Karin Reiber, Jutta Mohr, Michaela Evans-Borchers,
Miriam Peters (Hg.)

Fachkräftesicherung, Versorgungsqualität und Karrieren in der Pflege

Forschung zur beruflichen Bildung im Lebenslauf

(74) BERUFSBILDUNG, ARBEIT UND INNOVATION

wbv

Fachkräftesicherung, Versorgungsqualität und Karrieren in der Pflege

Forschung zur beruflichen Bildung im Lebenslauf

Karin Reiber, Jutta Mohr, Michaela Evans-Borchers,
Miriam Peters (Hg.)

Die Reihe **Berufsbildung, Arbeit und Innovation** bietet ein Forum für die grundlagen- und anwendungsorientierte Forschung zu den Entwicklungen der beruflichen Bildungspraxis. Adressiert werden insbesondere berufliche Bildungs- und Arbeitsprozesse, Übergänge zwischen dem Schul- und Beschäftigungssystem sowie die Qualifizierung des beruflichen Bildungspersonals in schulischen, außerschulischen und betrieblichen Handlungsfeldern.

Hiermit leistet die Reihe einen Beitrag für den wissenschaftlichen und bildungspolitischen Diskurs über aktuelle Entwicklungen und Innovationen. Angesprochen wird ein Fachpublikum aus Hochschulen und Forschungseinrichtungen sowie aus schulischen und betrieblichen Politik- und Praxisfeldern.

Die Reihe ist gegliedert in die **Hauptreihe** und in die Unterreihe **Dissertationen/Habilitationen**.

Reihenherausgebende:

Prof.in Dr.in habil. Marianne Friese
Justus-Liebig-Universität Gießen
Institut für Erziehungswissenschaften
Professur Berufspädagogik/Arbeitslehre

Prof. Dr. paed. Klaus Jenewein
Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg
Institut I: Bildung, Beruf und Medien
Arbeitsbereich Gewerblich-technische Berufsbildung

Prof.in Dr.in Susan Seeber
Georg-August-Universität Göttingen
Professur für Wirtschaftspädagogik und Personalentwicklung

Prof. Dr. Lars Windelband
Karlsruher Institut für Technologie (KIT)
Institut für Berufspädagogik und Allgemeine Pädagogik
Professur Berufspädagogik

Wissenschaftlicher Beirat
- Prof. Dr. Matthias Becker, Hannover
- Prof.in Dr.in Karin Büchter, Hamburg
- Prof. Dr. Frank Bünning, Magdeburg
- Prof. Dr. Hans-Liudger Dienel, Berlin
- Prof. Dr. Uwe Faßhauer, Schwäbisch-Gmünd
- Prof. Dr. Karl-Heinz Gerholz, Bamberg
- Prof. Dr. Philipp Gonon, Zürich
- Prof. Dr. Dietmar Heisler, Paderborn
- Prof. Dr. Torben Karges, Flensburg
- Prof. Dr. Franz Ferdinand Mersch, Hamburg
- Prof.in Dr.in Manuela Niethammer, Dresden
- Prof.in Dr.in Karin Reiber, Esslingen
- Prof. Dr. Thomas Schröder, Dortmund
- Prof.in Dr.in Michaela Stock, Graz
- Prof. Dr. Tade Tramm, Hamburg
- Prof.in Dr.in Ursula Walkenhorst, Osnabrück

Weitere Informationen finden Sie auf **wbv.de/bai**

Karin Reiber, Jutta Mohr, Michaela Evans-Borchers,
Miriam Peters (Hg.)

Fachkräftesicherung, Versorgungsqualität und Karrieren in der Pflege

Forschung zur beruflichen Bildung im Lebenslauf

wbv

Die Verantwortung für den Inhalt dieser Veröffentlichung liegt bei den Herausgebenden des Bandes.

Berufsbildung, Arbeit und Innovation – Hauptreihe, Band 74

2024 wbv Publikation
ein Geschäftsbereich der
wbv Media GmbH & Co. KG, Bielefeld

Gesamtherstellung:
wbv Media GmbH & Co. KG, Bielefeld
wbv.de

Umschlagmotiv: 1expert, 123rf

Bestellnummer: I73927
ISBN (Print): 978-3-7639-7392-7
ISBN (E-Book): 978-3-7639-7433-7
DOI: 10.3278/9783763974337

Printed in Germany

Diese Publikation ist frei verfügbar zum Download unter wbv-open-access.de

Diese Publikation mit Ausnahme des Coverfotos ist unter folgender Creative-Commons-Lizenz veröffentlicht:
creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.de



Für alle in diesem Werk verwendeten Warennamen sowie Firmen- und Markenbezeichnungen können Schutzrechte bestehen, auch wenn diese nicht als solche gekennzeichnet sind. Deren Verwendung in diesem Werk berechtigt nicht zu der Annahme, dass diese frei verfügbar seien.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.d-nb.de abrufbar.

Die freie Verfügbarkeit der E-Book-Ausgabe dieser Publikation wurde ermöglicht durch ein Netzwerk wissenschaftlicher Bibliotheken und Institutionen zur Förderung von Open Access in den Sozial- und Geisteswissenschaften im Rahmen der *wbv OpenLibrary 2023*.

Die Publikation beachtet unsere Qualitätsstandards für Open-Access-Publikationen, die an folgender Stelle nachzulesen sind:
https://www.wbv.de/fileadmin/importiert/wbv/PDF_Website/Qualitaetsstandards_wbvOpenAccess.pdf

Großer Dank gebührt den Förderern der OpenLibrary 2023 im Fachbereich Berufs- und Wirtschaftspädagogik:

Otto-Friedrich-Universität **Bamberg** | Humboldt-Universität zu **Berlin** | Universitätsbibliothek **Bielefeld** | Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB, **Bonn**) | Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität **Bonn** | Technische Universität **Braunschweig** | Vorarlberger Landesbibliothek (**Bregenz**) | Staats- und Universitätsbibliothek **Bremen** | Universitäts- und Landesbibliothek **Darmstadt** | Universitäts- und Landesbibliothek **Düsseldorf** | Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek (SLUB, **Dresden**) | Goethe-Universität **Frankfurt am Main** | Pädagogische Hochschule **Freiburg** | Justus-Liebig-Universität **Gießen** | Fernuniversität **Hagen** | Staats- und Universitätsbibliothek **Hamburg** | TIB **Hannover** | Universitätsbibliothek **Kassel** | Karlsruhe Institute of Technology (KIT, **Karlsruhe**) | Pädagogische Hochschule **Karlsruhe** | Universitätsbibliothek **Kiel** | Universitäts- und Stadtbibliothek **Köln** | Universitätsbibliothek **Leipzig** | Zentral- und Hochschulbibliothek (ZHB, **Luzern**) | Hochschule der Bundesagentur für Arbeit (**Mannheim**) | Fachhochschule **Münster** | Universitäts- und Landesbibliothek **Münster** | Landesbibliothek **Oldenburg** | Pädagogische Hochschule **Schwäbisch Gmünd** | Universitätsbibliothek **St. Gallen** | Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZAHW, **Winterthur**)

Inhalt

Geleitwort 11

Pflegeberufliche Bildung im Aufwind/Einleitende Beiträge 13

Miriam Peters, Karin Reiber, Jutta Mohr, Michaela Evans-Borchers
Fachkräftesicherung, Versorgungsqualität und Karrieren in der Pflege: Forschung zur beruflichen Bildung im Lebenslauf 15

Jutta Mohr, Karin Reiber
Pflegeberufliche Bildung im Kontext von Fachkräftesicherung und Versorgungsqualität – eine Einordnung 25

Annerose Bohrer, Anja Walter
Berufsbildungsforschung zur Domäne Pflege – Stand und Perspektiven 39

Lena Dorin, Bettina Klein, Miriam Peters
Das Forschungsprogramm zur Pflegebildung und zum Pflegeberuf des Bundesinstituts für Berufsbildung 61

Wege in die Pflegeausbildung 77

Margit Ebbinghaus, Regina Dionisius
Pflege, das ist doch … – Was Schülerinnen und Schüler mit Pflegeberufen verbinden 79

Sabine Dorn, Anna Willaredt, Nicola Hofmann, Jutta Mohr
Berufsorientierende Praktika als berufspädagogisches Handlungsfeld 99

Anja Walter, Heidrun Herzberg
Pflegefachassistenz – von der Berufsfeldanalyse zu Rahmenplänen 117

Jan Braun, Karin Reiber
Das Pflegebildungssystem zwischen intendierter Einheitlichkeit und tatsächlicher Diversität am Beispiel der Pflegeassistenzausbildungen 139

Aktuelle Entwicklungen im Zeichen der Ausbildungsreform 157

Philipp Struck, Lena Konrad, Julia Holbach
Unterschiede in der Entstehung und Entwicklung der beruflichen Identität bei Auszubildenden in der Pflege 159

Petra Reiber, Anita Rölle, Karin Reiber, Maik H.-J. Winter
Kompetenzorientierung reloaded – jetzt aber wirklich!? 177

Lena Becker-Pülm, Peter Bleses, Britta Busse, Friederike Mahnken, Cora Zenz
Gute Ausbildungsqualität? Eine arbeitswissenschaftliche Evaluation der generalistischen Pflegeausbildung im Land Bremen 195

Antje Krause-Zenß, Elena Tsarouha, Markus Wochnik, Kristina Greißl
Fachliche Perspektiven auf die Praxisanleitung in der generalistischen Pflegeausbildung: Eine Verortung impliziten Wissens 213

Lena Sachse, Janika Grunau
In Teilzeit zur Pflegefachperson? Zur Flexibilisierung und Individualisierung der Pflegeausbildung 227

Neue Herausforderungen im Kontext der Pflegeausbildung 243

Philipp Fuchs, Maik Oliver Mielenz, Katja Seidel, Sabine Wellmer
Erwartungen an die Pflegeausbildung – Praxisschock als Grund für Ausbildungsabbrüche? 245

Jonas Seidel, Katharina Kirstein, Bouchra Achoumrar, Patricia Beck, Michael Brantzko, Benjamin Herten
Risikotypenspezifische Abbruchgründe und Gelingensfaktoren in der Pflegeausbildung – Maßnahmenentwicklung mit Methoden des Design Thinking 265

