten Merkmale gab. Eine materielle Vergütung für die Teilnahme an der Studie erfolgte nicht.

Auswertung der Interviewstudie

Die Interviews wurden von den Studierenden transkribiert und mittels einer inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz et al. (2022, S. 129 ff.) ausgewertet. Als deduktive Hauptkategorien wurden praxisferne Lerngegenstände, praxisnahe Lerngegenstände sowie erfolgreiche Unterrichtseinstiege festgelegt. Sodann wurden durch die Studierenden induktive Subkategorien gebildet. Auf dieser Basis wurde ein Kodierleitfaden entwickelt, der in Tabelle 1 exemplarisch dargestellt ist.

Ergebnisse

Auf die nähere Darstellung der praxisnahen Lerngegenstände wird aufgrund der Ausrichtung des Beitrags verzichtet. Beispielsweise handelte es sich dabei um Lerngegenstände mit unmittelbarem Bezug zu pflegerischen Einzelhandlungen. Für die als praxisfern eingeschätzten Lerngegenstände

und der dazugehörigen, als erfolgreich erlebten Unterrichtseinstiege ergab sich das in Abbildung 1 dargestellte Kategoriensystem.

In 12 der 30 Interviews wurde „Forschung und Wissenschaft“ inklusive Evidence-based Nursing als praxisfern beschrieben. Dies wurde darauf zurückgeführt, dass von den Pflegelehrkräften nicht erlebt wurde, wie die Forschung die Pflegepraxis prägt: „[...] Wissenschaft und Forschung betrifft mich in meiner Praxis nicht. Ich arbeite doch praktisch, was soll ich denn mit diesen ganzen Studien?“ (I.9, Z.58)

Gesetze und Recht sowie spezifische Medizinische Themen wurden in jeweils 6 der 30 Interviews als praxisfern eingestuft. Auch dies wurde mit dem Erleben der Auszubildenden begründet. So schilderte eine Lehrkraft, deren Träger der Pflegeschule keine urologische Abteilung besaß: „[...] die Urologie ist etwas, [...] was sie nicht im Alltag erleben.“ (I.1, Z.74)

Ähnlich argumentiert wurde auch in 5 von 30 Interviews bei Lerngegenständen zum Pflegeprozess und korrespondierenden Instrumenten zur Informations-sammlung, wie die Biografiear-

beit. Interessant war zudem die Aussage einer Lehrkraft, dass die Auszubildenden durch die Unterrichtseinheit ihre Einstellung zum Lerngegenstand geändert haben: „[...] Biografiearbeit, was ich unterrichte. Ich finde das sehr relevant für die Praxis, aber ich habe die Rückmeldung von den Auszubildenden bekommen, dass sie nach der Unterrichtsreihe gesagt haben, am Anfang hätten wir uns nicht vorstellen können, wie groß das Thema ist und wie interessant oder wie relevant das ist für die Praxis.“ (I.20, Z.51)

Kommunikationsmodelle und Theorien wurden in 5 der 30 Interviews als praxisfern eingeschätzt mit der Begründung, dass dies wenig greifbar sei: „Es ist Kommunikation und Kommunikation gehört jetzt, hätte ich gesagt, nie so sehr zu den beliebten Schwerpunkten. Miteinander reden, also es fließt kein Blut. Keine Intuition erfordert und nichts, was du anfasen kannst.“ (I.27, Z.74)

Nicht näher begründet, sondern nur beschrieben wurde, dass das Management und die Finanzierung des Gesundheitswesens als praxisfern wahrgenommen wird (in 5 von 30 Interviews).

Unterrichtseinstieg	Beschreibung	Kodierregel
Fallbeispiele / Fallvignetten / konkrete Situationen	Realitätsnahe oder fiktive Fälle oder Fallbeispiele oder konkrete Situationen aus dem beruflichen Alltag/Pflegesetting	Wird dieser Kategorie zugeordnet, wenn konkrete Situationen, Fälle oder Fallvignetten zur Einführung eines Lerngegenstands genutzt werden.

Tab. 1: Beispielhaft dargestellter Kodierleitfaden (eigene Darstellung)

**Hauptkategorie:
Praxisferne
Lerngegenstände**



Subkategorien:

- Forschung und Wissenschaft
- Medizinische Themen
- Gesetze und Rechte
- Pflegeprozess und Biografiearbeit
- Kommunikation
- Management und Finanzierung im Gesundheitswesen
- Geschichte und Entwicklung der Pflege
- Prävention
- Pädiatrie
- Hygiene

**Hauptkategorie:
Erfolgreiche
Unterrichtseinstiege**



Subkategorien:

- Medieneinsatz (Audio, Video, Bücher, Digitale Präsentationen)
- Persönliche Erfahrungen und Bewertungen (inkl. digitaler Abfragetools)
- Offene Fragen & Diskussion
- Fallbeispiele / Fallvignetten / konkrete Situationen
- Darstellung der Relevanz für Praxis
- Gruppenarbeit
- Strukturierung/ Überblick geben
- Spielerischer Einstieg
- Netzwerkkarten
- Achtsamkeitskarten, Gefühlskarten

Abb. 1: Kategoriensystem zu praxisfern wahrgenommenen Lerngegenständen und diesbezüglich als erfolgreich erlebten Unterrichtseinstiegen (eigene Darstellung)

Ebenfalls wurde keine Begründung für die Einordnung des Lerngegenstands Prävention (in 4 von 30 Interviews) als praxisfern angeführt. Schließlich wurden auch die Geschichte der Pflege inklusive ihrer Professionalisierung (in 4 der 30 Interviews) sowie spezifisch pädiatrische Themen (3 von 30 Interviews) als praxisfern bezeichnet, was jeweils mit fehlenden Erfahrungen der Auszubildenden begründet wurde: „Tatsächlich meistens die pädiatrischen Themen, weil nicht alle ihren Pädiatrie-Einsatz auf einer pädiatrischen Station haben.“ (I.24, Z.50); bzw. „[...] die Professionalisierung der Pflege ist häufig so ein sehr praxisfernes Thema für die Auszubildenden, weil die sich einfach in ihrem praktischen Handeln alltäglich damit nicht befassen.“ (I.13, Z.52)

Auch beim Lerngegenstand Ste-

rilisation von Instrumenten (hier allgemeiner als Hygiene formuliert) wurde die empfundene Praxisferne des Unterrichts damit begründet, dass dieses Thema in den praktischen Ausbildungsabschnitten keine Anwendung fand: „[...] da hat man Sterilisation unterrichtet, also Instrumente sterilisieren und das war für die Schüler erstmal so weit weg, dass sie das einfach nicht gern gelernt haben.“ (I.28, Z.50)

Erfolgreiche Unterrichtseinstiege bei praxisfernen Lerngegenständen

Die befragten Lehrkräfte berichteten zu den als praxisfern bewerteten Lerngegenständen verschiedene Beispiele gelungener Unterrichtseinstiege.

In 6 der 30 Interviews wurde vom

erfolgreichen Einsatz zusätzlicher Medien berichtet, wie beispielsweise einem Video zur Herzanatomie. Darüber hinaus wurde berichtet, dass es sich positiv auswirkt, wenn persönliche Erfahrungen und Meinungen der Auszubildenden im Unterrichtseinstieg berücksichtigt werden. Dazu wurden digitale Abfragetools verwendet (in 6 von 30 Interviews). Auch von offenen Fragen und Diskussionen wurde berichtet (in 5 von 30 Interviews): „[...] meistens ist so der Weg, dass ich erstmal so frei offen frage: ‚Was ist denn der Unterschied zwischen Prävention und Gesundheitsförderung?‘ Dass sie erstmal so ein bisschen ans Denken kommen und irgendwie merken: ‚Dieses Thema ist mir gar nicht so klar.‘“ (I.15, Z.121). Gemäß den Angaben in 4 von 30 Interviews kam die Verwendung von Fallbeispielen oder eine direk-

te Erläuterung der Praxisrelevanz durch die Lehrkraft zum Einsatz. „Ich versuch immer, diese Themen, die auch sehr theoretisch erscheinen, trotzdem anhand von Beispielen sehr praxisnah zu erklären. Das heißt, ich versuche den Auszubildenden direkt klarzumachen: Welchen Zusammenhang hat das mit der Praxis und warum sprechen wir darüber, also warum ist das wirklich wichtig?“ (I.25, Z.50)

Gruppenarbeiten wurden in 2 der 30 Interviews als Teil erfolgreicher Unterrichtseinstiege dargestellt: „Was ich dann aber für mich rausgefunden hab, das Ganze nicht als Frontalunterricht zu verpacken, also dann 3 Alterstheorien der Reihe nach weg, irgendwie zu demonstrieren und zu erläutern, sondern da einerseits den Kurs in Gruppen aufzuteilen, so dass jede Gruppe eine der Alterstheorien erarbeitet.“ (I.14, Z.41) In den geführten Gesprächen wurde sowohl die Darstellung des Gesamtüberblicks für die Auszubildenden als auch die Implementierung spielerischer Elemente jeweils in einem Interview erwähnt: „Genau, wir machen also, dieses klassische ‚Wer bin ich?‘-Spiel, dass wir 10 Fragen vorbereitet haben und jede Frage ist näher an der Person dran [...]“ (I.7, Z.85) Schließlich wurden noch Netzwerkkarten und Gefühls-/Achtsamkeitskarten als Teil erfolgreicher Unterrichtseinstiege beschrieben (in je einem von 30 Interviews).

Diskussion und Fazit

Nach Simon (2019, S. 303 ff.) spielt die erlebte Pflegepraxis der Lehrkräfte sowie deren Annahmen über die Anforderungen der Pflegepraxis an die Auszubildenden eine große Rolle bei der Unterrichtsplanung. Dies war auch in vorliegendem Beitrag eine zen-

trale Begründung der befragten Lehrkräfte zur Einschätzung eines Lerngegenstands als praxisfern. So wurden beispielsweise urologische oder pädiatrische Unterrichtsgegenstände von Lehrkräften als praxisfern eingeschätzt, die jeweils in Schulen beschäftigt waren, in denen kein entsprechender Praxiseinsatz möglich war. Dies erklärt auch die Einschätzung der Lehrkräfte von Pflegewissenschaft oder Evidence-based Nursing als praxisfern: Sie gehen davon aus, dass in den praktischen Einsätzen die oft bereits existente wissenschaftliche Fundierung der Praxis nicht als solche wahrgenommen wird. Dass medizinische Inhalte als besonders hochwertig eingeschätzt werden (Fichtmüller & Walter, 2007, S. 185) war in der vorliegenden Studie nicht erkennbar, allerdings befasst sich die Studie von Fichtmüller und Walter auch mit dem Lernen in der Pflegepraxis selbst und nicht mit den Einschätzungen der Lehrkräfte.

Die befragten Lehrkräfte schilderten Unterrichtseinstiege als erfolgreich, bei denen ein Bezug zur erlebten Praxis der Auszubildenden hergestellt bzw. persönliche Erfahrungen einbezogen wurden. Ein solcher Bezug zur Lebenswelt ist ein typisches lern- und motivationsförderliches Merkmal von Aufgaben im Pflegeunterricht (Brühe, 2024, S. 312; Wesselborg et al., 2024, S. 134). Der Grund für die motivierende Wirkung der offenen Fragen inkl. Diskussion sowie der Fallstudien könnte in ihrer Komplexität sowie der unterschiedlichen Lösungsmöglichkeiten liegen. Bei der Gruppenarbeit sowie den Diskussionen ist die soziale Einbindung als weiterer motivierender Faktor denkbar (Kärner et al., 2024). Dass spielerische Elemente motivierende Effekte haben, ist inzwischen unter dem

Stichwort der Gamification empirisch gut untermauert und intensiv beforscht (Nylén-Eriksen et al., 2025). Beim Medieneinsatz könnte der Kontext ein Erklärungsansatz sein. So wird in verschiedenen Untersuchungen ein positiver Effekt bildlicher Darstellungen im Bereich der Anatomie belegt (Narayanan & Ramakrishnan, 2024) – das bedeutet jedoch nicht, dass es für jeden Unterrichtsgegenstand vorteilhaft ist.

Die Frage nach der Güte und somit nach Qualitätskriterien qualitativer Forschung ist ein sehr kontrovers diskutiertes Thema ohne breiten Konsens über einzelne Kriterien (Flick, 2020). Im vorliegenden Beitrag wurde vor allem auf eine Übereinstimmung aller Auswertenden über das Vorgehen bei der Datenanalyse gesetzt. Ferner wurde das gesamte Interviewmaterial durch die beiden Autorinnen des vorliegenden Beitrags unabhängig voneinander vollständig codiert. Das jeweilige Ergebnis wurde am Ende miteinander verglichen, Abweichungen diskutiert und ein Konsens erzielt. Eine Schwierigkeit bei der Durchführung der Interviews bestand darin, dass die Begriffe praxisnah und praxisrelevant synonym verwendet wurden. Es bleibt offen, inwiefern die Einschätzungen der Lehrkräfte zur Praxisnähe und auch der Frage, ob ein Unterrichtseinstieg erfolgreich ist, sich mit denen der Auszubildenden deckt. Unklar ist auch, inwiefern Auszubildende durch ihre Berichte aus der Praxis die Einschätzung der Lehrkräfte beeinflussen.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass für die Bewertung von Unterrichtsgegenständen von Lehrkräften ihre Praxiserfahrung und ihre Annahmen über Anforderungen der Praxis an die Auszubildenden

eine große Rolle spielen. Dies führt nicht in jedem Fall zu einer inhaltlichen Vermeidung, sondern auch zu aktivierenden Unterrichtseinstiegen – als „Good Practices“, die als Teil der Lehrkräftebildung zur weiteren Professionalisierung des Pflegeunterrichts beitragen könnten.

Literatur

Akremit, L. (2022). Stichprobenziehung in der qualitativen Sozialforschung. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 405–424). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-658-37985-8_26

Bensch, S. (2016). Zum Verhältnis von Pflegewissenschaft, Pflegedidaktik und Pflegepraxis für eine Berufspraxis der Gesundheitsberufe. In B. Brinker-Meyendriesch & F. Arens (Hrsg.), *Diskurs Berufspädagogik, Pflege und Gesundheit* (S. 132–153) wbv.