Anna Willaredt, Sabine Dorn, Nicola Hofmann, Karin Reiber
Gelingender Einstieg in die praktische Ausbildung 287

Stefanie Hiestand, Wolfram Gießler, Sophie Kaiser, Franziska Wegemann
Betriebliche Bildungsarbeit in der Langzeitpflege: Wege zur individuellen und kollektiven Entwicklung 305

Daria Olden, Daniel Großmann, Bernd Reuschenbach
Herausforderungen von Auszubildenden mit Migrationshintergrund in der generalistischen Pflegeausbildung 319

Andrea Daase, Micha Fleiner
Fachkräftesicherung durch sprachbewusste Pflegeausbildung in der Migrationsgesellschaft 339

Godje Jürgensen, Stefan Michalski, Christiane Micus-Loos, Wolfgang von Gahlen-Hoops
Umschulende Personen in der Pflegeausbildung – Zur Bedeutung und Belastung unsichtbarer Care-Praxen 357

Katrin Schulze, Christa Rustler, Anna-Lena Sting, Mathias Bonse-Rohmann†
Förderung einer nachhaltigen Gesundheitskompetenz in den Gesundheits- und Pflegeberufen 373

Lydia Pfeifer, Sophia Fries, Christiane Freese, Annette Nauerth, Patrizia Raschper
Virtual Reality didaktisch fundiert in der Pflegeausbildung einsetzen – Erfahrungen aus dem Projekt ViRDiPA 391

Berufliche Weiterentwicklung im Fokus 409

Jan Braun, Sabine Dorn, Karin Reiber
Intendierte und potenzielle Bildungswege in der Pflege: Möglichkeiten der beruflichen Entwicklung über Ausbildung, Weiterbildung und Studium 411

Marcel Reiner, Kathrin Mittelstät, Eva Hocher, Celine Keppner, Jochen Späth, Andreas Koch, Tobias Scheu
Übergänge von der Assistenz- in die Fachausbildung – Gelingensfaktoren, Herausforderungen, Gestaltungsspielräume 427

Dana Bergmann, Viktoria Schatt, Julia Müller, Charley Pedde
Fort- und Weiterbildungen in der Pflege: Eine terminologische Bestimmung des Gegenstandes 445

Bianca Berger, Fabian Graeb, Petra Reiber, Gundula Essig, Reinhold Wolke
Veränderungsprozesse durch Lernen und Bildung in Organisationen der Altenhilfe gestalten 463

Geleitwort

Der vorliegende Sammelband „Fachkräftesicherung, Versorgungsqualität und Karrieren in der Pflege“ behandelt zentrale Forschungs- und Handlungsfelder der beruflichen Bildung im Sektor Care Work, der seit mehr als drei Dekaden durch Wirtschaftswachstum und Fachkräftemangel einerseits sowie fehlende Professionalisierung andererseits gekennzeichnet ist. Diese spannungsreiche Struktur der personenbezogenen Dienstleistungsberufe, die den wachsenden Ausbildungs- und Beschäftigungssektor der Pflege in spezifischer Weise betrifft, stellt die berufs- und wirtschaftspädagogische Forschung sowie Bildungspraxis vor große Herausforderungen. Diese betreffen zum einen theoretische und empirische Forschungen zum Entwicklungsstand des Bildungs- und Beschäftigungssystems sowie zu neuen Kompetenzanforderungen vor dem Hintergrund des gesellschaftlichen Wandels von Berufsstrukturen sowie Gesundheits- und Versorgungsqualität. Der Subjektbezug des beruflichen Bildungsauftrags erfordert zum anderen Forschungs- und Handlungsansätze der beruflichen Bildung, die berufsbiografische Entwürfe, berufliche Orientierungen sowie Ansprüche der Auszubildenden und Beschäftigten an gesellschaftlicher und betrieblicher Mitgestaltung ermöglichen.

Dieses Spannungsfeld von gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Bedarfen an Fachkräftesicherung in Pflegeberufen sowie individuellen Bildungsbedürfnissen und Teilhabechancen von Auszubildenden und Beschäftigten wird im vorliegenden Band sowohl aus systematischer Perspektive als auch entlang institutioneller und bildungsbiografischer Statuspassagen bearbeitet. Dazu werden komplexe Bildungswege von der beruflichen Orientierung über die Pflegeausbildung bis zur beruflichen Weiterbildung nachgezeichnet. Die Befunde sind vielschichtig und gewinnbringend für berufspädagogische Implikationen. Dazu gehören u. a. Ergebnisse zu subjektiven Vorstellungen von Schüler:innen zum Pflegeberuf, zur Entwicklung von beruflicher Identität von Auszubildenden sowie zur Wirksamkeit von Ausbildungsqualität. Bedeutsam für die Ermittlung ordnungsrechtlicher Reformbedarfe sind die Evaluationsbefunde der Begleitforschung zur generalistischen Pflegeausbildung. Handlungsleitend für pädagogische Interventionen im Zuge der digitalen Transformation sind Ansätze zum Einsatz von Lehr-/Lernszenarien, die auf Virtual Reality basieren. Die Beiträge zur beruflichen Weiterbildung zeigen Herausforderungen wie auch Ansätze der dringend notwendigen Durchlässigkeit im Berufsbildungssystem Pflege auf.

In der Gesamtperspektive werden vielfältige Forschungsprojekte und Befunde zur beruflichen Aus- und Weiterbildung in der Pflege mit hohem Gewinn für die Berufsbildungsforschung und den Care Sektor aufgezeigt. Der Band stellt für Lehrende, Studierende und Forschende der Berufs- und Pflegepädagogik relevantes Grundlagen- und Handlungswissen bereit.

Gießen im Dezember 2023

Prof.in Dr.in Marianne Friese

Pflegeberufliche Bildung im Aufwind/ Einleitende Beiträge

Fachkräftesicherung, Versorgungsqualität und Karrieren in der Pflege: Forschung zur beruflichen Bildung im Lebenslauf

Miriam Peters, Karin Reiber, Jutta Mohr, Michaela Evans-Borchers

Pflegeberufe gelten bundesweit als Mangelberufe und es existiert nahezu flächendeckend ein Fachkräftemangel. Die Zahl der gemeldeten Stellen für Pflegefachpersonal übersteigt die Zahl des arbeitslos gemeldeten Fachpersonals deutlich (vgl. Bundesagentur für Arbeit 2023, S. 20). In der Pflege werden Pflegefachpersonen mit und ohne Spezialisierung sowie Führungskräfte bundesweit händeringend gesucht. Während sich auf der Nachfrageseite des Arbeitsmarktes personelle Zusatz- und Mehrbedarfe für Pflegefachpersonen abzeichnen, die sich durch die kommenden Renteneintritte verstärken werden, fehlt eben dieses Pflegefachpersonal auf der Angebotsseite des Arbeitsmarktes. Die Folgen sind in der pflegerischen Versorgungspraxis schon heute deutlich spürbar: Ambulante Pflegedienste können keine neuen Klientinnen und Klienten mehr aufnehmen, längere Wartezeiten auf einen Pflegeplatz in der stationären Langzeitpflege oder Bettenschließungen in der akutstationären Versorgung sind längst an der Tagesordnung (vgl. z. B. Blum, Löffert, Offermanns u. a. 2019, S. 4; Deutscher Evangelischer Verband für Altenarbeit und Pflege e. V. 2023). Der Mangel an Pflegefachpersonal beeinflusst unmittelbar die Versorgungsqualität.

Vor diesem Hintergrund wird händeringend nach nachhaltigen Strategien gegen den Pflegepersonalmangel gesucht. Nicht zuletzt die „Konzertierte Aktion Pflege“ (KAP) in Deutschland steht beispielhaft für den Ansatz, durch Koordinierung und Kooperation neue Wege für die Fachkräftegewinnung und Fachkräftesicherung im Pflegeberuf zu beschreiten. In diesem Zusammenhang hat berufliche Bildung einen besonderen Stellenwert: Denn pflegeberufliche Bildung ist mehr als die reaktive Anpassung von Qualifikation und Kompetenz an neue und erweiterte berufsfachliche An- und Herausforderungen im Pflegeberuf. Sie kann zum Attraktionsfaktor für Erwerbstätigkeit im Pflegeberuf werden und steht paradigmatisch für Berufs- und Karrierebiografien sowie für neue Wege patienten- und klientenzentrierter Versorgungsgestaltung. Denn zum einen sind ressourcenbezogene Imagedimensionen wie Vermögen und Können, Bildung, Intellekt und Ansehen der Pflegeberufe entscheidend dafür, ob sich Jugendliche eine Pflegeausbildung vorstellen können (vgl. Ebbinghaus 2022, S. 5 ff.). Zum anderen haben die Stärkung pflegefachlicher Kompetenzen in der Versorgungspraxis, das „Arbeiten auf Augenhöhe“, fachliche Aufstiegsmöglichkeiten sowie die Unterstützung beruflicher Laufbahnwege für beruflich Pflegende selbst eine hohe Präferenz in der Berufsausübung (vgl. Auffenberg u. a. 2022, S. 52 ff.). Aus der

Sicht von Pflegefachpersonen handelt es sich hierbei um relevante Merkmale zukunftsfähiger Arbeitsplätze (vgl. BMG 2023a).

Aktuelle politische Reformvorhaben wie die Krankenhausreform (vgl. BMG 2023b), Veröffentlichungen des Deutschen Pflegerats (vgl. Deutscher Pflegerat 2023) und gesundheitsökonomische Positionspapiere (vgl. z. B. Sell 2019) sowie Projektergebnisse (vgl. z. B. Robert Bosch Stiftung 2018; Klapper & Cichon 2021) legen nahe, dass beruflich Pflegende zunehmend Verantwortung im Gesundheitswesen übernehmen und gelingendes Leben unter Bedingungen chronischer Erkrankungen und Pflegebedürftigkeit fördern. Etwa 40 Prozent der Erwachsenen bezeichnet sich als chronisch krank (vgl. Güthlin, Köhler & Dieckelmann 2020, S. 14). Dabei steigt die Komplexität der Versorgungssituationen in zunehmendem Alter durch chronische Mehrfacherkrankungen an (vgl. Bundesministerium für Bildung und Forschung 2014). Menschen werden älter und darüber auch pflegebedürftig (vgl. Isfort, Rottländer, Weidner u. a. 2018; Schaeffer & Kuhlmey 2007). In diesem Zusammenhang wird in jüngster Zeit verstärkt auch kommunale Verantwortung für Pflegeinfrastruktur (Waldenberger Naegele & Kudo u. a. 2022) bspw. unter den Stichworten *Caring Community* und *Community Health Nursing* diskutiert (vgl. Klie 2015; Völkel & Weidner-Toman 2020).

Dem International Council of Nurses zufolge obliegen beruflich Pflegenden die Aufgaben, „[…] Gesundheit zu fördern, Krankheit zu verhüten/vorzubeugen, Gesundheit wiederherzustellen, Leiden zu lindern und ein Sterben in Würde zu unterstützen […]. Der Pflege inhärent ist die Achtung der Menschenrechte, einschließlich kultureller Rechte, des Rechts auf Leben und Wahlfreiheit, des Rechts auf Würde und respektvolle Behandlung. Die Pflege respektiert Alter, Hautfarbe, Kultur, kulturelle Zugehörigkeit, Behinderung oder Krankheit, Geschlecht, sexuelle Orientierung, Nationalität, Politik, Sprache, ethnische Zugehörigkeit, religiöse oder spirituelle Überzeugungen, rechtlichen, wirtschaftlichen oder sozialen Status und erfolgt ohne Einschränkungen aufgrund dieser Merkmale“ (ICN 2021, S. 4). Diese professionelle Verantwortung, wie sie im ICN-Ethikkodex ausbuchstabiert ist, integriert professionelles Handeln sowohl auf beruflicher als auch gesellschaftlicher Ebene (z. B. in den Bereichen Gesundheitsförderung, Forschung und Gesundheitspolitik).

Der Strategie der Kultusministerkonferenz (KMK) folgend hat berufliche Bildung aktuelle und zukünftige Entwicklungen aufzunehmen und Kompetenzen anzubahnen (vgl. Kultusministerkonferenz 2016). Aus dieser Perspektive sind Fachkräftesicherung, Versorgungsqualität und pflegeberufliche Bildungsperspektiven untrennbar miteinander verbunden. Durch berufliche Bildung werden existierende pflegerische Versorgungsstrukturen und Handlungskontexte veränderbar, auf dieser Basis sind pflegerischer Fortschritt und Professionalisierung in der Versorgungspraxis sowie berufsbiografische Entwicklungsperspektiven im Lebenslauf möglich.

Die Fachkommission gemäß § 4 PflBG hat den Rahmenplänen der beruflichen Pflegeausbildung ein umfassendes Berufs- und Bildungsverständnis zugrunde gelegt, das Subjektorientierung, Bildung, Lernen und Kompetenzorientierung als zentrale Prinzipien versteht (vgl. Bundesinstitut für Berufsbildung 2020, S. 12 ff.). Erste Erfahrungen zeigen, dass dies weitreichende Veränderungen in der theoretischen und be-

trieblichen Pflegeausbildung nach sich zieht. Daneben wird deutlich, dass nicht nur die Pflegehilfe- und -assistenzausbildungen daran anzupassen sind, sondern auch der Bereich der Fort- und Weiterbildung sollte anschlussfähige Bildungsprogramme entwickeln, damit diese ähnlich den Fortbildungsstufen der beruflichen Bildung nach Berufsbildungsgesetz (BBiG) und Handwerksordnung (HwO) die Gleichwertigkeit der beruflichen und akademischen Bildung sicherstellen können. Auf dem Kongress des Bundesinstituts für Berufsbildung (BIBB) im Frühsommer 2023 wurde diskutiert, dass pflegerische Versorgung nur sichergestellt werden kann, wenn sich die berufliche und hochschulische Bildung an gegenwärtigen und zukünftigen Herausforderungen im Gesundheitsbereich ausrichtet. Der Deutsche Pflegerat (DPR) fordert hierzu eine gut umgesetzte übergeordnete Bildungsarchitektur in der Pflege, die derzeit noch sowohl durch unzureichende Strukturen und Kompetenzen der Selbstverwaltung als auch aufgrund von unterschiedlichen Zuständigkeiten in einem föderalistischen Bildungssystem gehemmt wird (vgl. Deutscher Pflegerat 2022). Auch der Wissenschaftsrat verweist in seiner aktuellen Stellungnahme – neben der Entwicklung und Etablierung hochschulischer Qualifizierungswege – auf die Notwendig einer Verbesserung und Modernisierung der berufsfachschulischen Ausbildung (vgl. Wissenschaftsrat 2023, S. 17).

Eine umfassende Veränderung des Gesundheits- und Sozialsystems wird nicht disruptiv erfolgen, sondern evolutionär. Um Bildungs- und Versorgungsstrukturen aufeinander abzustimmen, sind zunehmend Forschungsvorhaben notwendig, die sowohl empirische Befunde und belastbare Daten zu aktuellen Entwicklungen bereitstellen als auch theoretisch neue Ansätze entwickeln, die gesellschaftliche Fragen von morgen adressieren.

Neben dieser großen gesellschaftlichen Bedeutung des Pflegeberufs und den hohen Anforderungen an Pflegeaus- und -weiterbildung mit Blick auf berufliche Kompetenzen und Versorgungsqualität hat pflegeberufliche Bildung den Auftrag, ausreichend Personal zu qualifizieren und für den stetig anwachsenden Bedarf an pflegerischer Versorgung bereitstellen zu können.[1] Vor dem Hintergrund eines nahezu bereits chronischen Personalmangels stellt die Ausbildung eine der wichtigsten Strategien für die Fachkräftesicherung dar (vgl. Mohr, Riedlinger & Reiber 2022). Zugleich hat berufliche Bildung immer auch den Anspruch, die Realisierung individueller Chancen auf gesellschaftliche Teilhabe und subjektiver berufsbiografischer Entwürfe zu befördern. Somit bewegt sich berufliche Bildung in der Domäne Pflege in einem Spannungsgefüge von gesellschaftlichem Auftrag, Anforderungen des Beschäftigungssystems und Verantwortung gegenüber den zu adressierenden Personen.

Der Sammelband **Fachkräftesicherung, Versorgungsqualität und Karrieren in der Pflege: Forschung zur beruflichen Bildung im Lebenslauf** setzt an diesem Punkt an und nimmt strukturelle Rahmenbedingungen und bildungstheoretische Zugänge auf Makrobene und Bildungshandeln in Betrieben und in Bildungsinstitutionen auf der Mesoebene ebenso in den Blick wie individuelle Entwicklungsverläufe und Teilhabechancen. Die Beiträge fokussieren dabei entlang des Idealtypus berufsbiografische

1 Vgl. hierzu den Beitrag von Mohr & Reiber in diesem Band, S. 25–37.

Entwicklungsphasen und verschiedene Qualifikationsstufen beruflicher Bildung – von der Assistenz-/Helfendenausbildung in den Pflegeberufen bis hin zur beruflichen Weiterbildung.

Der Band versammelt empirische Beiträge, die teilweise im Rahmen des Forschungsprogramms zur Pflegebildung und zum Pflegeberuf des Bundesinstituts für Berufsbildung (BIBB)[2] entstanden sind, teilweise gleichwohl auch anderen Forschungskontexten entstammen. Hierbei konzentriert sich der vorliegende Sammelband explizit auf den Bereich berufsschulischer Ausbildung jenseits primärqualifizierender Studiengänge. Dies begründet sich zum einen mit der quantitativen Bedeutung berufsschulischer Ausbildung, zum anderen mit den paradigmatischen Veränderungen durch die Generalistik, die sich derzeit auf dieser Ebene vollziehen. Der Band gliedert sich in fünf thematische Abschnitte, die gleichsam die Stufen und Phasen beruflicher Bildung im Lebenslauf abbilden.

Im ersten thematischen Abschnitt **„Pflegeberufliche Bildung im Aufwind/Einleitende Beiträge“** des vorliegenden Sammelbandes sind Beiträge gebündelt, die grundlegenden und einführenden Charakter haben. Der Beitrag von *Jutta Mohr und Karin Reiber* stellt die Leitmotive des Sammelbandes vor und relationiert sie zueinander. *Anja Walter und Anne Bohrer* beschreiben den aktuellen *Stand der Berufsbildungsforschung* in der Pflege. Der Beitrag zeigt, dass eine systematische Erfassung des aktuellen Forschungsstands ein schwieriges Unterfangen und in jedem Fall eine Frage der Perspektive ist. *Lena Dorin, Bettina Klein und Miriam Peters* beschreiben das Forschungsprogramm, das seitens des BIBB im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) und des Bundesministeriums für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) umgesetzt wird. Nachgezeichnet wird die *Entstehung und systematisch-theoretische Entwicklung des Forschungsprogramms* mit seinen vier Themenschwerpunkten. Dieses Kapitel dient auch der konzeptionellen Einordnung der nachfolgenden Beiträge, von denen sich eine Vielzahl aus Projekten dieses Forschungsprogramms speisen.

Der zweite thematische Abschnitt des Sammelbandes **„Wege in die Pflegeausbildung“** bündelt vier Beiträge, die die Phasen vor der bzw. Zugangswege in die Pflegeausbildung in den Fokus rücken. *Margit Ebbinghaus und Regina Dionisius* präsentieren Ergebnisse einer BIBB-Befragung zu spontanen *Assoziationen und Äußerungen von Schülerinnen und Schülern zum Pflegeberuf*. Im Beitrag von *Sabine Dorn, Anna Willaredt, Nicola Hofmann und Jutta Mohr* wird das häufig *ungenutzte Potenzial berufsorientierender Praktika* beschrieben, zentrale Informationen zum und einen realistischen Eindruck vom Pflegeberuf zu vermitteln, sodass eine informierte Berufswahlentscheidung getroffen werden kann. Im darauffolgenden Kapitel schildern *Anja Walter* und *Heidrun Herzberg*, wie das Projekt Neksa auf Basis einer Berufsfeldanalyse eine *Aktualisierung, Aufwertung und bessere Anschlussfähigkeit an die Pflegeausbildung durch einen Rahmenlehrplan* realisiert hat. *Jan Braun und Karin Reiber* stellen auf Basis des BIBB-Projekts career@care eine *Bestandsaufnahme bundesweiter Pflege(fach)assistenzausbil-*

2 Forschungsprogramm zur Pflegebildung und zum Pflegeberuf des BIBB nach § 60 Absatz 4 der Pflegeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung (PflAPrV).

dungen vor und reflektieren, welche Implikationen sich aus deren länderspezifischen Uneinheitlichkeit für den Übergang in die Pflegeausbildung ableiten lassen.