Bohrer, A. (2013). Selbstständig werden in der Pflegepraxis. Eine empirische Studie zum informellen Lernen in der praktischen Pflegeausbildung. wbv. https://www.eh-berlin.de/fileadmin/Redaktion/2_PDF/HOCHSCHULE/ORGANISATION/PERSONENVERZEICHNIS/PDFs_Hauptamtliche/PDFs_Bohrer/Bohrer_2013_Selbststaendigwerden.pdf

Bromme, R. (1985). Was sind Routinen im Lehrerhandeln? Eine Begriffsklärung auf der Grundlage neuerer Ergebnisse der Problemlöseforschung. *Unterrichtswissenschaft* 13(2), 182–192. <https://doi.org/10.25656/01:29572>

Brühe, R. (2024). Lernaufgaben im Pflegeunterricht. Eine empirische Standortbestimmung und Entwicklung eines pflegedidakti-

schen Evaluationsinstruments. In R. Brühe & W. von Gahlen Hoops (Hrsg.), *Handbuch Pflegedidaktik I. Pflegedidaktisch handeln* (S. 293–318). transcript. <https://doi.org/10.36198/9783838562391>

Eccles, J., & Wigfield, A. (2024). The development, testing, and refinement of Eccles, Wigfield, and colleagues' situated expectancy-value model of achievement performance and choice. *Educational Psychology Review*, 36(2), Artikel Nr. 51. <https://doi.org/10.1007/s10648-024-09888-9>

Fachkommission nach § 53 Pflegeberufegesetz (2020). Rahmenpläne der Fachkommission nach § 53 PflBG (2. Aufl.). Bundesinstitut für Berufsbildung. <https://www.bibb.de/dienst/publikationen/de/download/16560>

Fichtmüller, F., & Walter, A. (2007). Pflegen lernen: Empirische Begriffs- und Theoriebildung zum Wirkgefüge von Lernen und Lehren beruflichen Pflegehandelns. V & R unipress.

Flick, U. (2020). Gütekriterien qualitativer Forschung. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Handbuch qualitative Methoden in der Psychologie*. Band 2: Designs und Verfahren (S. 247–263). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-658-26887-9_30

Frommberger, D. (2013). Lernergebnisorientierung und Lernergebniseinheiten in der beruflichen Bildung. Eine theoretische und komparative Einordnung aktueller curricularer Gestaltungsansätze. *bwp@Berufs- und Wirtschaftspädagogik – online*, 24, 1–20, http://www.bwpat.de/ausgabe24/frommberger_bwpat24.pdf

Helfferrich, C. (2022). Leitfaden-

und Experteninterview. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 875–911). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-658-37985-8_55

Jahn, R., & Goetzl, M. (2015). BE-SUB III – Zur Beschreibung der Sichtstrukturen kaufmännischen Unterrichts entlang von Sozialformen und Unterrichtsphasen – Ergebnisse einer vertiefenden Analyse mit einem ausdifferenzierten Erhebungsinstrument. *bwp@Berufs- und Wirtschaftspädagogik – online*, 28, 1–24. http://www.bwpat.de/ausgabe28/jahn_goetzl_bwpat28.pdf

Kärner, T., & Jüttler, M. (2024). Partizipation im Unterricht: Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung von lernerseitigen Partizipationsmöglichkeiten aus der Perspektive von Lernenden und Lehrenden. *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft* 27, 1019–1061. <https://doi.org/10.1007/s11618-024-01235-6>

Kuckartz, U., & Rädiger, S. (2022). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. Beltz Juventa.

Nachtigall, V., & Wirth, J. (2024). Perspectives on authentic learning. *European Journal of Psychology of Education*, 39, 3213–3225. <https://doi.org/10.1007/s10212-024-00897-4>

Narayanan, S., & Ramakrishnan, R. (2024). Strategies to Effectively Utilize Images in Anatomical Teaching and Assessment. *Medical science educator*, 34(3), 671–678. <https://doi.org/10.1007/s40670-024-02030-y>

Nylén-Eriksen, M., Stojilkovic, M., Lillekroken, D., Lindeflaten,

K., Hessevaagbakke, E., Flølo, T. N., Hovland, O. J., Solberg, A. M. S., Hansen, S., Bjørnnes, A. K., & Tørris, C. (2025). Game-thinking; utilizing serious games and gamification in nursing education - a systematic review and meta-analysis. *BMC medical education*, 25(1), Artikel Nr. 140. <https://doi.org/10.1186/s12909-024-06531-7>

Simon, J. (2019). *Pflegewissen-schaftliche Ansprüche in der Unterrichtsplannung. Eine empirische Untersuchung.* Bamberg University Press. <https://fis.uni-bamberg.de/bitstreams/a3ee7022-6bf2-405f-aebb-853d2dfe80fa/download>

Wakibi, S., Ferguson, L., Berry, L., Leidl, D., & Belton, S. (2021). Teaching evidence-based nursing practice: A systematic review and convergent qualitative synthesis. *Journal of Professional Nursing*, 37(1), 135–148. <https://doi.org/10.1016/j.prof-nurs.2020.06.005>

Herzberg, H., & Walter, A. (2023). Zur Professionalität von Lehrenden in den Gesundheitsfachberufen. In I. Darmann-Finck & K. Sahmel (Hrsg.), *Pädagogik im Gesundheitswesen* (S. 553–570). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-66832-0_39

Wesselborg, B., Weyland, U., Kleinknecht, M., Koschel, W., Schäfer, M., & Klar, K. (2024). Kognitive Aktivierung in der beruflichen Fachrichtung Pflege. Überprüfung und Weiterentwicklung eines fachdidaktischen Kategoriensystems zur Aufgabenanalyse. In U. Weyland & W. Koschel (Hrsg.), *Aktuelle Ansätze und Forschungsbefunde zur beruflichen Bildung im Gesundheits- und Pflegebereich* (S.127–148). wbv. <https://dx.doi.org/10.3278/9783763974061>

Witzel, A. (2000). Das Problemzentrierte Interview. *Forum Qualitative Sozialforschung*, 1(1), Artikel Nr. 22. <https://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1132/2519>

Danksagung

Wir bedanken uns bei den Studierenden, die an der Interviewstudie beteiligt waren. Dies sind: Jessica Adam, Dirk Böttcher, Sophia Braasch, Tanja Britz, Jennifer Hausmann, Sarah Hermanns, Jacqueline Le-Gutsch, Lena Rudat, Kerstin Schnapp-Benend, Elias Schott, Melanie Schreurs, Anja Vetter, Charline Wilck und Dietmar Wrobel.

Eingereicht: 26.04.2025
Genehmigt: 17.09.2025

doi: 10.61034/LLiG-38

Sarah Lein, B.A., M.A.
Lehrerin Fachrichtung
Anästhesietechnische
und Operationstechni-
sche Assistenz an der
Carus Akademie am
Universitätsklinikum
Carl Gustav Carus
Dresden



Robert Leschowski, B.A., M.A.
Organisatorische
Studiengangsleitung
im Bachelor- und
Masterstudiengang der
Medizinpädagogik am
Campus Gera der SRH
University of Applied
Sciences Heidelberg



Eine quantitative Erhebung zum Kohärenzgefühl bei Auszubildenden der Anästhesietechnischen und Operationstechnischen Assistenz in Deutschland

Abstract (Deutsch):

Hintergrund: Auszubildende der Anästhesietechnischen (ATA) und Operationstechnischen Assistenz (OTA) stehen im Berufsalltag zahlreichen Stressoren gegenüber, die zu einer hohen psychischen Belastung führen können. Das Kohärenzgefühl (Sense of Coherence, SOC) als zentrales Element des Salutogenese-Modells kann eine Rolle in der gesundheitsförderlichen Bewältigung von Herausforderungen spielen.

Ziel: Die vorliegende Arbeit untersucht die Ausprägung des Kohärenzgefühls bei ATA- und OTA-Auszubildenden deutschlandweit sowie Unterschiede in der Ausprägung hinsichtlich soziodemographischer Merkmale.

Methodik: In einer multizentrischen Querschnittserhebung wurde das Kohärenzgefühl bei ATA- und OTA-Auszubildenden deutschlandweit mithilfe des standardisierten Fragebogens SOC-L9 erhoben. Zusätzlich erfolgte die Erfassung von soziodemographischen Daten, um mögliche Unterschiede in Subgruppen zu betrachten. Die Ergebnisse wurden deskriptiv-statistisch ausgewertet. Ergebnisse: Es nahmen 646 Auszubildende aus zwölf Bundesländern teil. Der Gesamtmittelwert des SOC betrug 40,90 (SD = 8,42). Insbesondere das Alter ab 18 bis 35 Jahren war mit einer zunehmenden SOC-Ausprägung assoziiert. Weibliche Auszubildende hatten einen leicht geringeren SOC als männliche, wohingegen Personen mit diversem Ge-

schlecht einen deutlich geringeren SOC hatten.

Diskussion: Das Kohärenzgefühl in der untersuchten Stichprobe ist geringer als in anderen Untersuchungen vergleichbarer Gesundheitsfachberufe und deutet auf Handlungsbedarf hin. Diese Befunde unterstreichen die Notwendigkeit gesundheitsfördernder Maßnahmen in schulischen und praktischen Ausbildungssettings zur Stärkung der Widerstandsressourcen. Der Widerspruch der vorliegenden Ergebnisse zu anderen Untersuchungen unterstreicht den Bedarf nach weiterführender Forschung.

Schlüsselwörter

Ausbildung – Anästhesietechnische Assistenz (ATA) – Kohärenzgefühl – Operationstechnische Assistenz (OTA) – Salutogenese – Sense of Coherence (SOC)

Abstract (Englisch)

Background: Trainees in anaesthesia and surgical technical assistance face numerous stressors in their day-to-day work, which can lead to a high level of psychological strain. The sense of coherence (SOC) as a central element of the salutogenesis model can play a role in coping with challenges in a way that promotes health.

Aim: This study investigates the extent of the sense of coherence in anaesthesia and surgical technical assistance trainees throughout Germany as well as differences in the extent with regard to socio-demographic characteristics.

Methods: In a multicentre cross-sectional survey, the sense of coherence was assessed in anaesthesia and surgical technical assistance trainees throughout Germany using the standardised SOC-L9 questionnaire. Socio-demographic data was also collected in order to analyse possible differences in subgroups. The results were analyzed descriptively.

Results: 646 trainees from twelve federal states took part. The overall mean SOC score was 40.90 (SD = 8.42). In particular, age from 18 to 35 years was associated with an increasing SOC score. Female trainees had a slightly lower SOC than male trainees, whereas people of different genders had a much lower SOC.

Discussion: The sense of coherence in the sample analysed is lower than in other studies of comparable healthcare professions and indicates a need for action. These findings underscore the need for health-promoting measures in school and practical training settings to strengthen resilience resources. The contradiction between the present results and other studies emphasises the need for further research.

Key words

apprenticeship – Anesthesia technical assistance – Salutogenesis – Sense of coherence (SOC) – Surgical technical assistance – Trainees

Einleitung

Die Anästhesietechnische (ATA) sowie Operationstechnische Assistenz (OTA) gehören zu den jungen und zugleich anspruchsvollen Gesundheitsfachberufen. Zeitdruck, komplexe Eingriffe, Personalmangel sowie wachsende Anforderungen im Klinikalltag, auch bedingt durch den demografischen Wandel, führen zu einem

hohen Belastungsniveau (Rubbert & Stiegelmayr, 2019, S. 5 ff.; Statistisches Bundesamt, 2010, S. 7 ff.).

Diese Stressfaktoren betreffen in besonderem Maße Auszubildende, die parallel zur schulischen Ausbildung in den operativen Abteilungen tätig sind. Sie stehen vor der Herausforderung, innerhalb kurzer Zeit umfassende praktische Kompetenzen zu erwerben oftmals unter erschwerten Bedingungen aufgrund der angespannten Personalsituation. Ihre Gesunderhaltung sollte demzufolge ein zentrales Anliegen sein (Larsson & Sanner, 2010, S. 34 ff.).

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, wie ATA- und OTA-Auszubildende auch unter den dargestellten Bedingungen physisch und psychisch gesund bleiben können. Das in der Gesundheitswissenschaft häufig herangezogene Konzept der Salutogenese (Antonovsky, 1988; 1997) liefert hierzu wichtige Erklärungsansätze. Dessen zentrales Element ist das Kohärenzgefühl, das maßgeblich dafür sein kann Bewältigungsstrategien zu entwickeln.

Studien zeigen, dass ein hohes Kohärenzgefühl mit besserer psychischer Gesundheit und geringerer Burnout-Gefahr assoziiert ist (Eriksson & Lindström, 2007, S. 938 ff.; Malagón-Aguilera et al., 2012, S. 214 ff.). Trotz der hohen Belastungen in der Ausbildung von ATA und OTA gibt es bislang nur wenige Untersuchungen zur Ausprägung des Kohärenzgefühls in diesen Berufsgruppen.

Ziel dieser Arbeit ist die bundesweite Erhebung des Kohärenzgefühls von Auszubildenden beider Fachrichtungen. Zudem werden mögliche Unterschiede in Bezug auf Geschlecht, Alter, formaler Bildung, Ausbildungsjahr und Bundesland deskriptiv analysiert. Die Ergebnisse sollen erste Hinweise

auf potenzielle Interventionsbedarfe in der Lern- und Arbeitsumgebung zur Gesundheitsförderung geben.

Das Modell der Salutogenese

Das durch den Medizinsoziologen Aaron Antonovsky (1923-1994) entwickelte salutogenetische Modell beschreibt Bedingungen zur Erhaltung der Gesundheit. Demzufolge bewegt sich ein Mensch im Laufe seines Lebens kontinuierlich zwischen den beiden Polen „Gesundheit“ und „Krankheit“ auf einem Kontinuum. Auf die Position des Einzelnen wirken zum einen generalisierte Widerstandsressourcen, die für die Gesunderhaltung eine wichtige Rolle spielen. Sie können aus dem Individuum selbst (z. B. Resilienz) oder aus dessen sozialem Umfeld stammen (z. B. unterstützende Netzwerke) (Antonovsky, 1988; 1997). Allgegenwärtige Stressoren hingegen verursachen Spannungszustände, die potenziell krankheitsauslösend wirken können. Misslingt die Bewältigung, steigt die Wahrscheinlichkeit, dass sich Krankheiten manifestieren. Gelingt die Spannungsbewältigung mithilfe von Ressourcen, fördert dies nicht nur die Verschiebung auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum in Richtung Gesundheit, sondern gleichzeitig wird das Kohärenzgefühl – ein Schlüsselement der Salutogenese – gestärkt.