Der dritte thematische Abschnitt des Bandes versammelt unter dem Titel **„Aktuelle Entwicklungen im Zeichen der Ausbildungsreform"** Forschungsbefunde aus Projekten, die aktuelle Veränderungen in der Pflegeausbildung adressieren und spezifische Aspekte im Kontext der Ausbildungsreform untersuchen. *Philipp Struck, Lena Konrad und Julia Holbach* gehen in ihrem Beitrag der Frage nach, wie *berufliche Identität bei Auszubildenden in der Pflege* entsteht und sich entwickelt. Die empirischen Ergebnisse der Autorinnen und Autoren verdeutlichen, dass Auszubildende im Pflegeberuf bereits im zweiten Ausbildungsjahr einen „Bruch" erleben, sodass u. a. ihre berufliche Identität und ihre Arbeitszufriedenheit sinken. Der Beitrag von *Petra Reiber, Anita Rölle, Karin Reiber und Maik Hans-Joachim Winter* reflektiert, ob sich die im Rahmen der Erhebungen im Projekt UpGradE geäußerte *konsequentere Kompetenzorientierung* tatsächlich in den aktuellen Vorgaben zur Pflegeausbildung widerspiegelt. *Lena Becker-Pülm, Peter Bleses, Britta Busse, Friederike Mahnken und Cora Zenz* adressieren in ihrem Beitrag die *Ausbildungsqualität der neuen Pflegeausbildung*. Im Rahmen der Begleitforschung des Landes Bremen zur Umsetzung der generalistischen Pflegeausbildung widmen sich die Autorinnen und Autoren dem Aspekt, über eine gute Ausbildungsqualität Ausbildungsabbrüche zu vermeiden. *Antje Krause-Zenß, Elena Tsarouha, Markus Wochnik und Kristina Greißl* präsentieren in ihrem Beitrag, welche *fachliche Prioritäten Praxisanleitende* formulieren und verhandeln die Frage, wie *implizites Wissen in der Praxisanleitung* angebahnt werden kann. Hierzu greifen Sie auf Teile der qualitativen Interviewstudie der Begleitforschung des Veränderungsprozesses zur Einführung der neuen Pflegeausbildungen (BENP) des BIBB zurück. *Lena Sachse und Janika Grunau* gehen anschließend in ihrem Beitrag auf *Chancen und Grenzen der Teilzeitausbildung* als Beitrag zur Fachkräftesicherung in der Pflege ein.

Der vierte thematische Abschnitt widmet sich ebenfalls der Pflegeausbildung. Die Sektion **„Neue Herausforderungen im Kontext der Pflegeausbildung"** vereint Beiträge, die sich mit aktuellen Fragen und Herausforderungen der Pflegeausbildung beschäftigen, die jedoch nicht auf die Pflegeberufereform zurückgehen. *Philipp Fuchs, Maik Oliver Mielenz, Katja Seidel und Sabine Wellmer* beschreiben in ihrem Beitrag den Praxisschock als potenziellen Grund für Ausbildungsabbrüche und nehmen dabei auch den *Verlauf von der Berufsorientierung über die Ausbildung* in den Blick. *Jonas Seidel, Katharina Kirstein, Bouchra Achoumrar, Patricia Beck, Michael Brantzko und Benjamin Herten* thematisieren *risikotypenspezifische Abbruchsgründe und Gelingensfaktoren in der Pflegeausbildung* und zeigen Lösungsansätze für die Vermeidung von Ausbildungsabbrüchen auf. *Anna Willaredt, Sabine Dorn, Nicola Hofmann und Karin Reiber* stellen in ihrem Beitrag auf Basis von Befunden zu Erwartungen an den und Erfahrungen mit dem Orientierungseinsatz im Rahmen des Projekts TiP-regio vor, welche *Maßnahmen im Rahmen eines Onboarding-Prozesses* genutzt werden können, um Auszubildenden einen guten Start in die Ausbildung gewährleisten zu können. *Stefanie Hiestand, Wolfram Gießler, Sophie Kaiser und Franziska Wegemann* erweitern die Perspektive, indem sie in ihrem Beitrag die betriebliche Bildungsarbeit in der Langzeitpflege in den Mittel-

punkt rücken. Der Beitrag stellt empirisch erprobte Konzeptionen bzw. Tools zur Erfassung von Kompetenzbedarfen vor, die sowohl *individuelle als auch kollektive Lernprozesse* nachhaltig unterstützen.

Der Beitrag von *Daria Olden, Daniel Großmann und Bernd Reuschenbach* widmet sich auf Basis einer Sekundäranalyse von Daten der Begleitforschung zur Einführung der generalistischen Pflegeausbildung (BENP) den Herausforderungen, die die Heterogenität der Auszubildenden mit sich bringt. Hierbei stehen *Gestaltungs- und Anpassungsbedarfe im Mittelpunkt, die sich aus migrationsbedingten Unterschieden der Auszubildenden* ergeben. *Andrea Daase und Micha Fleiner* fokussieren in ihrem Beitrag „Fachkräftesicherung durch sprachbewusste Pflegeausbildung in der Migrationsgesellschaft", der im Rahmen des Projekts TiP Regio entstanden ist, *methodische Aspekte der Gestaltung eines sprachsensiblen Fachunterrichts. Godje Jürgensen, Stefan Michalski, Christiane Micus-Loos und Wolfgang von Gahlen-Hoops* reflektieren in ihrem Beitrag auf Basis des Projekts ParAScholaBi das Verhältnis von privater und erwerbsbegründeter Care-Arbeit vor dem Hintergrund *machtvoller Geschlechterverhältnisse als besonderer Herausforderung pflegeberuflicher Bildungswege*. Der Beitrag von *Katrin Schulze, Christa Rustler, Anna-Lena Sting und Mathias Bonse-Rohmann*† basiert auf Ergebnissen der Projekte astra plus und GeKoNnTeS zur Gesundheitsförderung in Ausbildung und pflegebezogenen Studiengängen. Der Fokus des Beitrags liegt auf den *Gelingensbedingungen einer erfolgreichen Vermittlung von Gesundheitskompetenzen* in Ausbildung und Studium. *Lydia Pfeifer, Sophia Fries, Christiane Freese, Annette Nauerth und Patrizia Raschper* beschäftigten sich in ihrem Beitrag mit digitalen Lehr-/Lernszenarien für die Pflegeausbildung, die *innovative 360° Virtual Reality (VR)-Szenarien mit dem bewährten Lernaufgabenkonzept* nach Müller verknüpfen. Der Beitrag basiert auf dem Projekt BMBF-ViRDiPA – „Virtual Reality basierte Digital Reusable Learning Objects in der Pflegeausbildung" und stellt fünf Ansatzpunkte vor, die sich für die Entwicklung von Lernaufgaben mit 360°-VR-Szenarien eignen.

Der fünfte thematische Abschnitt des Sammelbandes trägt die Überschrift „**Die berufliche Weiterbildung im Fokus**" und umfasst Beiträge, die die weitere berufliche Entwicklungsphase nach der Ausbildung adressieren, wobei ein Schwerpunkt auf der beruflichen Weiterbildung liegt. *Jan Braun, Sabine Dorn und Karin Reiber* thematisieren in ihrem Beitrag die *Notwendigkeit eines durchlässigen Bildungssystems in der Pflege*. Die Analyse der Ordnungsmittel zeigt auf, dass derzeit sehr unterschiedliche Regelungen auf Länderebene mit divergierenden Zugangsvoraussetzungen und Anschlussmöglichkeiten existieren. *Marcel Reiner, Kathrin Mittelstät, Eva Hocher, Celine Keppner, Jochen Späth, Andreas Koch und Tobias Scheu* analysieren in ihrem Beitrag die Durchlässigkeit des Pflegebildungssystems anhand der *Übergänge von der Pflegeassistenzausbildung in die Ausbildung zur Pflegefachperson*. Die Analyse der tatsächlich realisierten Durchlässigkeit zeigt auf, dass derzeit noch große Herausforderungen bestehen. *Dana Bergmann, Viktoria Schatt, Julia Müller und Charley Pedde* gehen in ihrem Beitrag den Fragen nach, wie *Fort- und Weiterbildungen der Domäne Pflege auf terminologischer Ebene* bestimmt werden und wodurch sie gekennzeichnet sind. In dem Beitrag wird für die Etablierung eines einheitlichen Begriffsverständnisses von Fort- und von Weiterbil-

dung sowie für eine Identifikation entsprechender zugehöriger Aspekte (bspw. Qualifizierungsnachweise, Bildungsaufstieg) plädiert. Abschließend beschreiben *Bianca Berger, Fabian Graeb, Petra Reiber, Gundula Essig und Reinhold Wolke* sowohl *Gelingensbedingungen für eine Bildungs- und Lernkultur als auch Modelle zur Implementierung von neuem Wissen* in Organisationen. Um einen nachhaltigen Transfer in den Alltag der Pflegenden zu sichern, ist die Perspektive der Adressatinnen und Adressaten bei der Konzeption derartiger Angebote wichtig.

Wir bedanken uns bei allen Autorinnen und Autoren für die anregenden Beiträge und die gute Zusammenarbeit. Ebenfalls danken wir dem Team des wbv-Verlags für die Begleitung und Unterstützung auf dem Weg bis zur Erscheinung des Sammelbandes.

Literaturverzeichnis

Auffenberg, J., Becka, D., Evans, M., Kokott, N., Schleicher, S. & Braun, B. (2022). *„Ich pflege wieder, wenn …". Potenzialanalyse zur Berufsrückkehr und Arbeitszeitaufstockung von Pflegefachkräften. Ein Kooperationsprojekt der Arbeitnehmerkammer Bremen, des Instituts Arbeit und Technik Gelsenkirchen und der Arbeitskammer des Saarlandes*. Verfügbar unter https://www.arbeitnehmerkammer.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Politik/Rente_Gesundheit_Pflege/Bundesweite_Studie_Ich_pflege_wieder_wenn_Langfassung.pdf (Zugriff am: 10.12.2023).

Blum, K., Löffert, S., Offermanns, M. & Steffen, P. (2019). *Krankenhaus Barometer. Umfrage 2019. Ausgewählte Vorabergebnisse zu den „Pflegepersonaluntergrenzen"*. Verfügbar unter https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/2_Themen/2.5._Personal_und_Weiterbildung/2.5.2._Personaluntergrenzen/2019-09-06_PM-Anlage_DKG_zum_DKI-KH-Barometer.pdf (Zugriff am: 12.12.2023).

BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2023a). *Pflegearbeitsplatz mit Zukunft! Die Ergebnisse der Studie zur Akut- und Langzeitpflege auf einen Blick, Berlin*. Verfügbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Konzertierte_Aktion_Pflege/BMG_Ergebnisse_der_zweiteiligen_Studie_Arbeitsplatzsituation_bf.pdf (Zugriff am: 10.12.2023).

BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2023b). *Eckpunktepapier – Krankenhausreform –*. Verfügbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/Eckpunktepapier_Krankenhausreform_final.pdf (Zugriff am: 07.12.2023).

Bundesagentur für Arbeit (2023). *Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt – Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich, Nürnberg Mai 2023*. Verfügbar unter https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Statischer-Content/Statistiken/Themen-im-Fokus/Berufe/Generische-Publikationen/Altenpflege.pdf?__blob=publicationFile (Zugriff am: 10.12.2023).

Bundesinstitut für Berufsbildung (2020). *Begleitmaterialien zu den Rahmenplänen der Fachkommission nach ∫ 53 PflBG*. Bonn: Bundesinstitut für Berufsbildung.

Bundesministerium für Bildung und Forschung (2014). *Wie krank sind wir wirklich? – Erstmals liegen verlässliche Daten zu Mehrfacherkrankungen im Alter vor.* Verfügbar unter https://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/wie-krank-sind-wir-wirklich-erstmals-liegen-verlassliche-daten-zu-mehrfacherkrankungen-im-3113.php (Zugriff am: 07.12.2023).

Deutscher Evangelischer Verband für Altenarbeit und Pflege e. V. (2023). *Auswertung DEVAP-Umfrage 2023 zur Versorgungssicherheit in der Langzeitpflege.* Verfügbar unter https://www.devap.de/fileadmin/Mediathek/02_Unsere_Positionen/pdf/23-05-09_PPT_zur_PM_DEVAP_Umfrage_Versorgungssicherheit.pdf (Zugriff am: 12.12.2023).

Deutscher Pflegerat (2022). *Deutscher Pflegerat fordert Ausbau der akademischen Pflegeausbildung Bund und Länder müssen aktiv werden. Übergeordnete Bildungsarchitektur in der Pflege nötig. Pressemitteilung.* Verfügbar unter https://deutscher-pflegerat.de/profession-staerken/pressemitteilungen/deutscher-pflegerat-fordert-ausbau-der-akademischen-pflegeausbildung (Zugriff am: 07.12.2023).

Deutscher Pflegerat (2023). *Zum Einsatz und der Zusammenarbeit von Community Health Nurses und Gesundheitslotsen in der regional orientierten Versorgung.* Verfügbar unter https://deutscher-pflegerat.de/download/20230207_erklaerung_dpr_dbfk_vds_gesundheitslotse_chn_final.pdf (Zugriff am: 07.12.2023).

Ebbinghaus, M. (2022). *Pflege? Damit kann ich mich (nicht) sehen lassen…,* BIBB-Report 1/2022. Verfügbar unter https://www.bibb.de/dienst/publikationen/de/17936 (Zugriff am: 10.12.2023).

Güthlin, C., Köhler, S. & Dieckelmann, M. (2020). *Chronisch krank sein in Deutschland. Zahlen, Fakten und Versorgungserfahrungen.* Verfügbar unter https://publikationen.ub.uni-frankfurt.de/files/55045/Chronische_Krankheit_Deutschland.pdf (Zugriff am: 07.12.2023).

ICN – International Council of Nurses ICN (2021). *Der ICN-Ethikkodex für Pflegefachpersonen. Überarbeitet 2021.* Verfügbar unter https://www.dbfk.de/de/expertengruppen/onkologische-pflege/web_ICN_Ethikkodex.pdf (Zugriff am: 07.12.2023).

Isfort, M., Rottländer, R., Weidner, F., Gehlen, D. Hylla, J. & Tucman, D. (2018). *Pflege-Thermometer 2018. Eine bundesweite Befragung von Leitungskräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung in der stationären Langzeitpflege in Deutschland.* Köln: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V.

Klapper, B. & Cichon, I. (Hg.) (2021). *Neustart! Für die Zukunft unseres Gesundheitswesens.* Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Klie, Thomas (2015). Wege in eine sorgende Gesellschaft? *Alter(n)*, 65(2/3), S. 138–146.

Kultusministerkonferenz (2016). *Bildung in der digitalen Welt. Strategie der Kultusministerkonferenz.* Verfügbar unter https://www.kmk.org/fileadmin/Dateien/veroeffentlichungen_beschluesse/2018/Strategie_Bildung_in_der_digitalen_Welt_idF._vom_07.12.2017.pdf (Zugriff am: 11.04.2022).

Mohr, J., Riedlinger, I. & Reiber, K. (2022). Die berufspraktische Pflegeausbildung. Zur Entwicklung beruflicher Identität im Kontext des Fachkräftemangels. In U. Weyland & K. Reiber, (Hg.), *Professionalisierung der Gesundheitsberufe. Berufliche und hochschulische Bildung im Spiegel aktueller Forschung*, Zeitschrift für Berufs- und Wirtschaftspädagogik 33, S. 215–241. Stuttgart: Steiner.

Robert Bosch Stiftung (2018). *360° Pflege – Qualifikationsmix für den Patienten*. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung.

Schaeffer, D. & Kuhlmey, A, (2007). Demographischer Wandel und Pflegerisiko – Herausforderungen für die Zukunft der ambulanten Pflege. *Gesundheits- und Sozialpolitik (G&S)*, 61(9–10), S. 13–18. https://doi.10.5771/1611-5821-2007-9-10-13.

Sell, S. (2019). *Wie viele Pflegekräfte in der Altenpflege müssen es denn sein? Von (un)sicheren Bedarfen und beweglichen Zielen bei der Diskussion über den bestehenden und kommenden Mangel an Pflegepersonal*, Remagener Beiträge zur Sozialpolitik 23–2019. Verfügbar unter https://opus4.kobv.de/opus4-hs-koblenz/files/147/Sozialpolitik+2019-23-1.pdf (Zugriff am: 07.12.2203).

Völkel, M. & Weidner-Toman, F. (2020). Community health nursing. Meilenstein in der Primärversorgung und der kommunalen Daseinsvorsorge. In Bundeszentrale für politische Bildung (Hg.), *Pflege. Praxis – Geschichte – Politik*, S. 318–329. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.

Waldenberger, F., Naegele, G., Kudo, H. & Matsuda, T (Hg.) (2022). *Alterung und Pflege als kommunale Aufgabe. Deutsche und japanische Ansätze und Erfahrungen*. Wiesbaden, Heidelberg: Springer VS.

Wissenschaftsrat (2023). *Perspektiven für die Weiterentwicklung der Gesundheitsfachberufe. Wissenschaftliche Potenziale für die Gesundheitsversorgung erkennen und nutzen*. Verfügbar unter https://www.wissenschaftsrat.de/download/2023/1548-23.pdf?__blob=publicationFile&v=9 (Zugriff am: 12.12.2023).

Pflegeberufliche Bildung im Kontext von Fachkräftesicherung und Versorgungsqualität – eine Einordnung

Jutta Mohr, Karin Reiber

Abstract

Die Notwendigkeit pflegeberuflicher Bildung lässt sich aus unterschiedlichen Perspektiven begründen: der gesellschaftlichen, berufsspezifischen und individuellen Perspektive. Dabei richten sich alle gleichermaßen auf das Ziel einer qualitativ hochwertigen pflegerischen Versorgung. Im Kontext der Fachkräftesicherung bleiben die Wege zur Zielerreichung nicht ohne Widersprüche. Aktuell befinden sich der Pflegeberuf und die pflegeberufliche Bildung durch die Pflegeberufereform in einem Transformationsprozess. Diesen gilt es für die Professionalisierung beruflicher Pflege zu nutzen.

Schlagworte: Pflegebildung, Fachkräftesicherung, Versorgungsqualität, Pflegeberuf

The necessity of nursing education can be justified from different perspectives: the societal, profession-specific and individual perspective. Although these perspectives pursue the same objective of high-quality nursing care, in the context of securing a skilled workforce, the ways to achieve this objective are not without contradictions. As a result of the reform of the Nursing Profession Act, the nursing profession and nursing education are currently undergoing a transformation process. It is important to use this process to professionalize nursing care.

Keywords: Nurse Education, Securing Skilled Personnel, Quality of Care, Nursing Profession

1 Einleitung

Bedingt durch die Neuausrichtung der Pflegeausbildung im Jahr 2020 erlebt die Berufsbildung in der Pflege aktuell eine umfassende Transformation. Damit einher gehen an unterschiedlichen Stellen vor dem Hintergrund des anhaltenden bzw. zukünftig steigenden Personal- und Fachkräftemangels (vgl. bspw. Seyda, Köppen & Hickmann 2021; Rothgang 2020, S. 402 ff.) wiederholt vorgetragene Erwartungen. Diese betreffen eine Verbesserung der Versorgungsqualität, Fachkräftesicherung und eine Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufs (vgl. bspw. Bundesministerium für Gesundheit 2023). Pflegeberufliche Bildung bewegt sich in diesem Spannungsfeld, indem einer-

seits hohe qualitative Ansprüche an sie gestellt werden, und sie sich gleichzeitig mit den Erwartungen konfrontiert sieht, für die Deckung des quantitativen Bedarfs an Pflegefachpersonen ausreichend Personen zu qualifizieren. Darüber hinaus hat sie – wie generell die berufliche Bildung – den Anspruch, subjektbezogene Entwicklungsperspektiven bereitzustellen, die über ein Verwertungsinteresse von Qualifikationen im Beschäftigungssystem hinausgehen (vgl. Herkner & Hölterhoff 2018). Widersprüche erwachsen, wenn einerseits die Kompetenzanforderungen erhöht werden, um den qualitativen Anforderungen des Pflegeberufs gerecht zu werden, und gleichzeitig die Einstiegsvoraussetzungen in den Beruf gesenkt werden, um Ausbildungskapazitäten im Dienste der Fachkräftesicherung auszulasten (vgl. Tsarouha, Mohr & Reiber 2022, S. 54).