Kohärenzgefühl (Sense of Coherence, SOC)

Der SOC beschreibt laut Antonovsky (1997) eine übergreifende Lebensorientierung, die es Menschen ermöglicht, alltägliche Herausforderungen als begreifbar, bewältigbar und sinnvoll zu erleben. Er entsteht im Zusammenspiel zwischen wahrgenommenen Stressoren und Spannungszuständen einerseits sowie den ver-

fügbaren Widerstandsressourcen andererseits, die zur Bewältigung dieser Anforderungen beitragen. Der SOC setzt sich aus drei Komponenten zusammen, die auch in Abbildung 1 dargestellt sind:

- **Verstehbarkeit:** Individuen mit einer hohen Ausprägung der kognitiven Komponente nehmen die Welt als logisch strukturiert, verständlich und somit vorhersehbar wahr. Sie können selbst Stressoren in eine konsistente Ordnung bringen und zu strukturierten Informationen verarbeiten.
- **Handhabbarkeit:** Diese kognitiv-emotionale Komponente beinhaltet die Wahrnehmung,

über genügend interne oder externe Ressourcen, sogenannte Widerstandsressourcen, zu verfügen, um Anforderungen zu bewältigen.

- **Sinnhaftigkeit:** Die motivationale Komponente beschreibt das Erleben von Bedeutsamkeit im eigenen Handeln. Personen mit einer hohen Ausprägung dieser Dimension betrachten Anforderungen nicht als bloße Belastung, sondern als lohnenswerte Herausforderung und erkennen einen übergeordneten Sinn sowohl in ihren Handlungen als auch im Leben insgesamt.

Ein gut ausgeprägtes Kohärenzgefühl kann sich positiv auf die psychische Gesundheit auswirken, indem es einen Schutzfaktor vor den Auswirkungen von Stress darstellt. Menschen mit gut ausgeprägtem Kohärenzgefühl nutzen generalisierte Widerstandsressourcen effizient und können besser mit Spannungszuständen umgehen. Aus vergangenen Erfolgserlebnissen schöpfen sie Vertrauen und bewältigen so auch künftige Herausforderungen leichter (Antonovsky, 1997; Eriksson & Lindström, 2007, S. 983). Empirische Befunde weisen darauf hin, dass ein starker SOC mit einer höheren psychischen und physi-

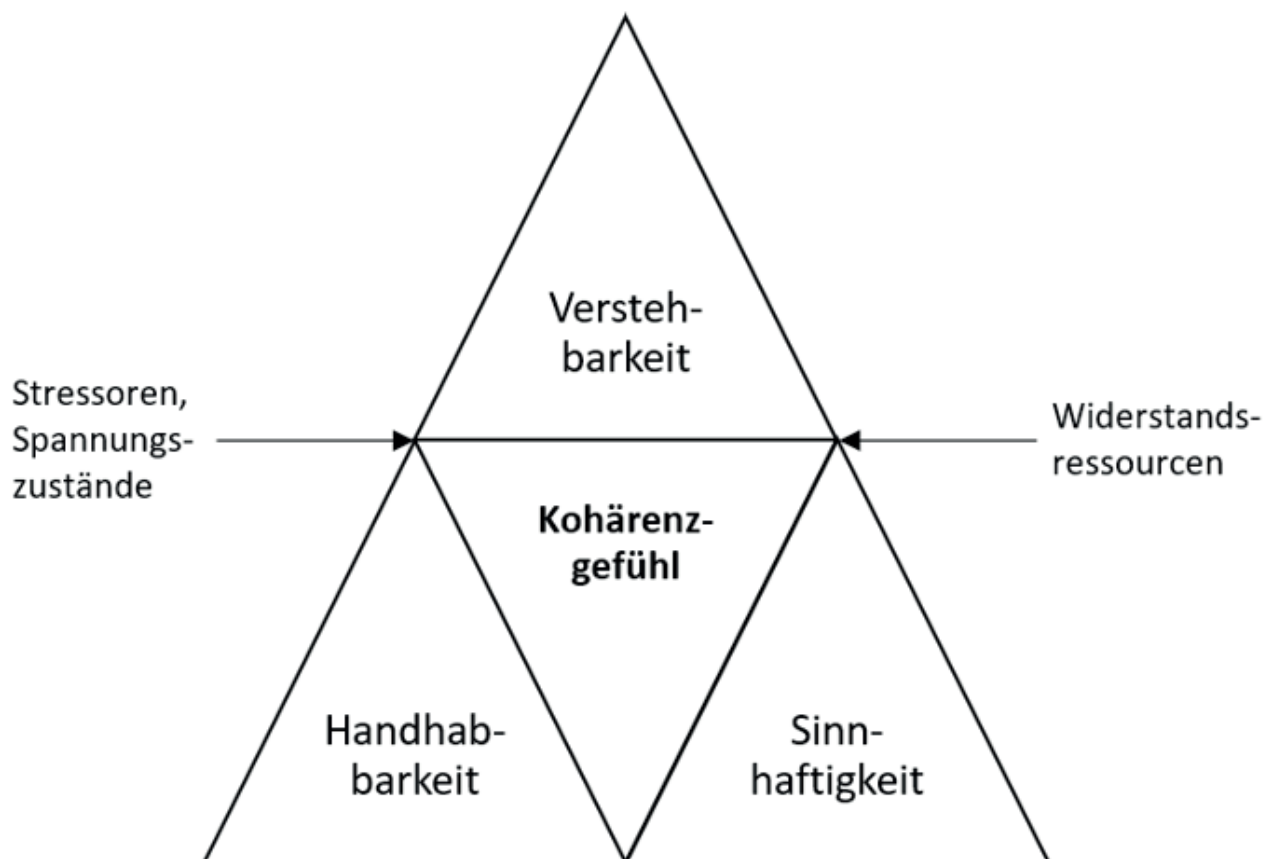


Abbildung 1: Die drei Dimensionen des Kohärenzgefühls (Bemerkung. Vereinfachte Darstellung der Komponenten des SOC nach dem Modell von Antonovsky (Antonovsky, 1988, S. 15 ff.) inklusive der Einflussfaktoren. In Anlehnung an (Krause, 2017).

schen Gesundheit assoziiert ist (Neuner et al., 2011, S. 316; Schumacher et al., 2000, S. 472 ff.) und auch mit einem geringeren Stresserleben und einem geringerem Beschwerdedruck korreliert (Neuner et al., 2011, S. 316).

Forschungsstand zum Kohärenzgefühl in Gesundheitsfachberufen

In verschiedenen Gesundheitsfachberufen wurde ein positiver Einfluss eines hohen SOC auf die Gesundheit der Beschäftigten herausgestellt (Betke et al., 2021, S. 3409; Gomes et al., 2018, S. 1973). Die Ergebnisse weiterer Studien deuten darauf hin, dass Pflegekräfte mit einem höheren SOC eher gesundheitsfördernde Verhaltensweisen zeigen und effektivere Coping-Strategien nutzen als diejenigen, mit einem niedrigen SOC (Basińska et al., 2011, S. 264; da-Silva-Domingues et al., 2022, S. 11). Ein niedriger SOC weist hingegen bei Pflegepersonal auf ein vermehrtes Auftreten von Burnout und Depressionen hin (Malagón-Aguilera et al., 2012, S. 214). Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass das Kohärenzgefühl als ein möglicher Schutzfaktor gegen das Auftreten von Erkrankungen durch stressbedingte Faktoren am Arbeitsplatz gesehen werden kann. Für Berufe im operativen Bereich existieren bisher nur wenige Studien.

Eine Pilotstudie (Künzer et al., 2021, S. 208 ff.) untersuchte 72 Auszubildende der OTA mit dem SOC-L9 und fand einen Mittelwert von 48,04. Teilnehmende der Altersgruppe von 17 bis 19 Jahren sowie weibliche Auszubildende wiesen tendenziell höhere SOC-Werte auf. Schlussfolgernd konnte festgehalten werden, dass der SOC vielversprechend ausgebildet ist und eine gezielte Förderung unterstützend wirken kann. Aller-

dings handelte es sich um eine monozentrische Untersuchung, wodurch keine repräsentativen Schlüsse gezogen werden konnten. Entsprechend besteht weiterhin ein Forschungsdesiderat, da eine stressbelastete Umgebung wie der OP-Bereich potenziell gesundheitliche Risiken birgt. Daher soll mit der vorliegenden Arbeit das Kohärenzgefühl bei Auszubildenden der ATA und OTA in Deutschland erfasst werden.

Forschungsdesign

Zur quantitativen Erhebung des Kohärenzgefühls bei Auszubildenden der ATA und OTA wurde mithilfe von SoSci-Survey erstellter Online-Fragebogen eingesetzt. Dieser Fragebogen war zweigeteilt. Erstens wurden mithilfe des SOC-L9 (Leipziger Kurzfassung) neun standardisierte Items erhoben, die den drei Dimensionen des Kohärenzgefühls, Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit, zugeordnet werden können und der Erfassung des Kohärenzgefühls dienen (Singer & Brähler, 2007). Die Teilnehmenden beantworteten die Aussagen auf einer siebenstufigen Likert-Skala, wobei einige Fragen invertiert sind. Ein höherer summierter Score (max. 63) bedeutet ein stärker ausgeprägtes Kohärenzgefühl. Diese „Leipziger Kurzfassung“ des SOC-Fragebogens wurde als ebenso valide eingestuft, wie der ursprünglich von Antonovsky entwickelte Fragebogen mit 29 Items (Singer & Brähler, 2007).

Neben dem SOC wurden soziodemographische Variablen erfasst wie Ausbildungsjahr, Ausbildungsrichtung, Alter, Geschlecht, formaler Bildungsabschluss und Bundesland der jeweiligen Schule. Der Fragebogen wurde zuvor einem Pretest unterzogen. Die Datenanalyse erfolgte mithilfe des Office-Programms Excel in der

Version Microsoft 365 deskriptiv für den Gesamt-SOC und verschiedene Subgruppen.

Stichprobe

Im Dezember 2022 wurden insgesamt 114 Schulen für ATA und OTA in Deutschland angeschrieben, von denen 32 Einrichtungen zusagten und den Online-Fragebogen an ihre Auszubildenden weiterleiteten. Laut Angaben der jeweiligen Leitenden erhielten so 1970 Auszubildende den Link zum Fragebogen per Mail, wobei davon 578 eindeutig der OTA und 250 eindeutig der ATA zugeordnet werden können. Mehrere Schulen meldeten ihre Auszubildendenzahlen nicht differenziert zurück und eine Einrichtung machte hierzu keine Angaben. Daher ist davon auszugehen, dass etwas mehr als 1970 Auszubildende den Fragebogen erhalten haben.

Der Erhebungszeitraum dauerte drei Wochen, eine Erinnerung zur Teilnahme erfolgte nach der Hälfte der Zeit. Den Auszubildenden wurden über ihre Schulleitung zusätzlich Erläuterungen zu Zielen und Ablauf der Studie bereitgestellt. Anonymität und Freiwilligkeit der Teilnahme waren dabei gewährleistet.

Insgesamt nahmen 646 Auszubildende aus zwölf Bundesländern teil, die zum Zeitpunkt der Befragung in den Ausbildungsjahren eins bis drei waren. Diese haben den kompletten SOC-Fragebogen ausgefüllt. Für die Untersuchung der soziodemographischen Variablen stand eine Stichprobe von mindestens 634 Befragten zur Verfügung, da einige den Fragebogen an verschiedenen Stellen vorzeitig abgebrochen haben.

Ergebnisse

Mit einem Rücklauf von 646 ausgefüllten Fragebögen zum Kohärenzgefühl beträgt die Rück-

	absolute Häufigkeit	prozentuale Häufigkeit	SOC-Mittelwerte	SD
Ausbildungsrichtung				
ATA	199	30,80	41,59	8,35
OTA	447	69,20	40,59	8,43
Gesamtheit/Summe	646	100,00		
Ausbildungsjahr				
1.	215	33,59	41,10	8,20
2.	245	38,28	41,58	8,33
3.	180	28,13	39,86	8,67
Gesamtheit	640	100,00		
Geschlecht				
weiblich	527	82,60	40,66	8,47
männlich	106	16,61	42,68	7,47
divers	5	0,78	29,40	7,17
Gesamtheit	638	100,00		
Alter				
16-17 Jahre	21	3,29	40,19	5,89
18-19 Jahre	141	22,10	41,08	8,21
20-24 Jahre	383	60,03	40,33	8,50
25-29 Jahre	48	7,52	42,77	8,86
30-34 Jahre	23	3,61	43,35	7,30
35-39 Jahre	12	1,88	45,83	7,66
40-49 Jahre	10	1,57	41,80	8,34
Gesamt	638	100,00		
formale Bildung				
ohne Abschluss	0	0,00		
Hauptschul-/Volksschulabschluss	14	2,20	41,71	7,52
Realschulabschluss (mittlere Reife)	161	25,27	40,20	8,27
Polytechnische Oberschule	5	0,78	39,00	9,84
Fachhochschulreife	78	12,24	39,79	8,07
Allgemeine Hochschulreife	346	54,32	41,39	8,51
Hochschulabschluss	26	4,08	42,50	8,44
anderer Schulabschluss	7	1,10	39,43	7,61
Gesamt	637	100,00		
Bundesland				
Baden-Württemberg	63	9,94	38,57	9,14
Bayern	57	8,99	40,61	8,93
Berlin	89	14,04	41,96	8,49
Brandenburg	37	5,84	40,62	7,86
Hessen	88	13,88	40,42	8,02
Niedersachsen	33	5,21	41,12	8,71
Nordrhein-Westfalen	131	20,66	41,01	8,34
Rheinland-Pfalz	10	1,58	43,60	6,62
Sachsen	35	5,52	39,20	5,74
Sachsen-Anhalt	69	10,88	42,41	8,82
Schleswig-Holstein	21	3,31	41,86	7,65
Thüringen	1	0,16	43,00	0,00
Gesamt	634	100,00		

Tabelle 1: Darstellung der absoluten und prozentualen Häufigkeiten zur Soziodemographie sowie SOC-Werte nach soziodemographischen Variablen mit Mittelwert und Standardabweichung. Range des SOC-L9 ist 9-63. n variiert, da manche Teilnehmende den Fragebogen frühzeitig beendet haben.

laufquote in Bezug auf die zur Verfügung stehende Zahl von 1970 Weiterleitungen 32,79 %. Von den kontaktierten Einrichtungen haben 28,07 % der 114 Schulen den Fragebogen an ihre Auszubildenden weitergeleitet.