Vor diesem Hintergrund wird im vorliegenden Beitrag der Bildungsanspruch an Aus- und Weiterbildung in der Domäne Pflege aus drei sich ergänzenden Perspektiven diskutiert: Welche Funktionsbezüge des pflegeberuflichen Bildungssystems bestehen aktuell aus gesellschaftlicher, berufsspezifischer und subjektorientierter Perspektive? Zunächst werden in Kapitel 2 in Kürze die institutionellen und strukturellen Rahmenbedingungen pflegeberuflicher Bildung vorgestellt. Der Hauptfokus dieses Beitrags liegt auf den drei unterschiedlichen Perspektiven mit daraus abgeleiteten Erwartungen an berufliche Bildung in der Pflege, die zunächst separat beleuchtet und anschließend verschränkt werden (Kapitel 3). In dem Fazit in Kapitel 4 wird abschließend ein Ausblick auf die zukünftigen Anforderungen an pflegeberufliche Bildung gegeben.

2 Berufliche Bildung in der Pflege

Der Pflegeberuf weist eine Vielzahl an Bildungsgängen auf. Wie in kaum einem anderen Beruf sind Karrieren über unterschiedliche Qualifikationsstufen im Rahmen einer fachlichen oder funktionsspezifischen Spezialisierung möglich. Gleichzeitig ist das pflegeberufliche Bildungssystem aufgrund seiner Verortung jenseits des Berufsbildungsgesetzes (BBiG[1]) geprägt durch unterschiedliche Schultypen, föderale Zuständigkeiten, Ordnungsmittel und Regelungen (vgl. Jürgensen 2019, S. 16 ff.; Reiber & Friese 2022, S. 60). Lediglich das Kernstück, die dreijährige Pflegeausbildung selbst, ist bundesweit geregelt – seit dem Jahr 2020 über das novellierte Pflegeberufegesetz, mit dem die Reform hin zu einer generalistischen Ausbildung umgesetzt wurde. Auf dieser Grundlage sind ehemalige Gesundheits- und Krankenpflege-, Altenpflege- oder Gesundheits- und Kinderkrankenpflegeschulen gefordert, die Ausbildung jenseits ihres bisherigen Ausbildungsangebots für die Pflege von Menschen einer bestimmten Altersphase und eines spezifischen Versorgungssektors neu zu gestalten.

Bildungsabschnitte vor und nach der Pflegeausbildung obliegen den Regelungen der Bundesländer. Das hat zur Konsequenz, dass in den Bereichen der Assistenzausbildungen und der Weiterbildungen eine Vielzahl an unterschiedlichen landes-

1 Berufsbildungsgesetz. Vom 4. Mai 2023. Bundesgesetzblatt Jahrgang 2023 Teil I Nr. 217, ausgegeben zu Bonn am 16. August 2023, 920.

rechtlichen Regelungen, Anbietern und Trägern existiert. Curriculare Ausrichtung und Kompetenzerwerb sind, auch innerhalb formaler Abschlüsse mit gleicher Berufs- oder Weiterbildungsbezeichnung, höchst unterschiedlich.[2] Hinzu kommt – neben der Problematik der vorliegenden Heterogenität – eine zeitverzögerte Anpassung der Inhalte und Kompetenzen in bestehenden Assistenzausbildungen und Weiterbildungen an die generalistische Ausbildung. Als Vorreiter kann das Bundesland Nordrhein-Westfalen bezeichnet werden, hier wurden bereits im Jahr 2020 die Ausbildungen der Altenpflegehilfe und der Gesundheits- und Krankenpflegeassistenz in eine generalistisch ausgerichtete einjährige Ausbildung zur Pflegefachassistenz überführt (PflfachassAPrV[3]).

Dass sich in dieser Hinsicht berufliche Bildungsprozesse der Domäne Pflege in einem Wandel befinden, liegt nicht in der Pflegeberufereform begründet, vielmehr ist das neue Pflegeberufegesetz Ergebnis dieses Wandels. Die Transformation zu einer Dienstleistungsgesellschaft in Kombination mit einer noch immer mangelnden gesamtgesellschaftlichen Anerkennung und Bewertung der Care-Berufe (vgl. Friese 2023, S. 20; 26) zog bzw. zieht einen langen Prozess der nachholenden Modernisierung des Bildungssektors der Pflege nach sich (vgl. Friese 2018, S. 32 ff.). Die Neujustierung des PflBG lässt sich in diesem Sinne sowohl positiv (z. B. im Hinblick auf die vorbehaltenen Tätigkeiten und die Aufnahme des primärqualifizierenden Pflegestudiums in das Regelangebot) als auch in der Erhaltung eines Status quo hinsichtlich der Aufrechterhaltung der altersgruppenspezifischen Abschlüsse in Gesundheits- und Kinderkranken- sowie Altenpflege lesen. Die Absenkung der Kompetenzniveaus in der Altenpflege (vgl. Riedel & Lehmeyer 2023, S. 63) manifestiert das Ungleichgewicht zwischen den Sektoren. Dies geht mit Auswirkungen auf das gesellschaftliche Bild und die Attraktivität pflegerischer Arbeit in den unterschiedlichen Sektoren einher.

3 Bezugspunkte pflegeberuflicher Bildung

Aus- und Weiterbildung kommt eine hohe Bedeutung für die aktuelle Ausrichtung und zukünftige Entwicklung des Pflegeberufs zu. Dies betrifft sowohl die individuelle als auch die berufsspezifische und gesellschaftliche Dimension, die mit ihren unterschiedlichen Funktionsbezügen in partikularisierten Interessenlagen der jeweiligen Akteure ihren Ausdruck finden. Hierüber werden unterschiedliche Bedeutungsspielräume eröffnet, die jedoch in einer übergeordneten Zielsetzung kulminieren: Letztendlich geht es um die Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen Pflege.

2 Vgl. hierzu den Beitrag von Braun & Reiber in diesem Band.

3 Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für den Beruf der generalistisch ausgebildeten Pflegefachassistentin und des generalistisch ausgebildeten Pflegefachassistenten (Ausbildungs- und Prüfungsverordnung Pflegefachassistenz – PflfachassAPrV). Verfügbar unter https://recht.nrw.de/lmi/owa/br_vbl_detail_text?anw_nr=6&vd_id=19002&ver=8&val=19002&sg=0&menu=1&vd_back=N (Zugriff am: 10.11.2023).

3.1 Gesellschaftliche Perspektive

Aus gesellschaftlicher Perspektive hat berufliche Bildung in der Pflege zunächst den Auftrag, zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung der Bevölkerung beizutragen. Explizit bekundet wird die gesamtgesellschaftliche Verantwortung für die pflegerische Versorgung der Bevölkerung in § 8 Abs. 1 SGB XI[4] (Soziale Pflegeversicherung). Im Rahmen der Schutzpflicht des Staates für die physische und psychische Gesundheit der Bevölkerung (Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG[5]) und der Daseinsvorsorge sind flächendeckend ausreichend Einrichtungen bzw. Angebote mit einer ausreichenden Anzahl an qualifiziertem Personal erforderlich, um Menschen aller Altersstufen, ihre An- und Zugehörigen sowie gesellschaftliche Gruppen präventiv und im Falle von Behinderung, Krankheit oder Pflegebedürftigkeit adäquat zu versorgen (vgl. Kaether, Dehen & Neubauer 2016, S. 8). „Die Themen Pflege und Leben im Alter sind vor dem Hintergrund des demografischen Wandels eine der größten zukünftigen Herausforderungen im Rahmen der Daseinsvorsorge" (a. a. O., S. 66). Dabei sind Leistungen der Gesundheits- und pflegerischen Versorgung in zumutbarer Entfernung und zu tragbaren Preisen zu gewährleisten. Die Realisierung und Umsetzung dieses Anspruches obliegen den Landkreisen und Kommunen, die sich zukünftig „stärker als ‚sorgende Gemeinschaft' verstehen müssen" (a. a. O., S. 70). Diese aufgrund des demografischen Wandels und medizinischer wie technischer Entwicklungen qualitativ veränderten Versorgungsbedarfe formuliert auch der Wissenschaftsrat als Ausgangspunkt einer notwendigerweise zu verbessernden und modernisierenden berufsschulischen wie auch hochschulischen Ausbildung (vgl. Wissenschaftsrat 2023, S. 15 ff.).

Die Bedeutung, die der pflegeberuflichen Bildung aus gesellschaftlicher Perspektive zukommt, besteht in der Qualifizierung einer (a) mit einer professionellen Handlungskompetenz ausgestatteten (b) ausreichenden Anzahl an Pflege(fach)personen. Der gesellschaftliche Auftrag an berufliche Bildung in der Pflege, die Grundlagen zu legen für eine quantitativ ausreichende und qualitativ an den Versorgungs- und Problemlagen ausgerichtete Pflege, umfasst somit sowohl Nachwuchsgewinnung und eine adäquate Ausbildung als auch bedarfsgerechte Weiterbildungen. Inhaltlich besteht neben der Ausbildung einer professionellen Handlungskompetenz ein weiterer Bezugspunkt darin, Pflegefachpersonen dazu zu befähigen, sich verantwortlich in die gesellschaftlichen und berufspolitischen Weiterentwicklungen des Pflegeberufs einzubringen (vgl. KB V.2 g PflAPrV).[6]

3.2 Berufsspezifische Perspektive

Die berufsspezifische Perspektive richtet ihren Blick auf den Beitrag beruflicher Bildung zur Professionalisierung des Pflegeberufs und beruflich Pflegender. Hier werden sowohl die kollektive als auch die individuelle Ebene der Professionalisierung im

4 Viertes Gesetz zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch (4. SGB XI-Änderungsgesetz – 4. SGB XI-ÄndG). Vom 21. Juli 1999. Bundesgesetzblatt Jahrgang 1999 Teil I Nr. 39, ausgegeben zu Bonn am 26. Juli 1999, 1656.

5 Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland. Vom 23. Mai 1949. Bundesgesetzblatt Jahrgang 1949 Teil I Nr. 1. Ausgegeben zu Bonn am 23. Mai 1949.