Der durchschnittliche SOC-Wert der Stichprobe betrug 40,90 (SD = 8,42). Männliche Auszubildende wiesen im Vergleich zu weiblichen höhere Werte auf. Zudem zeigte sich, dass das Kohärenzgefühl mit zunehmendem Alter (20 bis 35 Jahre) anstieg. Hinsichtlich der Ausbildungsrichtung (ATA/OTA) ergaben sich keine starken Unterschiede. Auszubildende im dritten Ausbildungsjahr wiesen niedrigere SOC-Werte auf als jene in niedrigeren Ausbildungsjahren.

Soziodemographische Daten

Wie der Tabelle 1 zu entnehmen ist, absolvierten von den 646 Teilnehmenden 69,2 % die OTA-Ausbildung und 30,8 % die ATA-Ausbildung.

Weniger stark akzentuiert stellt sich die Verteilung hinsichtlich des Ausbildungsjahres dar. Bei den Befragten war jedes Ausbildungsjahr ähnlich stark vertreten, wobei mit 38 % die Auszubildenden des zweiten Ausbildungsjahres den größten Anteil darstellten.

Die Teilnehmenden waren mehrheitlich weiblich mit 82,6 % im Vergleich zu den männlichen Auszubildenden mit 16,61 % und einem geringeren Anteil diverser Personen mit 0,78 %.

Bei der Verteilung in den Altersgruppen waren die 20 bis 24-Jährigen mit einer Häufigkeit von 383 (60,03 %) am stärksten vertreten, gefolgt von den 18 bis 19-Jährigen mit einer Häufigkeit von 141 (22,10 %) und den 25 bis 29-Jährigen mit 48 Antworten (7,52%). Die weiteren Altersgruppen waren in geringer Häufigkeit vertreten.

Hinsichtlich der formalen Bildung verfügte der Großteil der Auszubildenden über eine (Fach-)Hochschulreife (66,56 %), gefolgt von Auszubildenden mit einem mittleren Schulabschluss (25,27 %).

Es beteiligten sich Auszubildende aus zwölf verschiedenen Bundesländern, wobei Bayern, Nordrhein-Westfalen, Hessen und Baden-Württemberg am häufigsten vertreten waren.

Deskriptive Auswertung des Kohärenzgefühls

Die Studie zeigte einen SOC-Mittelwert von 40,90 über die gesamte Stichprobe bei einer Spanne von 9 bis 63 möglichen Punkten. Der häufigste SOC-Wert war 45. Das Minimum lag bei 10 und das Maximum bei 63.

Eine geschlechterspezifische Betrachtung ergab, dass männliche Teilnehmende einen höheren SOC-Wert (42,68) verzeichneten als weibliche (40,66). Deutlich geringer zeigte sich der SOC-Mittelwert mit 29,40 für Personen mit diversem Geschlecht. Auszubildende im dritten Ausbildungsjahr wiesen tendenziell etwas geringere SOC-Werte auf (39,86).

Die Analyse nach Altersgruppen zeigte den in dieser Kategorie niedrigsten SOC von 40,19 für die 16 bis 17-Jährigen. Außerdem spiegelte die Rangfolge der Mittelwerte wider, dass der SOC zunächst ab einem Alter von 20 bis 24 ansteigt bis zur Altersgruppe 35 bis 39 Jahre. Danach war der SOC in der Gruppe 40 bis 49 geringer.

Bei der formalen Bildung befand sich der höchste SOC-Mittelwert bei den Auszubildenden mit Hochschulabschluss, die einen SOC von 42,50 erreichten. Aus den extrahierten Werten der Subgruppe zur formalen Bildung waren die Werte zu Realschulabschluss, Polytechnischer Oberschule,

Fachhochschulreife und anderen Schulabschlüssen niedriger als der Gesamtstichprobenmittelwert. Hinsichtlich der Bundesländer erreichte die Gruppe aus Rheinland-Pfalz einen höchsten SOC-Mittelwert von 43,60 und diejenigen aus Baden-Württemberg den niedrigsten Wert von 38,57.

Einzelne SOC-Items

Die detaillierte Itemanalyse verdeutlichte, dass zwei Fragen zur Verstehbarkeit (M = 3,70) und eine Frage zur Handhabbarkeit (M = 3,68; z. B. „Viele Leute – auch solche mit einem starken Charakter – fühlen sich in bestimmten Situationen als traurige Verlierer. Wie oft haben Sie sich in der Vergangenheit so gefühlt?“) häufig etwas niedriger bewertet wurden als jene zur Sinnhaftigkeit. Die Frage mit dem höchsten Skalenwert (M = 5,56) war dabei Frage 6 („Sie erwarten für die Zukunft, dass Ihr eigenes Leben ...“; Antwort 1: „ohne jeden Sinn und Zweck sein wird“ bis 7: „voller Sinn und Zweck sein wird“).

Diskussion der Ergebnisse

Die Ergebnisse der quantitativen Erhebung zeigten einen SOC-Mittelwert von 40,90 bei den befragten Auszubildenden bei 9 bis 63 möglichen Punkten. Damit liegt das Kohärenzgefühl unter dem SOC-Wert einer deutschen repräsentativen Stichprobe mit einem Wert von 47,50 (SD = 8,94) (Schumacher et al., 2000, S. 478). Die Ergebnisse weisen auch darauf hin, dass das Kohärenzgefühl in dieser Stichprobe niedriger ausgeprägt ist als bei Mitarbeitenden anderer Gesundheitsberufe (Cajoo & von Tavel, 2017, S. 37). Ein ähnlich niedriger SOC in Höhe von 43,19 wurde in einer Untersuchung bei intensivpflegerischem Personal ermittelt (Schäfer et al., 2018, S. 440). In der monozent-

risch angelegten Pilotstudie zum Kohärenzgefühl bei Auszubildenden der OTA lag der SOC-Wert bei 48,04 (Künzer et al., 2021, S. 210). Dieser Wert ist ebenfalls deutlich höher als der in dieser Untersuchung ermittelte Wert von 40,90. Ähnlichkeiten zeigen sich allerdings bei den Auswertungen der einzelnen Fragen. Frage Nummer 6 (Sinnhaftigkeit) wurde auch hier mit dem höchsten Skalenwert (6,22) ausgemacht und Frage Nummer 7 (Handhabbarkeit) mit dem niedrigsten Skalenwert (4,58). Dies deckt sich mit den Ergebnissen von Schumacher et al., bei denen diese Fragen ebenfalls den höchsten bzw. niedrigsten Mittelwert erreichen (Schumacher et al., 2000, S. 476 f.).

Es zeigten sich analog zu anderen Studien geschlechts- und altersabhängige Unterschiede in der Ausprägung des SOC (Hannöver et al., 2004, S. 184; Schumacher et al., 2000, S. 475). Ältere Auszubildende erreichten bis zum Alter von 39 Jahren höhere SOC-Werte. Dieser Befund stimmt mit Antonovskys Annahme überein, dass das Kohärenzgefühl in der Adoleszenz heranreift und sich mit fortschreitendem Alter stabilisiert.

Ein weiterer relevanter Befund dieser Studie war die geschlechtsspezifische Differenz im Kohärenzgefühl. Männliche Auszubildende wiesen tendenziell höhere Werte auf als weibliche. Gründe für solch einen geschlechterspezifischen Unterschied sind bisher wenig untersucht. Das Kohärenzgefühl der Personen mit diversem Geschlecht zeigte sich hingegen deutlich geringer. Dies entspricht anderen Studien, deren Ergebnisse ebenfalls einen Unterschied zwischen cisgeschlechtlichen Teilnehmenden und nicht cisgeschlechtlichen Teilnehmenden in Bezug auf den SOC hinweisen

(Jastrzębska & Błażek, 2022, S. 6). Personen mit diversem Geschlecht neigen dieser Studie zufolge zu einem weniger klaren Selbstkonzept und stellen ihre eigene Identität infrage, wodurch das Kohärenzgefühl beeinträchtigt werden kann. Allerdings war die Anzahl mit sieben Teilnehmenden diversen Geschlechtes gering.

Viele Studien und Übersichtsarbeiten deuten darauf hin, dass ein hoher SOC mit einer besseren Lebensqualität (Eriksson & Lindström, 2006, S. 378 f.; 2007, S. 938) einer besseren psychischen und physischen Gesundheit (Cajoos & von Tavel, 2017, S. 42; Eriksson & Lindström, 2006, S. 378 f.), einem besseren Wohlbefinden (Schumacher et al., 2000, S. 477 f.) und Lebenszufriedenheit (Chu et al., 2016, S. 5 f.) einhergeht. Darüber hinaus existieren eine Reihe von Forschungsergebnissen, die einen starken Zusammenhang zwischen einem hohen SOC und einem geringeren Ausmaß an psychischen Erkrankungen wie Depressionen zeigen (Konttinen et al., 2008, S. 2401 ff.).

Nach Antonovsky (Antonovsky, 1997) fördert ein hoher SOC das Bewusstsein und die Fähigkeit, Stressoren zu verstehen, als bewältigbar zu betrachten und als sinnvoll einzuschätzen. Angesichts der Vielzahl berufsspezifischer Belastungen im OP-Bereich erscheint ein unterdurchschnittlicher SOC-Wert problematisch. Die Lernenden sehen sich häufig mit hohem Zeitdruck, Personalknappheit sowie komplexen Anforderungen konfrontiert (Rubbert & Stiegelmayr, 2019, S. 5 ff.).

Die Befunde dieser Studie könnten in Bezug auf Antonovskys Konzept sowie aktuelle Studienergebnisse bedeuten, dass die Auszubildenden der Stichprobe Schwierigkeiten haben herausfordernde Situationen zu bewältigen.

Vor dem Hintergrund des salutogenetischen Modells kann dies bedeuten, dass die Auszubildenden teils nicht auf Ressourcen zurückgreifen können, um adäquat mit Stressoren umzugehen. Da es das Kohärenzgefühl ermöglicht, interne und externe Ressourcen zu mobilisieren, um auch arbeitsbezogene Probleme zu bewältigen, besteht die Möglichkeit, dass die Auszubildenden der Stichprobe verstärkt Unterstützung dabei benötigen.

Treten Stressoren in Kombination mit wenigen Widerstandsressourcen auf, könnte dies die Entwicklung eines hohen SOC erschweren. Auszubildende berichten häufig, ohne umfassende Anleitung oder feste Ansprechpersonen in den OP-Alltag eingebunden zu werden. Das Erleben von Sinnhaftigkeit könnte so überlagert werden von der Erfahrung, primär zum reibungslosen Funktionsablauf beitragen zu müssen. Studien aus dem Pflegebereich zeigen, dass in der praktischen Ausbildung oftmals nur unzureichende Anleitungen stattfinden und teilweise gar kein Kontakt zur Praxisanleitung besteht, was eine qualitativ hochwertige Begleitung der Auszubildenden erschwert (DBfK, 2024, S. 6 ff.).

Die vorliegenden Befunde stehen teilweise im Widerspruch zu anderen Studien, die in vergleichbar fordernden Tätigkeitsfeldern höhere SOC-Werte fanden (Gomes et al., 2018, S. 1973; Schäfer et al., 2018, S. 440). Mögliche Einflussfaktoren könnten unterschiedliche Ausbildungsbedingungen oder Befragungszeitpunkte darstellen, da die Covid-19-Pandemie im Jahr 2022 noch nicht lange zurücklag. Studien zeigen einen pandemiebezogenen Anstieg psychischer Auffälligkeiten (Schlack et al., 2022, S. 24 f.). Ein weite-

rer Aspekt ist die geringe Berufserfahrung bei ATA- und OTA-Auszubildenden, die in der Regel noch kein gefestigtes Rollenverständnis haben und erst in ihre professionelle Identität hineinwachsen. Die Entstehung eines niedrigen SOC ist multifaktoriell bedingt (Eriksson & Lindström, 2006, S. 378 f.), wobei sowohl individuelle Voraussetzungen als auch kontextuelle Bedingungen im schulischen und beruflichen Ausbildungsumfeld eine Rolle spielen können. Ein möglicher Ansatzpunkt kann die ständige Überforderung und damit einhergehende Inkonsistenz im beruflichen Setting sein, ausgelöst durch hierarchische Strukturen, mangelhafte Anleitung und die Übertragung von nicht dem Ausbildungsstand entsprechenden Aufgaben. Dieser Zusammenhang wird durch Studien gestützt, die zeigen, dass eine unzureichende Qualität der Ausbildung, insbesondere mangelnde Strukturierung, fehlende Integration in betriebliche Abläufe und fehlende Ansprechpersonen in der Praxis zu Unzufriedenheit und erhöhtem Risiko für Ausbildungsabbrüche führen kann (Schuster, 2016, S. 22 ff.). Betrachtet man die Auswertung der einzelnen Fragen der vorliegenden Untersuchung, so wird deutlich, dass die Fragen, die der Dimension der Sinnhaftigkeit zugeordnet werden können, durchschnittlich höher bewertet wurden als die Fragen der anderen beiden Dimensionen Verstehbarkeit und Handhabbarkeit, die eher mit Tendenz zur Mitte bzw. negativer Bewertung beantwortet wurden. Dies bedeutet, dass die Auszubildenden zwar in ihren Handlungen und dem Leben selbst einen Sinn sehen, allerdings die Umwelt als wenig vorhersehbar betrachtet wird und auch Ressourcen zur Bewältigung häufig nicht gesehen oder genutzt werden können.

Basierend auf dem salutogenetischen Konzept haben die Auszubildenden dieser Studie daher eine höhere Ausprägung der motivationalen Komponente als der kognitiven bzw. der kognitiv-emotionalen Komponente. Die Sinnhaftigkeit stellt laut Antonovsky die wichtigste Komponente des SOC dar (Antonovsky, 1997) und die Fragen zur Sinnhaftigkeit wurden durchschnittlich höher bewertet als die Fragen der anderen beiden Dimensionen.