6 Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (Pflegeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung – PflAPrV). Vom 2. Oktober 2018. Bundesgesetzblatt Jahrgang 2018 Teil I, 1572, geändert durch Artikel 10 des Gesetzes vom 19. Mai 2020 (BGBl. I S. 1018).

Hinblick auf die Ausbildung einer professionellen Handlungskompetenz bedeutsam. In Bezug auf die kollektive Ebene der Professionalisierung werden meistens die Implementierung und der Ausbau pflegebezogener Studiengänge angeführt (vgl. Mohr 2022, S. 271 ff.). Weiterhin werden unter dem Stichwort Professionalisierung Entwicklung, Stand und Reformbedarf der Ausbildung des Berufsbildungspersonals verhandelt. Da sich vorliegender Sammelband beruflicher Bildung jenseits dieser beiden Aspekte widmet, wird an dieser Stelle auf die Bedeutung der Akademisierung und der geforderten Qualifizierung des Berufsbildungspersonal für die Professionalisierung des Pflegeberufs nicht weiter eingegangen.

Stattdessen wird hier dezidiert das Professionalisierungspotenzial im Kontext der beruflichen Bildung betrachtet. Auf individueller Ebene der Professionalisierung stellt berufliche Bildung einen wesentlichen Baustein in der Ausbildung der eigenen professionellen Handlungskompetenz dar (vgl. a. a. O., S. 274). Dabei ist professioneller Handlungskompetenz ein prozesshaftes Momentum immanent. Sie kann in der Erstausbildung angelegt werden, bedarf jedoch einer steten Weiterentwicklung, die neben informellem Lernen formale Lernformen in Form von Fort- und Weiterbildung beinhaltet (vgl. a. a. O., S. 285). Hierfür bedarf es beruflicher Bildung in doppelter Hinsicht, wobei beide Aspekte gleichwertig nebeneinanderstehen: Auf der einen Seite geht es um die Weiterentwicklung der eigenen fachlichen Wissensbestände und darum, diese aktuell zu halten. Auf der anderen Seite bietet berufliche Bildung den notwendigen Reflexionsraum, um entlastet von aktuellem Handlungsdruck das eigene Handeln in den gegebenen Rahmenbedingungen reflektieren zu können (vgl. Faßhauer 2017, S. 7).

Betrachtet man die Besonderheiten des Pflegeberufs als personenbezogene Dienstleistungsarbeit, werden Unwägbarkeit und Ungewissheit in der konkreten Handlungssituation, als immanenter Bestandteil der Interaktionsarbeit, deutlich (vgl. Böhle & Weihrich 2020, S. 18 f.). Um adäquat situativ handeln zu können, sind für die Bewältigung der Aufgaben „Qualifikationen in Reserve" (Rabe-Kleberg 2016, S. 295) erforderlich. Kontextsensible Interpretationen individueller Pflegesituationen und -anforderungen können höchst anspruchsvoll sein und bedürfen einer hermeneutischen Kompetenz, die leibliches Situations- und lebensweltliches Verständnis integriert. Zudem können sich Pflegesituationen schlagartig ändern. Hierauf flexibel reagieren zu können, erfordert eine Handlungskompetenz, die über routiniertes Handlungswissen hinausreicht und Erfahrungswissen impliziert. Bedeutung erlangt dieser Aspekt im Hinblick auf die sich verändernden Bedarfslagen sowohl hinsichtlich der quantitativen Anforderungen als auch der sich verändernden Notwendigkeiten und Erwartungen an die eigene pflegerische Versorgung der nächsten Generation(en).

Mit Blick auf die generalistische Pflegeausbildung und die Definition des Pflegeprozesses als Vorbehaltsaufgabe im Pflegeberufegesetz lässt sich argumentieren, dass die Ausbildungsreform die Erfordernisse einer sich verändernden pflegerischen Versorgung adressiert und gleichzeitig auf individueller Ebene mit dem Bewusstsein als eine für das Gemeinwohl sinnvoll erlebte Tätigkeit einhergehen kann. Im Zuge dessen „ergibt sich mit Blick auf die Veränderungen der Arbeitswelt die scheinbar paradoxe

Situation, dass das Wissen selbst in der Tendenz zum einen universeller und abstrakter wird aber zugleich durch den Handlungsbezug auch spezifischer und konkreter" (Meyer 2012, S. 6).

3.3 Subjektorientierte Perspektive

Als dritte Perspektive kann die Bedeutung beruflicher Bildung aus einer subjektorientierten Perspektive betrachtet werden. Berufliche Bildung steht in der Verantwortung, dazu beizutragen, dass sich individuelle Bildungschancen, auch mit Blick auf gesellschaftliche und berufliche Integration, realisieren lassen. Dieser Anspruch reicht über die reine Beschäftigungsfähigkeit hinaus und integriert Qualifizierung, Kompetenz- und Persönlichkeitsentwicklung. Grundanliegen sind, die eigene berufliche Selbstwirksamkeit und berufliche Anerkennung in der täglichen beruflichen Arbeit zu erfahren und individuelle berufliche Entwicklungsziele zu erreichen. Aus berufsbiografischer Perspektive trägt berufliche Bildung dazu bei, die erforderlichen Kompetenzen auszubilden, um beruflichen Herausforderungen begegnen und (kritische) Übergänge bewältigen zu können. Diese Aspekte sind gleichzeitig wichtige Voraussetzungen für einen nachhaltigen Berufsverbleib (vgl. Reiber, Küpper & Mohr 2021, S. 185 f.). In Bezug auf den Pflegeberuf bedeutet dies, die Individualität, Diversität und Lebenssituation in den Bildungsprozessen zu beachten. Die Berücksichtigung der Heterogenität der Pflegepersonen ist kein neues Phänomen, jedoch kommt ihr im Hinblick auf den Fachkräftemangel im Pflegeberuf und den hohen Anteil an Quereinsteigerinnen und -einsteigern oder Menschen mit Zuwanderungsgeschichte eine besondere Bedeutung zu (vgl. Olden u. a. 2023, S. 252).

Die Berufsbiografie ist geprägt durch einzelne Abschnitte mit den ihnen jeweils eigenen individuellen Entwicklungsphasen und ggf. auch Brüchen. Somit enthält die Berufsbiografie eine das Berufsleben umspannende, zeittheoretische Dimension (vgl. von Felden, Schäffter & Schicke 2014, S. 8). In diesem Sinne kann man in Bezug auf den Pflegeberuf von einem *professional nursing life cycle* sprechen, der die gesamte berufliche Laufbahn als Pflegefachperson umfasst. Der *professional nursing life cycle* beinhaltet die individuelle Entwicklung als langfristiges berufsbezogenes Projekt eingebettet in Beschäftigungsstationen und -situationen und flankiert durch berufliche Bildung. Referenzpunkte zwischen berufsbiografischer Entwicklung und beruflicher Bildung gibt es über die Berufsspanne hinweg, von der Berufsorientierung und Berufswahl über die Erstausbildung bis hin zur Fort- und Weiterbildung bzw. zu einem Studium. Als besonders sensible Phasen und gleichwohl noch nicht ausreichend im Fokus gelten berufsbiografische Transitionsprozesse, wie z. B. der Eintritt in die Ausbildung oder der Übergang von der Ausbildung in die Berufstätigkeit. Übergangsprozesse durch Bildungs- und Beratungsangebote zu flankieren, dieser Ansatz ist in anderen Ländern bereits Standard, z. B. existieren in angloamerikanischen Ländern „transition programs", die Berufseinsteiger:innen beim Eintritt in den Beruf unterstützen (vgl. bspw. Boychuk Duchscher 2023). Das Bewusstsein für die Notwendigkeit solcher Maßnahmen wächst seit der Einführung der Generalistik, wobei die Begründung

etwas kurz gegriffen erscheint, dass ein begleiteter Berufseinstieg lediglich aufgrund der generalistischen Ausbildung notwendig wäre.[7]

Dass die pflegeberufliche Tätigkeit als „funktional bedeutsam erachtet wird" (Beck 2019, S. 25) kann seitens der Pflegefachpersonen nicht nur mit der Erwartung an monetäre Entlohnung verknüpft sein (vgl. a. a. O.), sie kann dafür genutzt werden, die eigenen Interessen wirksam zu vertreten. Eine generalistische Ausbildung zur Pflegefachperson bedingt ein verändertes individuelles berufliches Selbstverständnis[8] und könnte ein kollektives berufliches Selbstverständnis der Pflegefachpersonen fördern. Dadurch, dass die Absolventinnen und Absolventen generalistischer Ausbildungsformen in allen Versorgungsbereichen tätig werden können und sie berechtigte Ansprüche an ihre Tätigkeit und die Arbeitsbedingungen stellen, werden sich die Arbeitsfelder mit diesbezüglichem Aufholbedarf im Bemühen um gut qualifizierte Fachkräfte auf deren Erwartungen einstellen müssen.

Davon könnten Professionalisierungseffekte sowohl auf kollektiver als auch auf individueller Ebene ausgehen. Wenn die Berufsgruppe der beruflich Pflegenden auf der Basis einer generalistischen Ausbildung sich vermehrt den Bereichen zuwendet, in denen sie (vermeintlich) höhere Reputation und insbesondere bessere Arbeitsbedingungen zu erwarten hat, könnte dies zu einer Angleichung der bisher eher disparaten Arbeitsfelder beitragen. In machttheoretischer Perspektive auf Professionalisierung (vgl. Kuhn 2016; Demszky & Voß 2020) ließe sich das als eine Durchsetzung berechtigter Interessen auf einem bewerberdominierten Arbeitsmarkt deuten. Auch wenn die Effekte dieser Selektionsprozesse seitens generalistisch ausgebildeter Pflegepersonen nicht überschätzt werden dürfen, könnte damit eine generelle Verbesserung der Arbeitsbedingungen einhergehen, die die Berufsgruppe selbst mit initiiert hätte. Gleichzeitig wird im Hinblick auf die Professionalisierung der Berufsgruppe ein Bildungsbedarf relevant, der sich auf Interessenvertretung bezieht (vgl. Lämmel, Riedlinger & Reiber 2018, S. 8).