Limitationen

Diese Studie weist mehrere methodische Limitationen auf, die bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden sollten. Während der Fragebogen SOC-L9 als gut validiert gilt, wird in der Literatur häufiger der SOC-13 oder die Originalskala verwendet. Die Verwendung des SOC-L9 ermöglicht jedoch eine bessere Vergleichbarkeit mit der einzigen relevanten Untersuchung von Künzer et al. in einer ähnlichen Stichprobe.

Die Stichprobengewinnung erfolgte über die Schulen, was grundsätzlich als sinnvoll erachtet wird. Jedoch könnte eine frühzeitigere Kontaktaufnahme, insbesondere unter Einholung von Einverständniserklärungen, die Teilnahmequote erhöhen. Eine vollständige Erfassung aller ATA- und OTA-Schulen wäre für künftige Studien wünschenswert.

Da es keine genauen Zahlen zu Auszubildenden in diesen Berufsgruppen gibt, ist die Einschätzung der Repräsentativität schwierig. Zudem könnte es zu Verzerrungen gekommen sein. Personen mit einem höheren Kohärenzgefühl oder besonderem Interesse am Thema könnten eher an der Studie teilgenommen haben. Gleichzeitig könnten stark belastete Auszubildende eine Teilnahme vermieden

haben, was eine Unterschätzung besonders niedriger SOC-Werte zur Folge haben könnte.

Weitere methodische Limitationen betreffen das Studiendesign. Da es sich um eine Querschnittsstudie handelt, sind keine kausalen Aussagen über die Entwicklung des Kohärenzgefühls im Zeitverlauf möglich. Längsschnittstudien sind erforderlich, um Veränderungen über die Ausbildungszeit hinweg sowie Gründe für die geringe Ausprägung zu analysieren. Zudem war die Anzahl der Teilnehmenden in einigen Subgruppen, wie beispielsweise bei Personen mit diversem Geschlecht, zu gering für aussagekräftige Vergleiche.

Fazit

Die vorliegende Studie liefert erstmals eine multizentrische, quantitative Erhebung zum Kohärenzgefühl bei Auszubildenden der ATA und OTA in Deutschland. Mit einem SOC-Mittelwert von 40,90 zeigt sich eine geringe Ausprägung im Vergleich zu anderen Gesundheitsfachberufen, was auf einen Handlungsbedarf zur Förderung der psychischen Gesundheit hindeutet.

Schulen und Ausbildungseinrichtungen sollten salutogenetische Prinzipien stärker integrieren und ressourcenorientierte Methoden anwenden, damit Auszubildende sich in der Bewältigung ihres fordernden Berufsalltags gestärkt fühlen. Dazu gehören pädagogische Konzepte mit dem Fokus auf salutogenetische Ansätze, Mentoringprogramme zur proaktiven Bewältigung von Stressoren oder auch die Sensibilisierung für die Bedeutung der psychischen Gesundheit. Auch auf struktureller Ebene ist es notwendig, dass Praxisanleitungen angemessen und mit ausreichend Zeit stattfinden können. Das gesamte an der

Ausbildung beteiligte OP-Team ist verantwortlich für eine wertschätzende Lernumgebung, in der die Tätigkeiten als verstehbar, handhabbar und sinnhaft erlebt werden.

Weiterführende Forschung sollte untersuchen, welche spezifischen Interventionen, zum Beispiel in Form von Training emotionaler Kompetenzen, gezielten Resilienztrainings oder Supervision, eine Verbesserung des SOC bewirken können.

Die hier erzielten Erkenntnisse können eine Grundlage sein, um im Schul- und Praxisalltag fundierte Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit zu integrieren. Da das OP- und Anästhesiefeld stetigen Veränderungen und hoher Dynamik unterliegt, müssen solche salutogenetischen Strategien nachhaltig implementiert werden, um langfristig die Gesundheitskompetenz von Auszubildenden in diesem Bereich zu stärken.

Literaturverzeichnis

Antonovsky, A. (1988). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well* (1. ed., 2. print). The Jossey-Bass health series. Jossey-Bass.

Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit* (N. Schulte, Übers.; A. Franke, Hg.). Forum für Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis: Band 36. DGVt.

Basińska, M. A., Andruszkiewicz, A. & Grabowska, M. (2011). Nurses' sense of coherence and their work related patterns of behaviour. *International journal of occupational medicine and environmental health*, 24(3), 256–266. <https://doi.org/10.2478/S13382-011-0031-1>

Betke, K., Basińska, M. A & An-

druszkiewicz, A. (2021). Nurses' sense of coherence and stress management strategies against the types of health status. *Nursing open*, 8(6), 3403–3410. <https://doi.org/10.1002/nop.2.886>

Cajoos, V. & von Tavel, I. (2017). Resilienz und Kohärenzgefühl von Rettungssanitäterinnen und Rettungssanitätern aus der Deutschschweiz (Masterarbeit, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften).

Chu, J. J., Khan, M. H., Jahn, H. J. & Kraemer, A. (2016). Sense of coherence and associated factors among university students in China: cross-sectional evidence. *BMC public health*, 16, 336. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3003-3>

da-Silva-Domingues, H., Del-Pino-Casado, R., Palomino-Moral, P. Á., López Martínez, C., Moreno-Cámara, S. & Frías-Osuna, A. (2022). Relationship between sense of coherence and health-related behaviours in adolescents and young adults: a systematic review. *BMC public health*, 22(1), 477. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-12816-7>

DBfK (2024). Situation der Praxisanleitung - DBfK Auszubildenden Befragung 2024. Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe.

Eriksson, M. & Lindström, B. (2006). Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *Journal of epidemiology and community health*, 60(5), 376–381. <https://doi.org/10.1136/jech.2005.041616>

Eriksson, M. & Lindström, B. (2007). Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: a systematic review. *Journal of epidemiology*

and community health

, 61(11), 938–944. <https://doi.org/10.1136/jech.2006.056028>

Gomes, M. C., Dutra, L. C., Costa, E. M. M. B., Paiva, S. M., Granville-Garcia, A. F. & Martins, C. C. (2018). Influence of sense of coherence on oral health-related quality of life: a systematic review. *Quality of life research*, 27(8), 1973–1983. <https://doi.org/10.1007/s11136-018-1832-5>

Hannöver, W., Michael, A., Meyer, C., Rumpf, H.-J., Hapke, U. & John, U. (2004). Die Sense of Coherence Scale von Antonovsky und das Vorliegen einer psychiatrischen Diagnose - Ergänzungen zu den deutschen Normwerten aus einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe - [Antonovsky's sense of coherence scale and presentation of a psychiatric diagnosis]. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 54(3-4), 179–186. <https://doi.org/10.1055/s-2003-814787>

Jastrzębska, J. & Błażek, M. (2022). Questioning Gender and Sexual Identity in the Context of Self-Concept Clarity, Sense of Coherence and Value System. *International journal of environmental research and public health*, 19(17). <https://doi.org/10.3390/ijerph191710643>

Konttinen, H., Haukkala, A. & Uutela, A. (2008). Comparing sense of coherence, depressive symptoms and anxiety, and their relationships with health in a population-based study. *Social science & medicine* (1982), 66(12), 2401–2412. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.01.053>

Krause, F. (2017). *Salutogenese: Dimensionen und Einflussfaktoren nach Antonovsky*. In Wikiped-

dia. Abgerufen am 15.01.2023, von https://de.wikipedia.org/wiki/Salutogenese#/media/Datei:Dreieck_der_Salutogenese.png

Künzer, M., Daub, U. & Schäberle, W. (2021). Der Kohärenz-sinn unserer OTA – eine Pilotstudie für die Gesundheit. Im OP, 11(05), 208–212. <https://doi.org/10.1055/a-1310-7668>

Larsson, J. & Sanner, M. (2010). Doing a good job and getting something good out of it: on stress and well-being in anaesthesia. British journal of anaesthesia, 105(1), 34–37. <https://doi.org/10.1093/bja/aeq125>

Malagón-Aguilera, M. C., Fuentes-Pumarola, C., Suñer-Soler, R., Bonmatí-Tomás, A., Fernández-Peña, R. & Bosch-Farré, C. (2012). El sentido de coherencia en el colectivo enfermero [The sense of coherence among nurses]. Enfermería clínica, 22(4), 214–218. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2012.06.002>

Neuner, B., Busch, M. A., Singer, S., Moons, P., Wellmann, J., Bauer, U., Nowak-Göttl, U. & Hense, H.-W. (2011). Sense of coherence as a predictor of quality of life in adolescents with congenital heart defects: a register-based 1-year follow-up study. Journal of developmental and behavioral pediatrics, 32(4), 316–327. <https://doi.org/10.1097/DBP.0b013e31821102ee>

Rubbert, J. & Stiegelmayr, B. (2019). Die große JR OP-Personalstudie 2017/2018. JR OP-TIMIERT, 5-9.

Schäfer, S. K., Lass-Hennemann, J., Groesdonk, H., Volk, T., Bomberg, H., Staginnus, M., Brückner, A. H., Holz, E. & Michael, T. (2018).

Mental Health in Anesthesiology and ICU Staff: Sense of Coherence Matters. Frontiers in psychiatry, 9, 440. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00440>

Schlack, R., Neuperd, L., Junker, S., Eicher, S., Hölling, H., Thom, J., Ravens-Sieberger, U. & Beyer, A.-K. (2022). Veränderungen der psychischen Gesundheit in der Kinder- und Jugendbevölkerung in Deutschland während der COVID-19- Pandemie – Ergebnisse eines Rapid Reviews. Journal of Health Monitoring. Vorab-Onlinepublikation. <https://doi.org/10.25646/10760>

Schumacher, J., Wilz, G., Gunzelmann, T. & Brähler, E. (2000). Die Sense of Coherence Scale von Antonovsky. Teststatistische Überprüfung in einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe und Konstruktion einer Kurzskala [The Antonovsky Sense of Coherence Scale. Test statistical evaluation of a representative population sample and construction of a brief scale]. Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie, 50(12), 472–482. <https://doi.org/10.1055/s-2000-9207>

Schuster, M. (2016). Ursachen und Folgen von Ausbildungsabbrüchen, EIKV Schriftenreihe zum Wissens- und Wertemanagement, No. 11, European Institute for Knowledge & Value Management (EIKV).

Singer, S. & Brähler, E. (2007). Die „Sense of Coherence Scale“: Testhandbuch zur deutschen Version. Vandenhoeck & Ruprecht. <https://elibrary.utb.de/doi/book/10.5555/9783647491264>

Statistisches Bundesamt. (2010). Demografischer Wandel in Deutschland - Auswirkungen auf

Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern. Destatis.

Eingereicht: 11.02.2025
Genehmigt: 23.02.2026

doi: 10.61034/LLiG-39

Maria Fürsattel
Medizinpädagogin
M.A.



Prof. Dr. Maximilian Schochow
Leiter des Depart-
ments Pädagogik, Pro-
fessor im Studiengang
Medizinpädagogik



Rassismuserfahrungen in der Pflege- ausbildung – eine qualitative Studie

Zusammenfassung

Hintergrund: Rassismus an Schu-
len wird seit Jahren mit verschie-
denen Programmen begegnet. Es
fehlen jedoch Aussagen zum The-
ma Rassismuserfahrungen von
Auszubildenden. Wie und in wel-
cher Form erleben Auszubildende
Rassismus in der Ausbildung zur
Pflegefachfrau/zum Pflegefach-
mann? Welche Auswirkungen ha-
ben Rassismuserfahrungen und
wie gehen Betroffene mit rassisti-
scher Diskriminierung um?

Methode: Die Studie wurde quali-
tativ unter Verwendung eines halb-
strukturierten Leitfadeninterviews
durchgeführt. Interviewt wurden
insgesamt zehn Auszubildende
zur Pflegefachfrau/zum Pflege-
fachmann aus unterschiedlichen
Ausbildungsdritteln in der gleichen
Organisation. Die Auswertung er-
folgte mittels inhaltlich strukturier-
ten Inhaltsanalyse nach Kuckartz.

Ergebnisse: Bei den Befragten
herrscht kein einheitliches Ver-
ständnis des Begriffes Rassismus
und dessen Ausmaß vor und auch
die Interpretationen sind vielfältig.
Zudem werden die Auswirkungen
uneinheitlich beschrieben. Ras-
sismuserfahrungen wirken sich
jedoch sehr häufig negativ auf
die Emotion von Betroffenen aus.
Eine Folge davon kann beispiels-
weise ein geringes Zugehörig-
keitsgefühl sein. Der Umgang von
Auszubildenden mit rassistischer
Diskriminierung in der Pflegeaus-
bildung zeigt verschiedenartige
Aspekte auf.

Diskussion: Das Verständnis von
Rassismus wird von den Befrag-
ten sehr unterschiedlich beschrie-
ben, jedoch fallen viele der Aus-
sagen unter die offiziell gültigen
Definitionen des Begriffs Rassis-
mus. Die Schüler/-innen beschrei-
ben Rassismuserfahrungen in der
theoretischen Pflegeausbildung
mit Bezug auf den eigenen Ausbil-
dungskurs und die Lehrkräfte. In
der praktischen Pflegeausbildung
zeigt sich die Anzahl der Aussagen
über rassistische Diskriminierung,
ausgehend von Kollege/-innen be-
sonders hoch. Rassismuserfah-
rungen wirken sich negativ auf die
Emotionen, aber auch auf die psy-
chische Gesundheit aus. Umgang
mit Rassismus wird von „Sich ab-
finden mit der Situation“ bis hin zu
einem sich widersetzen geschild-
dert.

Schlüsselwörter

Rassismuserfahrungen Schüler/-
innen – generalistische Pflege-
ausbildung – Auswirkungen Ras-
sismuserfahrungen – Umgang
Rassismuserfahrungen

Abstract

Background: Racism in schools
has been countered with various
programmes for years. However,
there is a lack of information on
trainees' experiences of racism.
How and in what form do trainees
experience racism during their
training as nursing professionals?
What effects do experiences of ra-
cism have and how do those affec-
ted deal with racist discrimination?

Method: The study was conducted qualitatively using a semi-structured guided interview. A total of ten trainee nurses from different training thirds in the same organisation were interviewed. The interviews were analysed using the Kuckartz content analysis method.

Results: There is no uniform understanding of the term racism and its extent among the interviewees and the interpretations are also varied. In addition, the effects are described inconsistently. However, experiences of racism very often have a negative impact on the emotions of those affected. One consequence of this can be, for example, a low sense of belonging. How trainees deal with racial discrimination in nursing training reveals various aspects.

Discussion: The understanding of racism is described very differently by the interviewees, but many of the statements fall under the officially valid definitions of the term racism. The students describe experiences of racism in theoretical nursing training with reference to their own course and the teaching staff. In practical nursing training, the number of statements about racist discrimination made by colleagues is particularly high. Experiences of racism have a negative impact on emotions, but also on mental health. Dealing with racism is described as anything from “coming to terms with the situation” to resisting it.

Key words

Students' experiences of racism – generalist nursing training – effects of experiences of racism – dealing with experiences of racism

Einleitung

Wird ein Mensch aufgrund von Merkmalen wie beispielsweise

Geschlecht, Religion oder Weltanschauung oder sexueller Identität ungleich behandelt, liegt eine Diskriminierung vor (Antidiskriminierungsstelle des Bundes, 2021). Wenn diese Ungleichbehandlung aus Sicht der betroffenen Person durch eine Gruppenzuschreibung – beispielsweise aufgrund der Hautfarbe – motiviert erscheint, gilt dies als rassistische Diskriminierung (El-Mafaalani et al., 2017). Diskriminierung und Rassismus haben den gleichen zugrundeliegenden Mechanismus des sogenannten Otherings – die Distanzierung und Differenzierung zu anderen Gruppen, um die eigene „Normalität“ zu bestätigen (El-Mafaalani 2021, Behrning et al., 2022).

Rassistische Diskriminierung tritt in diversen Lebensbereichen auf, unterscheidet sich in vielfältigen Formen und hat Auswirkungen auf die psychische und physische Gesundheit der Betroffenen (DeZIM 2023). Die Auswirkungen solcher Rassismuserfahrungen auf die Gesundheit erstrecken sich von Traumatisierungen bis hin zu körperlichen Schmerzerfahrungen, die als eine Äußerung der innerlichen Verwundung durch rassistische Erfahrungen gelten (Kilomba, 2018). Laut des aktuellen Rassismus-Monitors des Deutschen Zentrums für Integration und Migrationsforschung (DeZIM), berichten 58 Prozent der potenziell von Rassismus betroffenen Menschen, dass sie tatsächlich mindestens einmal in ihrem Leben Rassismus erfahren haben und fast die Hälfte der Bevölkerung hat schon einmal einen rassistischen Vorfall beobachtet (DeZIM, 2023). Diskriminierung findet unter anderem im Bildungs- und Gesundheitswesen statt. Für den Bildungsbereich werden Diskriminierung in Bezug auf rassistische Gründe vor

allem auf die „ethnische Herkunft“ (88,5%), „Hautfarbe“ (79,8%) und am dritthäufigsten in Bezug auf den „Namen“ beschrieben (Aikins et al., 2020). Rassismuserfahrungen in Schulen werden zudem als sehr machtvoll beschrieben, weil nicht nur Mitschüler/-innen, sondern auch Lehrkräfte als rassistisch Diskriminierende auftreten (Karabulut, 2020). Die Formen reichen von „rassismusbezogenem Mobbing, Marginalisierungserfahrungen, Fremdzuschreibungen, rassismusbedingtem Stress bis hin zu traumatisierenden Erfahrungen“ (Houry, 2022). Neben der Diskriminierung im Bildungssystem findet sie auch im Gesundheitswesen statt – mit gravierenden Auswirkungen auf die Gesundheit. So konnten Harris et al. (2006) aufzeigen, dass rassistische Diskriminierung ursächlich ist für die ungleiche Gesundheitsvorsorge der Bevölkerung.

Vor diesem Hintergrund wäre zu fragen, wie sich Rassismuserfahrungen am Schnittpunkt von Bildungs- und Gesundheitswesen, in der Pflegeausbildung, auswirken. Hierzu liegen bisher vor allem quantitative Daten vor. Demnach bestätigten 60 Prozent der befragten Auszubildenden, rassistische Erfahrungen in der Ausbildung gemacht zu haben. Diese gehen im Wesentlichen von Patient/-innen (40%), examinierten Pflegefachkräften (33%) oder Lehrkräften (17%) aus. Fast zweidrittel der befragten Auszubildenden (61%) gaben an, dass keine Unterstützung explizit für ausländische Auszubildende von ihrer Ausbildungsstätte angeboten wurde, obwohl sie dies für sehr sinnvoll halten würden (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe DBfK Südwest e. V., 2020).

Diese quantitativen Daten sollen

im Weiteren durch eine qualitative Analyse des Themenfeldes Rassismuserfahrungen in der Pflegeausbildung erweitert werden. Ziel ist es, zu beschreiben, welches Verständnis zum Begriff Rassismus vorherrscht, wie Rassismus in der Pflegeausbildung erlebt wird, welche Auswirkungen Rassismuserfahrungen für Auszubildende haben und wie mit rassistischer Diskriminierung innerhalb der theoretischen und praktischen Ausbildung umgegangen wird.

Methode

Um die Forschungsfragen zu beantworten, wurde ein qualitatives Forschungsdesign gewählt. Mit Hilfe dieses Designs wurden die individuellen Sichtweisen der Auszubildenden zu Rassismuserfahrungen erhoben. Zur Datenerhebung wurden halbstrukturierte Leitfadeninterviews durchgeführt (Helfferich, 2011). Dabei orientieren sich die Gesprächsführung und die Reihenfolge der Fragen am Interviewleitfaden. Wenn es jedoch die Gesprächssituation erforderlich macht, kann flexibel reagiert und die Reihenfolge der Fragen variiert werden. Grund dafür kann unter anderem das individuelle Eingehen auf die Bedürfnisse der Befragten sein. Somit sind auch Ergänzungen, neue Aspekte und Nachfragen möglich.

Erhebungsinstrument

Auf Basis der Forschungsfragen wurde ein halbstrukturierter Leitfaden nach dem SPSS-Prinzip erstellt (Helfferich, 2011). Dazu wurden folgende Schritte durchgeführt: 1. Sammlung und Bündelung aller Fragen, die im Zusammenhang mit dem Forschungsgegenstand von Interesse sind. 2. Überarbeitung der Frageliste unter Beachtung der Aspekte des Vorwissens und der Offenheit, um beispielweise Faktenfragen zu eli-

minieren. 3. Sortieren der verbleibenden Fragen und Stichworte. Schließlich wurde 4. den sortierten Fragen bestimmte Oberbegriffe bzw. Kategorien zugeordnet. Zudem wurden Anmerkungen für Denkanstöße oder ein gezieltes Nachfragen während des Interviews in den Interviewleitfaden eingefügt (Helfferich, 2011). Um eine gute Verständlichkeit der Fragen zu erreichen, erfolgten zwei Pretests mit zwei Auszubildenden. Die Fragen waren für die Befragten im Pretest gut verständlich formuliert, sodass keine Änderungen vorgenommen werden mussten.

Datenerhebung

Im Mai 2023 wurden zehn Interviews mit Auszubildenden zur Pflegefachfrau/zum Pflegefachmann in Bayern geführt. Zur Erhebung der Daten wurde ein störungsfreier Raum in einer Beruflichen Schule gewählt (Helfferich, 2011). Die Interviews wurden mit der Diktierfunktion eines Smartphones aufgezeichnet und dauerten zwischen 19 Minuten und 48 Minuten. Die Interviews wurden anschließend in einem Postskript als Tonaufzeichnung festgehalten und später verschriftlicht. Vor Beginn jedes Interviews wurden die Befragten über datenschutzrechtliche Aspekte sowohl mündlich als auch schriftlich informiert und es wurde die Einverständniserklärung zur Audioaufnahme eingeholt. Eine Kopie darüber wurde den Interviewpartner/-innen ausgehändigt.

Stichprobenbeschreibung

Alle an den Interviews beteiligten Auszubildenden haben ihren praktischen Ausbildungsträger in einem Krankenhaus in Bayern. Die Bestätigung bzw. Einwilligung der Schulleitung und der Mitarbeitervertretung wurde sich vorab eingeholt. Die Teilnahme der Auszu-

bildenden an den Einzelinterviews war freiwillig. Alle Auszubildenden wurden per E-Mail angeschrieben und um eine freiwillige Teilnahme gebeten. Insgesamt haben sich daraufhin zehn Auszubildende zurückgemeldet. Nach Helfferich (2011) entspricht dies einem mittleren Stichprobenumfang von sechs bis 30 Einzelfällen. Sieben Auszubildende waren zum Zeitpunkt der Datenerhebung im dritten Ausbildungsdrittel, zwei Auszubildende im zweiten Ausbildungsdrittel und eine Schülerin befand sich im ersten Ausbildungsdrittel. Von den Befragten waren acht weiblich und zwei männlich. Die Altersspanne der Befragten reichte von 18 bis 31 Jahren (siehe Tab. 1).

Datenauswertung

Für die Datenauswertung wurden ausschließlich die Interviews herangezogen. Diese wurden nach den Regeln von Kuckartz (2022) transkribiert. Das wörtliche Transkript wurde anschließend in mehreren Schleifen lektoriert bzw. minimal geglättet. Anschließend wurden alle Transkripte vollständig anonymisiert (Namen, Orte, Institutionen), um Rückschlüsse auf die einzelnen Befragten ausschließen zu können. Die Interviews wurden mit Hilfe der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet (Kuckartz 2022). Die Auswertung beinhaltete sieben Phasen.

Während der ersten Phase, der initiierenden Textarbeit, wurden die transkribierten Interviews gelesen und besonders wichtige Textpassagen markiert. Anschließend wurden Fallzusammenfassungen aller geführten Interviews geschrieben (Kuckartz, 2022). In der zweiten Phase wurden die Hauptkategorien gebildet. Diese dienten als Grundlage für die inhaltlich strukturierte qualitative Inhalts-

Interviewpartner:in	Alter	Geschlecht	Ausbildungsdrittel
B1	26	w	3
B2	30	m	3
B3	31	w	3
B4	23	m	3
B5	28	w	2
B6	27	w	3
B7	18	w	1
B8	26	w	3
B9	29	w	3
B10	24	w	2

Tabelle1: Übersicht über soziodemografische Daten der Interviewpartner/-innen

analyse. Die Kategorien wurden zunächst deduktiv und anschließend induktiv gebildet. Die Hauptkategorien bildeten sich aus dem theoretischen Bezugsrahmen, aus der Forschungsfrage bzw. dem Leitfaden der Studie (siehe Tab. 2).

Während der dritten Phase wurde das gesamte Material mit den Hauptkategorien codiert. Alle geführten Interviews wurden Zeile für Zeile geprüft und den Hauptkategorien zugewiesen. Uncodiert blieben dabei nicht sinntragende Textstellen oder Textpassagen, die für die Forschungsfrage nicht relevant waren. Die Größe der Codiereinheit wurde so gewählt, dass es sinngemäß noch verständlich blieb (Kuckartz, 2022). In der vierten Phase wurden alle codierten Textstellen mit der gleichen Kategorie zusammengestellt. In der fünften Phase wurden mit Hilfe des induktiven Vorgehens die Subkategorien gebildet. An-

hand des Subkategoriensystems wurden alle Interviews bearbeitet. Die Definition, die Kodierregeln und die passenden Ankerbeispiele wurden im Rahmen des Kodierleitfadens tabellarisch erstellt. In der sechsten Phase wurde das komplette Material mit den ausdifferenzierten Kategorien codiert (Kuckartz, 2022). Schließlich wurden in der siebten Phase die Haupt- und Subkategorien ausgewertet.

Ergebnisse

Verständnis von Rassismus

In der Hauptkategorie Verständnis von Rassismus wurden fünf Subkategorien gebildet: physische Merkmale, Herkunft, Mikro-Beleidigungen, Kultur sowie Sprache. Acht von zehn Befragten äußern ihr Verständnis von Rassismus mit Bezug auf das physische Merkmal Hautfarbe und sechs mit Bezug auf die Herkunft: „Unter dem Begriff Rassismus verstehe ich, wenn man einen Menschen wegen seiner Herkunft, Hautfarbe (...) be-

nachteiligt wird oder schlecht behandelt wird“ (B7, Pos. 9). Fünf der Befragten bestimmen Rassismus mit Bezug auf Mikro-Beleidigungen. Fragen wie: „Seit wann sind Sie in Deutschland, Sie reden schon so gut“ (B1, Pos. 21). Weitere fünf der Befragten nehmen Bezug zur Subkategorie Kultur: „Unter Begriff Rassismus, das verstehe ich, das ist so Meinungen, also Perspektive, die die Menschen haben über eine bestimmte Kultur oder Hautfarbe oder so Religion“ (B9, Pos. 11). Eine Befragte bestimmt Rassismus unter dem Aspekt der Sprache: „Also Religion, auf jeden Fall, Hautfarbe, weil ich auch bisschen dunkelhäutig bin (lacht) und die Sprache auch, also auf welcher Sprache ich rede, das auch“ (B1, Pos. 11).

Rassismuserfahrungen in der theoretischen Ausbildung

In der Hauptkategorie rassistische Diskriminierungserfahrungen in der theoretischen Ausbildung wur-

Hauptkategorie	Subkategorie	Anzahl der Codierungen
Verständnis von Rassismus	physisch	12
	Herkunft	8
	Mikro-Beleidigungen	8
	Kultur	7
	Sprache	2
Rassismuserfahrungen in der theoretischen Ausbildung	Ausbildungskurs	10
	Lehrkraft	4
Rassismuserfahrungen in der praktischen Ausbildung	Kolleg:innen	29
	Patient:innen	23
	Praxisanleiter:innen	2
	Vorgesetzte	2
Auswirkungen von Rassismuserfahrungen	Emotionen	36
	Reflexion	7
	Erwägung des Ausbildungsabbruchs	7
	Arbeitsleistung	4
	Psyche	2
Umgang mit Rassismuserfahrungen	sich abfinden	28
	Positionierung	14
	personale und soziale Ressourcen	13
	Anpassung	5
	Distanzierung durch Humor	5

Tabelle 2: Darstellung der Haupt- und Subkategorien mit Anzahl der codierten Textsegmente

den zwei Subkategorien unterschieden: Erfahrungen innerhalb des Ausbildungskurses oder durch eine Lehrkraft.

Sechs der zehn Befragten beschreiben rassistische Erfahrungen innerhalb des gleichen Ausbildungskurses. B6 schildert, dass es zum Anfang der Ausbildung eine Gruppenbildung zwischen deutschen und ausländischen Auszubildenden gegeben hat: „[D]ie Mitschüler, Ausländer sind alle in einer Gruppe, und die deutschen Mitschüler sind in einer Gruppe“ (B6, Pos. 19). B7 berichtet über

eine rassistische Erfahrung gegenüber ausländischen Mitschüler/-innen, aufgrund der Aussprache: „Es gibt zwar manche, die die anderen ausländischen Mitschüler auslachen wegen ihrer Aussprache“ (B7, Pos. 27).

In der Subkategorie rassistische Erfahrungen ausgehend von der Lehrkraft wurden Schilderungen von zwei Befragten codiert. So schildert B4, dass Gruppenleistungen verglichen werden: „[D]ann hat man eine Gruppe mit deutschsprachigen Schülern und dann wird die Leistung verglichen

mit denen von einer reinen ausländischen Gruppe“ (B4, Pos. 23). Und weiter heißt es bei B4: „[W]ir hatten das, dass (...) die Lehrkraft meinte, dass es doch sehr auffällig ist, wo man herkommt und das dementsprechend dann auch in den Leistungen zu sehen ist, ja“ (B4, Pos. 31).

Rassismuserfahrungen in der praktischen Ausbildung

In der Hauptkategorie rassistische Diskriminierungserfahrungen in der praktischen Ausbildung wurden vier Subkategorien unterschieden: Erfahrungen mit Bezug

zu Kolleg/-innen, Patient/-innen, Praxisanleiter/-innen und Vorgesetzten.

In der Subkategorie Kolleg/-innen sind alle Berufsgruppen zusammengeführt, die mit Auszubildenden im gleichen Betrieb tätig sind, wie beispielsweise Pflegefachkräfte oder das Reinigungspersonal. Acht der Befragten äußern Rassismuserfahrungen mit Bezug zu Kolleg/-innen. B6 und B9 stellen dar, dass ausländische Auszubildende von Kolleg/-innen ausgenutzt bzw. ungleich behandelt werden: „Also zum Beispiel gehst du auf Zimmer eins, gehst du auf Zimmer drei, und die anderen Schüler, die machen gar nichts, oder die bekommen immer gute Bewertung, obwohl die einfach nichts zu tun“ (B6, Pos. 65). B7 berichtet, dass sie aufgrund ihrer Religion an Ramadan fastet. Dies wurde von einer Kollegin gegenüber der Vorgesetzten gemeldet: „Und am nächsten Tag ist sie dann hinter mir zur Chefin gegangen und hat sich darüber beschwert, dass ich gefastet habe“ (B7, Pos. 37).

Neun der Befragten äußern Rassismuserfahrungen mit Bezug auf die Subkategorie Patient/-innen. B1 schildert folgende Situation: „Dieser Mann hat mir so gesagt: ‚Warum sind Sie eigentlich in Deutschland? Deutschland ist schon voll, also von solchen Menschen wie Sie sind. Sie müssen zurück nach ‚Heimat‘“ (B1, Pos. 15). Vier der Befragten beschreiben rassistische Erfahrungen mit Bezug auf die Hautfarbe. Beispielsweise schildert B8: „[E]ine Patient hatte mich gesagt: ‚Ich will nicht mit dieser schwarze Mädchen versorgt werden‘“ (B8, Pos. 39). Des Weiteren werden Mikro-Beleidigungen beschrieben. „Der hat mich gefragt, woher ich komme. Ich habe gesagt und dann hat er gesagt: ‚Ah, ja. Sie sind faul‘,

hat er gesagt, ‚alle Griechen sind faul‘“ (B3, Pos. 29).

Zwei der Befragten äußerten Rassismuserfahrungen die von Praxisanleiter/-innen ausgingen. So habe sich ein Praxisanleiter über die Integration ausländischer Pflegekräfte wie folgt geäußert: „[E]r findet es komisch, dass viele nicht deutschsprachige Leute in die Pflege kommen, die nicht so gut deutsch können“ (B7, Pos. 139). Zudem wurden zwei Schilderungen von Rassismuserfahrungen in der Subkategorie Vorgesetzte eingeordnet. B3 etwa berichtet, dass die Stationsleitung nach einer rassistischen Erfahrung gegenüber einer Mitschülerin, nicht reagiert habe: „Sie habe mit der Leitung gesprochen. Sie hat nichts gemacht“ (B3, Pos. 91).

Auswirkungen von Rassismuserfahrungen

Unter der Hauptkategorie Auswirkungen rassistischer Erfahrungen in der theoretischen und praktischen Ausbildung wurden fünf Subkategorien identifiziert: emotionale Auswirkungen, Erklärungen nach Rassismuserfahrungen, möglicher Abbruch der Pflegeausbildung, Beeinträchtigungen der Arbeitsleistung sowie Auswirkungen auf die Psyche.

In der Subkategorie Emotionen wurden alle Aussagen codiert, die sich auf Gefühle und körperliche Reaktionen beziehen. Alle zehn Befragten schilderten unterschiedliche Emotionen im Rahmen rassistischer Diskriminierung. Geschildert werden Gefühle wie Einsamkeit und Heimweh oder Versagensängste. Zudem werden Wut und das Gefühl von Traurigkeit thematisiert: „Erstens war ich sehr wütend und dann traurig“ (B3, Pos. 47). Über das Gefühl von persönlicher Hilflosigkeit erzählt unter anderem B5: „Ja, hilflos. Ich meine, ich darf /, irgendwie habe ich

immer das Gefühl, ich soll nichts sagen“ (B5, Pos. 202).

Körperliche Emotionen treten bei Betroffenen mit rassistischen Erfahrungen ebenfalls auf. So berichten zwei Auszubildende über Schmerzen: „Es tut weh, dass die anderen Menschen mich diskriminieren“ (B6, Pos. 79). B8 schildert, dass sie nach einem rassistischen Vorfall seitens eines Klienten einfach nur weinen musste: „Ja, ich war draußen, ich habe schon geweint und ich war schon genervt“ (B8, Pos. 73). Zwei der Befragten äußern Sprachlosigkeit: „Ich dachte, wenn jemand mir sowas sagt, ich werde so frech oder so was sein, aber in diesem Moment, ich war so still geblieben. Ich konnte nichts mehr sagen, und ich habe so zurückgehalten“ (B1, Pos. 43).

In der Subkategorie Reflexion wurden alle Aussagen codiert, die einen Bezug zu Erklärungen und Rechtfertigungen nach Rassismuserfahrungen haben. Äußerungen von vier Befragten werden dieser Subkategorie zugeordnet. Auszubildende fragen sich, warum rassistische Äußerungen gemacht werden und suchen gleichzeitig nach Erklärungen: „Also die erste Minute denke ich mir: Was wollen die damit sagen? (...) In der zweiten Minuten hinterfrage ich: Warum? Also einfach, ich suche eine Erklärung, warum die das gerade gesagt haben“ (B7, Pos. 97).

Vier Äußerungen wurden der Subkategorie Erwägung des Abbruchs Pflegeausbildung zugeordnet. Die Befragten berichten, dass sie am Anfang der Ausbildung dachten, dass Rassismuserfahrungen in Deutschland normal seien, sie daher das Land wieder verlassen und somit auch die Ausbildung beenden müssten. B1 schildert dies folgendermaßen: „Ich dachte, dass das alles ganz normal war, und ich musste zurück nach

Georgien fahren. (...) Ja, und das demotiviert mich sehr. Hat mich demotiviert so. Ich wollte nicht mit weiter Ausbildung oder so was machen“ (B1, Pos. 49).

Die Demotivation steht im direkten Zusammenhang mit der Subkategorie Arbeitsleistung. Vier der Auszubildenden schildern Situationen diesbezüglich. B1 und B9 legen dar, dass sich rassistische Erfahrungen auf die Arbeitsleistung auswirken: „Ja, wie ich vorher gesagt habe, manchmal will man aufgeben oder hat man keine mehr /, also Motivation mehr, das zu machen (B9, Pos. 93). B3 und B8 berichteten, dass sie nach rassistischen Übergriffen von Patient/-innen die Stationsleitung gebeten haben, diese Patient/-innen nicht mehr versorgen zu müssen: „Ich wollte sie nicht pflegen, ehrlich gesagt. Aber ich musste es machen (B3, Pos. 155).

Die Subkategorie Psyche spiegelt alle Aussagen über psychische Auswirkungen von Rassismuserfahrungen wider. Zwei Auszubildende berichten darüber. Bei B3 wirkten sich rassistische Erfahrungen dergestalt aus, dass sie Hilfe bei einer Psychologin suchte: „Mit einer Psychologin habe ich gesprochen. Ja“ (B3, Pos. 55). B8 hatte am Anfang der Ausbildung Depressionen. Verschlechtert habe sich dieser Zustand nach rassistischen Erfahrungen: „Ja, weil, das war eine neue Umgebung. Das ist schon verständlich, dass man kann schon eine Depression bekommen in eine neue Umgebung. Aber die Art von die Leute kann auch ein bisschen verschlechtern, verstehen Sie“ (B8, Pos. 63).

Umgang mit Rassismuserfahrungen

Unter der Hauptkategorie Umgang mit rassistischen Erfahrungen

wurden fünf Subkategorien gebildet: sich abfinden, sich positionieren, personale, familiäre Ressourcen nutzen, sich anpassen, sich mit Humor distanzieren.

Die erste Subkategorie taucht in den Erzählungen von acht Befragten auf. Die von Rassismus Betroffenen erklärten, dass sie nach entsprechenden Erfahrungen gewisse Schutzfaktoren entwickelt haben. Entweder in Form eines metaphorischen Schrankes, in welchen sie die Diskriminierungserlebnisse einschließen oder in Form einer Schutzschicht: „Alles habe ich im Schrank so geschlossen (lacht)“ (B1, Pos. 75). Über diese Form der Verdrängung gelingt es ihnen auch, sich mit Rassismuserfahrungen abzufinden: „Man gewöhnt sich wirklich mit der Zeit daran, wenn man aufgrund der Religion oder Herkunft oder Aussehen benachteiligt wird“ (B7, Pos. 119).

In der zweiten Subkategorie befinden sich alle Aussagen, die eine Form der Positionierung beschreiben. Sieben der befragten Auszubildenden berichteten über entsprechende Situationen. B2 zeigte im Interview auf, dass sie inzwischen auf rassistische Diskriminierungen verbal und direkt reagiert und mutiger geworden sei: „Also, es kommt darauf an, was die Person zu mir sagt. Ja, ich habe keine feste Antwort sozusagen, aber ich kann schon was sagen. Also ich traue mich schon“ (B2, Pos. 53). B4 positionierte sich aus einem Verantwortungsgefühl heraus. „[M]eine Landsleute sage ich jetzt mal, dann irgendwie darüber aufklären muss, dass das nicht in Ordnung ist“ (B4, Pos. 65). Die Subkategorie „personale, familiäre Ressourcen nutzen“ tauchte in sechs Interviews auf. Für B1 nimmt die Familie die Funktion als Mutmacher und Motivator ein:

„Also meine Eltern auch natürlich, meine Familie, die glauben, dass ich da alles schaffe, was ich also geplant habe. Und das macht mich auch zu viel Kraft/, gibt mir auch zu viel Kraft“ (B1, Pos. 83). Mitschüler/-innen stellen ebenfalls eine wichtige Ressource für den Umgang mit Rassismuserlebnissen für die Befragten dar. Die betroffenen Auszubildenden tauschen sich dabei miteinander aus und trösten sich gegenseitig.

In der Subkategorie „sich anpassen“ wurden Textstellen markiert, in denen sich Befragte ohne Widerstand der rassistischen Erfahrung fügen. Vier der befragten Schüler/-innen berichten darüber. B3 beschreibt, dass sie während eines rassistischen Angriffs seitens eines Patienten dennoch versucht habe, nett zu sein: „Ich habe versucht, nett zu sein. Ja“ (B3, Pos. 159). B8 berichtet, dass er auf dem Weg zur Arbeit schon damit rechnet, rassistische Diskriminierung zu erfahren: „Ich gehe heute zum Arbeit und ich erwarte schon, das konnte schon passieren“ (B8, Pos. 57).

Die Subkategorie „Distanzierung durch Humor“ zeigt alle Aussagen auf, in denen Humor als Möglichkeit für eine Distanzierung dient. Vier der Befragten äußerten sich bezüglich dieser Subkategorie. B3 berichtet, dass viele sich an rassistische Erlebnisse gewöhnt hätten und darüber lachen: „Aber manche haben gelacht, weil sie daran gewöhnt sind. Und das ist auch schlimm“ (B3, Pos. 91). Befragte antworten auf rassistische Angriffe mit Sarkasmus, um sich zum einen von der Situation zu distanzieren und zum anderen nicht beleidigt zu werden.

Diskussion

Verständnis von Rassismus

Dass Rassismus eine Markierung

von Unterschieden zur gegenseitigen Abgrenzung sei (Hall, 2021), wird auch in den Interviews mit den Auszubildenden deutlich. Diese Markierung findet in der Erfahrungswelt der befragten Auszubildenden anhand der Hautfarbe und der Herkunft statt. Entsprechend bestimmen sie den Begriff Rassismus mehrheitlich als eine Diskriminierung aufgrund der Hautfarbe und aufgrund der Herkunft. Ähnliche Ergebnisse zeigte bereits der Afrozensus aus dem Jahr 2020, in dem rassistische Diskriminierung im Bildungsbereich vor allem in Bezug auf die Herkunft (88,5%) und die Hautfarbe (79,8%) beschrieben wurde (Aikins et al., 2020). Zudem wird deutlich, dass Mikrobeleidigungen wie beispielsweise die Frage „Seit wann sind Sie in Deutschland?“ als rassistische Diskriminierung erlebt werden. Diese Fragen assoziieren, laut Sue (2010), dass die fragenden Personen die rassifizierte Person als nicht zu Deutschland zugehörig einstuft und die Vorannahme hege, dass der Mensch nicht aus Deutschland kommt. Darüber hinaus sprechen die Befragten von rassistischer Diskriminierung, die über die Kultur bzw. Religion verlaufe. Damit wird eine weitere Dimension angesprochen, die in der Literatur verhandelt wird. Rommelspacher (2011) beschreibt etwa, wie Prozesse der Homogenisierung verlaufen, um Gruppen gleicher Kultur oder Religion herzustellen, die dann auf Grundlage von Kultur oder Herkunft ausgegrenzt werden.

Rassismuserfahrungen in der theoretischen Ausbildung

In der theoretischen Ausbildung erleben die Auszubildenden rassistische Situationen vor allem innerhalb des eigenen Ausbildungskurses. Die Befragten schildern, dass es vor allem zu Gruppenbil-

dungen zwischen ausländischen und deutschen Auszubildenden innerhalb der Klasse komme. Dies deutet auf die von Rommelspacher (2011) beschriebene Segregations- oder Trennungslinie hin, die in den Klassen ein „Wir“ und „die Anderen“ markiert. Mit dieser Trennungslinie geht ein Gefühl der Exklusion einher, dass bereits in Vorgängerstudien von Auszubildenden mit Migrationsgeschichte beschrieben wurde (AG Junge Pflege Rhein Main, 2020). Zudem beschreiben die Befragten Bloßstellungen innerhalb des Klassenverbands. Solche Formen einer beabsichtigten Markierung des „anders seins“ bezeichnen Ihring & Schramkowski (2018) als Mikro-Beleidigungen.

Darüber hinaus erleben die befragten Auszubildenden rassistische Diskriminierungen, die von Lehrkräften ausgingen. In den Interviews wird beschrieben, dass die Lehrkräfte ein niedrigeres Maß an Erwartungen gegenüber den Auszubildenden mit anderer ethnischer Herkunft haben. Diese Form der Diskriminierung, die als personeller Rassismus bezeichnet wird (Dincher et al., 2022), taucht ebenfalls im Afrozensus auf: Schüler/-innen mit Herkunftsgeschichte erfahren eine Herabwürdigung durch Lehrkräfte in Form von offener Kommunikation geringerer Leistungserwartungen und damit ungleicher Notenvergabe (Aikins et al., 2020).

Rassismuserfahrungen in der praktischen Ausbildung

In den Interviews wird deutlich, dass in der praktischen Ausbildung die meisten Rassismuserfahrungen von den Kolleg/-innen sowie den Patient/-innen ausgehen. Zu einem ähnlichen Ergebnis kam im Jahr 2020 die Studie der AG Junge Pflege Rhein-Main

des deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe, laut der 40 Prozent rassistischer Diskriminierung von Patient/-innen und 33 Prozent von examinieren Pflegefachkräften ausgehe. Dass Auszubildende eine Ungleichbehandlung durch Kolleg/-innen als eine rassistische Erfahrung wahrnehmen, deckt sich mit der Erklärung von El-Ma-faalani et al. (2017). Demnach wird eine Ungleichbehandlung aus Sicht der Betroffenen durch eine Gruppenzuschreibung (z.B. wegen der Hautfarbe) motiviert. Fest steht, dass Auszubildende mit Migrationsgeschichte einerseits das Gefühl haben, eine weniger professionelle Ausbildung zu genießen als deutsche Auszubildende und andererseits mehr leisten zu müssen, um von Kolleg/-innen auf gleicher Ebene wie deutsche Auszubildende anerkannt zu werden. Rassismuserfahrungen ausgehend von Patient/-innen bilden einen weiteren wesentlichen Anteil in den Interviews. Diskriminierungen ausgehend von Patient/-innen beziehen sich häufig auf die Hautfarbe. Sue (2010) deutet dieses Verhalten als eine Art Misstrauen gegenüber Menschen mit einer anderen Hautfarbe sowie als eine Art Stereotypisierung. Neben dem Aspekt der Hautfarbe, stellen Patient/-innen auch Fragen, welche als Mikro-Beleidigungen gelten (Nadal, 2018, Ihring & Schramkowski, 2018). Fragen nach der Herkunft können entweder als Neugier oder als rassistische Absicht gedeutet werden. Dass Schüler/-innen diese Fragen als rassistisch erleben, zeigt diese Arbeit deutlich auf. Es bleibt offen, welchen Hintergrund die Fragen bei den Fragenden haben und ob Fragende sich dem rassistischen Bezug bewusst sind.

Auswirkungen von Rassismuserfahrungen

Auswirkungen rassistischer Er-

fahrungen können viele Gesichter haben (Uslucan, 2017). Dies bestätigen auch die Aussagen der befragten Auszubildenden. Eine wesentliche Auswirkung, so die befragten Auszubildenden, sind Emotionen wie Trauer und Wut, die durch persönliches erleben von Rassismus ausgelöst werden. Mit der Erfahrung gehe Ohnmacht einher und dies wirke sich negativ auf das subjektiv empfundene Wohlbefinden aus (Trevisan, 2020). Einzelne Rassismuserfahrungen können sich im Alltag schnell summieren und folglich zu einem mächtigen Stressfaktor für Betroffene werden (Sue, 2010). Die beschriebene Hilflosigkeit führt zu Stress, der sich wiederum auf die psychische und physische Gesundheit auswirke (Antidiskriminierungsstelle des Bundes, 2021). Dies könne sich unter anderem in Depressionen manifestieren (Mehler-Wex & Kölch, 2008).

Die Befragung zeigt ebenfalls auf, dass Auszubildende erwägen, die Ausbildung aufgrund von rassistischen Erlebnissen in der Pflegeausbildung abzubrechen und in ihr Heimatland zurückzukehren. Dies geht mit Resignation und Demotivation einher. Verstärkt wird dies durch stetige Praktiken der Grenzziehung, der Unterscheidung zwischen „normal“ und „anders“, zwischen einem „Wir“ und den „Anderen“ (Scharathow, 2015). Die Auszubildenden erleben eine eingeschränkte Zugehörigkeit, was sich wiederum auf das Wohlbefinden und die psychische Gesundheit auswirke (Trevisan, 2020).

Umgang mit Rassismuserfahrungen

Eine Mehrheit der befragten Auszubildenden schildert, dass sie entsprechende Erfahrungen verdrängen oder metaphorisch aus-

gedrückt, in einem Schrank verschließen. Zudem beschreiben viele der Befragten, dass sie gelernt hätten, mit rassistischen Erfahrungen umzugehen bzw. eine Form der Gewöhnung eingesetzt habe. Dies geht bis hin zu Formen des sich Abfindens mit der täglichen Diskriminierung. Die vorliegenden Ergebnisse decken sich mit Khourys qualitativer Studie, bei der sie Bewältigungsstrategien von Menschen mit Rassismuserfahrungen abfragt. Sie schildert dabei, dass Betroffene sich an die Rassismuserfahrungen im Alltag gewöhnt hätten und sich daher damit abfinden würden (Khoury, 2022). Eine besondere Spielart des Umgangs mit Rassismuserfahrungen stellt die Anpassung dar. Die Befragten beschreiben, dass sie trotzdem immer freundlich bleiben den Menschen gegenüber, die rassistische Äußerungen tätigen und ihnen nicht widersprechen. Solche Umgangsformen deuten darauf hin, dass keine institutionelle und persönliche Unterstützung für die Betroffenen existiert, wie Khoury (2022) in ihrer Studie aufzeigt.

Wer sich hingegen nicht an solche Erfahrungen gewöhnt bzw. diese verdrängt, der nutzt die personellen Ressourcen von Familienangehörigen und/oder Freund/-innen. Personale, familiäre und soziale Ressourcen können dabei als Schutzfaktoren in Bezug auf Rassismuserfahrungen angesehen werden (Lenz, 2021). Diese sehr individuellen Problemlösungsstrategien sind ein Zeichen protektiver Fähigkeiten, um rassistische Angriffe abzuwehren (Dincher et al., 2022). Eine weitere Strategie ist die Positionierung. Statt sich mit der rassistischen Situation abzufinden, positionieren sich Betroffene und Zeugen klar gegenüber rassistischen Angriffen. Zudem

wird der Humor ins Feld geführt, um mit rassistischen Erfahrungen umgehen zu können. Über Humor können sich die befragten Auszubildenden von Situationen distanzieren. Inwieweit sich Humor positiv auf die psychische Gesundheit auswirkt, und das Wohlbefinden steigert, muss an dieser Stelle offenbleiben (vgl. Mehler-Wex & Kölch, 2008).

Fazit

Rassistische Diskriminierungserfahrungen an beruflichen Schulen und in den Praxiseinrichtungen sind ubiquitär. Sie sind in ihrer Form ebenso vielfältig, wie in ihren Auswirkungen. Rassismuserfahrungen wirken sich negativ auf die Emotionen, aber auch auf die psychische Gesundheit aus. Der Umgang mit Rassismus wird von „Sich abfinden mit der Situation“ bis hin zu einem sich widersetzen geschildert. Künftig sollten Bildungseinrichtungen Konzepte einer rassismuskritischen Schule realisieren und entsprechende Maßnahmen implementieren und weiterentwickeln.

Literatur

AG Junge Pflege Rhein Main (2020). Integration von Auszubildenden mit Migrationshintergrund in die Pflegeausbildung. https://www.junge-pflege.de/media-jp/docs/suedwest/unsere-projekte/2020_Positionspapier-final-Auszubildende-mit-Migrationshintergrund-SW.pdf

Aikins, M., Bremberger, T., Aikins, J., Gyamerah, D., & Yildirim-Caliman, D. (2020). Afrozensus 2020: Perspektiven, Anti-Schwarze Rassismuserfahrungen und Engagement Schwarzer, afrikanischer und afrodiasporischer Menschen in Deutschland. Berlin: <http://www.afrozensus.de/>

Antidiskriminierungsstelle des Bundes (Hrsg.). (2021). *Ethnische Herkunft/Rassismus*. <https://www.antidiskriminierungsstelle.de/DE/ueber-diskriminierung/diskriminierungsmerkmale/ethnische-herkunft-rassismus/ethnische-herkunft-rassismus-node.html>

Behrning, K., Gilbertz, L., Gilson, B., & Groevius, R. (2022). *Rassismus – eine Einführung*. In: M. Böhmer, & G. Steffgen (Hrsg.). *Rassismus an Schulen* (S. 1–56). Wiesbaden: Springer.

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe DBfK Südwest e.V. (2020). *Integration von Auszubildenden mit Migrationshintergrund in die Pflegeausbildung*. Frankfurt.

Deutsches Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung (DeZIM) (2023). *Rassismus und seine Symptome*. Bericht des Nationalen Diskriminierungs- und Rassismusmonitors. Berlin.

Dincher, K., Quintarelli, H., Wagner, J., & Welter, N. (2022). *Auswirkungen von rassistischer Diskriminierung*. In: M. Böhmer, & G. Steffgen (Hrsg.). *Rassismus an Schulen* (S. 105–170). Wiesbaden: Springer.

El-Mafaalani, A. (2021). *Wozu Rassismus? Von der Erfindung der Menschenrasse bis zum rassistisch-kritischen Widerstand*. Köln: Kiepenhauer & Witsch.

El-Mafaalani, A., Waleciak, J., & Weitzel, G. (2017). *Rassistische Diskriminierung aus der Erlebensperspektive: Theoretische Überlegungen zur Integration von sozialer Ungleichheits- und Diskriminierungsforschung*. In: M. El, & K. Fereidooni (Hrsg.). *Rassismuskritik und Widerstandsformen* (S. 47–59). Wiesbaden: Springer.

Hall, S. (2021). *Ideologie Identität Repräsentation*. Ausgewählte Schriften IV. Hamburg: Argument.

Harris, R., Tobias, M., Jeffreys, M., Waldegrave, K., Karlsen, S., & Nazroo, J. (2006). *Effects of self-reported racial discrimination and deprivation on Maori health and inequalities in New Zealand: cross-sectional study*. *The Lancet*, S. 2005–2009.

Helfferich, C. (2011). *Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews*. Wiesbaden: Springer.

Ihring, I., & Schramkowski, B. (2018). *Alltagsrassismus. (K)ein Thema für die soziale Arbeit?* In: B. Blank, G. Süleyman, K. Sauer, & B. Schramkowski (Hrsg.). *Soziale Arbeit in der Migrationsgesellschaft* (S. 279–290). Wiesbaden: Springer.

Karabulut, A. (2020). *Rassismuserfahrungen von Schüler*innen – Institutionelle Grenzziehungen an Schulen*. Wiesbaden: Springer.

Khoury, D. (2022). *Rassismusbedingter Stress in Deutschland. Bewältigungsstrategien und Ressourcen aus der Sicht von Menschen mit Rassismuserfahrungen*. Berlin: Springer.

Kilomba, G. (2018). *Plantation Memories – Episodes of Everyday Racism*. Münster: UNRAST.

Kuckartz, U. (2022). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.

Lenz, A. (2021). *Ressourcen fördern. Mentalisierungsbasierte Interventionen bei Kindern psychisch kranker Eltern und ihren*

Familien. Göttingen: Hogrefe.

Mehler-Wex, C., & Kölch, M. (2008). *Depressive Störungen im Kindes- und Jugendalter*. *Deutsches Ärzteblatt*, 105 (9), S. 149–155.

Nadal, K. L. (2018). *Microaggressions and traumatic stress: Theory, research, and clinical treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.

Rommelspacher, B. (2009). *Was ist eigentlich Rassismus*. In: P. Mecheril, & C. Melter, (Hrsg.). *Rassismuskritik. Bd. 1: Rassismustheorie und -forschung (Politik und Bildung)* (S. 25–38). Wochenschau.

Scharathow, W. (2015). *Ich sehe was, was du nicht siehst ... Rassismuserfahrungen in der Schule*. In: R. Leiprecht, & A. Steinbach (Hrsg.). *Schule in der Migrationsgesellschaft. Ein Handbuch* (S. 161–178). Schwalbach: Debus Pädagogik.

Sue, D. W. (2010). *Microaggressions in Everyday Life: Race, Gender and Sexual Orientation*. Hoboken, NJ: Wiley.

Trevisan, A. (2020). *Rassismus und sein Einfluss auf die psychische Gesundheit*. In: A. Trevisan (Hrsg.). *Depression und Biographie* (S. 283–332). Bielefeld: transcript.

Uslucan, H.-H. (2017). *Diskriminierungserfahrungen türkeistämmiger Zuwanderer_innen*. In: K. Fereidooni, & M. El (Hrsg.). *Rassismuskritik und Widerstandsformen* (S. 129–141). Wiesbaden: Springer.