3.4 Qualität als gemeinsamer Zielpunkt der Perspektiven

Allen drei Perspektiven auf berufliche Bildung der Domäne Pflege ist ein gemeinsamer Zielpunkt inhärent: eine pflegerische Qualität zu gewährleisten, die auf den aktuellen Wissensbeständen beruht und Wissen, Können und Haltung in einer professionellen Handlungskompetenz bündelt. Aus Sicht der Gesellschaft liegt es in politischer Verantwortung, im Rahmen des Versorgungsauftrags eine hohe pflegerische Versorgungsqualität zu gewährleisten, die - unabhängig von Lebensalter und -umfeld – alle Menschen mit Pflegebedarf umschließt und sich an dem jeweiligen Bedarf und Kontext ausrichtet. Für die Umsetzung und Einlösung dieses Anspruchs auf Grundlage der Schutzpflicht nach Art. 2 Abs. 1 Satz 1 GG stehen – zumindest in ihrer formalen

7 Das Projekt TiP-regio nimmt den Übergang von der schulischen in die berufliche Bildung als Statuspassage in den Blick (vgl. Willaredt, Dorn, Hofmann u. a. und Dorn, Willaredt, Hofmann u. a. in diesem Band).

8 Veränderungen im eigenen beruflichen Selbstverständnis zeigen sich bereits in der Gruppe der Auszubildenden in der generalistischen Ausbildung, die sich explizit als „Pflegefachfrau" oder „Pflegefachmann" bezeichnen (vgl. Beitrag von Becker-Pülm, Bleses, Busse u. a. in diesem Band).

Ausrichtung - paradigmatisch die vorbehaltenen Tätigkeiten nach § 4 PflBG (vgl. Igl 2019, S. 80).

Bezogen auf das Handlungsfeld beruflicher Pflege bedeutet Qualität eine theoretisch fundierte, am pflegefachlichen Bedarf, an den individuellen Bedürfnissen und den situativen Kontexten ausgerichtete Pflege, die auf den Erkenntnissen der Pflegewissenschaft und benachbarter Disziplinen aufbaut (vgl. Brandenburg & Dorschner 2021, S. 48). Es ist eines der Kernziele der Pflegewissenschaft, die Pflegequalität in der alle Versorgungsaspekte und -settings umfassenden Berufspraxis weiterzuentwickeln und Ergebnisse von Forschungs- und Entwicklungsprojekten in die Praxis zu integrieren (vgl. a. a. O.). Dabei beinhaltet Pflegequalität nicht ausschließlich die Anwendung wissenschaftlich fundierter, evidenzbasierter Erkenntnisse. Lebensweltliche Bezüge und individuelle Interpretationen nehmen einen gleichwertigen Stellenwert ein. Pflegequalität impliziert somit eine auf professionsspezifischen Wissensbezügen aufbauende, fall- und situationsspezifisch ausgerichtete Pflege an der Schnittstelle zwischen Regelwissen und Fallverstehen (vgl. Hülsken-Giesler 2016, S. 169), die eines mehrperspektivischen Zugangs bedarf und unterschiedliche Erklärungsansätze integriert (vgl. Reiber i. E.).

Befragt man Pflegefachpersonen, sprechen sie von ihrem subjektiven Anspruch an Qualität, die sie gewährleisten möchten. Dabei richtet sich der normative Anspruch an die eigene Pflege an der Fachlichkeit und den individuellen und situativen Bedürfnissen/Bedarfen der Pflegeempfänger:innen aus (vgl. Darmann-Finck & Duveneck 2020, S. 9). Diesem persönlichen Verständnis von Qualität wohnt ein emanzipatorisches Element inne, das Ausdruck von Autonomie und Selbstbestimmung im Handeln ist. In diesem Sinne sind die vorbehaltenen Tätigkeiten – jenseits des Schutzes kranker und pflegebedürftiger Menschen – Ausdruck pflegerischer Verantwortungsübernahme. Eine aktive Gestaltung der Arbeit, die sich an den Erfordernissen der Patientinnen, Patienten und Pflegebedürftigen ausrichtet, setzt eine professionelle Handlungskompetenz voraus (vgl. Cassier-Woidasky 2007, S. 343 ff.; 371 ff.).

Gleichzeitig ist es zunehmend herausfordernd, in der aktuellen Mangellage und unter den aktuellen ökonomischen Rahmenbedingungen, dem eigenen Verständnis einer qualitätsvollen Pflege gerecht werden zu können (vgl. Auffenberg & Hess 2021, S. 25). Pflegequalität und Fachkräftesicherung können zu einem konfliktreichen Spannungsverhältnis für die berufliche Bildung werden: Auf der einen Seite hat sie den Anspruch, die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass eine qualitativ hochwertige Pflege gewährleistet wird, indem sie die dafür erforderlichen Kompetenzen und Qualifikationen vermittelt. Andererseits steht sie unter dem Druck, auf allen Qualifikationsstufen eine ausreichende Anzahl an Personen zu einem erfolgreichen Abschluss zu führen, um ihren Beitrag zur Fachkräftesicherung zu leisten. Es besteht die Gefahr, dass Quantität und Qualität gegeneinander ausgespielt werden. Das zeigt sich bspw. darin, dass Pflegeschulen unter dem Druck stehen, die Auszubildenden zu einem erfolgreichen Abschluss zu führen. Auszubildende haben lange vor Abschluss der Ausbildung einen Arbeitsvertrag in der Tasche, da die Einrichtungen darauf angewiesen sind, möglichst alle Absolventinnen und Absolventen zu übernehmen, um die Fach-

kraftquote erfüllen zu können (vgl. Mohr, Riedlinger & Reiber 2022, S. 230). Zu diesem Spannungsgefüge kommt eine dritte Einflussgröße hinzu: Neben die beiden gesellschafts- und berufsbezogenen Funktionen und Zielsetzungen tritt der Anspruch, über Angebote der beruflichen Bildung individuelle Entwicklungsperspektiven zu eröffnen und deren Realisierung zu ermöglichen. Dieser dritten subjektbezogenen Dimension weiß sich die berufliche Bildung der Fachrichtung Pflege in vielfältiger Weise verpflichtet, sie spielt in der fachdidaktischen Forschung und Entwicklung (z. B. Ertl-Schmuck 2022, S. 171 ff.) und im pflegepädagogischen Diskurs seit jeher eine große Rolle. Der dem Selbst- und Berufsverständnis der Pflege immanente Anspruch des advokatorischen Eintretens für die zu pflegenden Menschen wird in der Pflegepädagogik ergänzt um den Grundsatz, für die Auszubildenden als Bildungssubjekte einzutreten (so zählen die Orientierung an der Persönlichkeit sowie das Postulat der Persönlichkeits- und Identitätsentwicklung zu den Konstruktionsprinzipien der Rahmenpläne, Fachkommission nach § 53 Pflegeberufegesetz 2020, S. 12 ff.).

4 Fazit und Ausblick

Pflegerisches Handeln auf individueller Ebene ist gleichzeitig Ergebnis und Genese aller drei Perspektiven. Dies verweist auf die Zeitlichkeit und Entwicklungsperspektive, denen berufliche Bildung unterliegt: Zeitlichkeit im Hinblick auf die erforderliche Aktualisierung beruflicher Bildungsstrukturen und -prozesse an berufsimmanente Entwicklungen ebenso wie an die systemische Dynamik des Gesundheits- und Sozialwesens. Die Pflegeberufereform ist in dieser Hinsicht als Startpunkt zu sehen, der weitere Schritte folgen müssen (vgl. hierzu auch Wissenschaftsrat 2023, S. 15 ff.).

Für das Spannungsfeld von Qualität und Quantität gibt es keine einfachen Antworten. Eine Absenkung der Qualitätsstandards oder verkürzte Weiterbildungsgänge sind keine Lösung, auch wenn diese vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels verständlich sind. Werden die unterschiedlichen Interessen, Erwartungen und Anforderungen an berufliche Bildung weiterhin nicht offen thematisiert und adressiert, droht das Ziel einer hochwertigen pflegerischen Versorgung überformt zu werden. Professionalisierungsbestrebungen auf individueller und kollektiver Ebene drohen, im System zu verpuffen, wenn z. B. der Raum, die eigenen Kompetenzen als wirksam zu erleben, nicht gegeben ist. Hierdurch entgleitet zwangsläufig der Blick für die eigene Professionalität und für die Weiterentwicklung sowohl der eigenen Handlungskompetenz als auch der Berufsgruppe der Pflegenden.

Ein berufsbiografischer Zugang zu beruflicher Bildung eröffnet einen übergeordneten Blick auf Zusammenhänge und Abhängigkeiten. Nur „durch ein integriertes System aus systematischer Erstausbildung, Berufseinstiegsmaßnahmen und kontinuierlicher beruflicher Fort- und Weiterbildung“ (Kaiser 2005, S. 245) lassen sich Berufsbildungsmaßnahmen zu einem in individueller Hinsicht konsistenten Berufs- und Bildungsverlauf verbinden. Die unterschiedlichen Regelungen der Assistenzausbildungen und Weiterbildungen und die Heterogenität der Anbieterstrukturen erschwe-

ren eine systematische, qualitativ hochwertige Bildungsarbeit hin zu einer beruflichen Grundbildung und darauf aufbauenden berufsfachlichen Spezialisierung (vgl. Bonse-Rohmann 2018, S. 112).

Aus berufspolitischer Perspektive ist auf die Pflegeberufekammern zu verweisen, die es ermöglichen, selbstverwaltet eine gemeinsame Berufsordnung und eine berufseigene verpflichtende Weiterbildungsordnung zu erstellen. Damit wäre gewährleistet, dass wichtige Bildungsangelegenheiten berufsständisch geregelt werden. Bei Reformen des Pflegeberufegesetzes wären die gewählten Vertreter:innen in die politischen Willensbildungs- und Entscheidungsprozesse mit eingebunden.

Literatur

Auffenberg, J. & Heß, M. (2021). *Pflegekräfte zurückgewinnen – Arbeitsbedingungen und Pflegequalität verbessern. Bericht zur Studie „Ich pflege wieder, wenn …" der Arbeitnehmerkammer Bremen und des SOCIUM der Universität Bremen*. Verfügbar unter https://media.suub.uni-bremen.de/bitstream/elib/4712/1/Bericht_zur_Studie_Ich_pflege_wieder_wenn_Langfassung.pdf (Zugriff am: 31.07.2023).

Beck, K. (2019). „Beruflichkeit" als wirtschaftspädagogisches Konzept – ein Vorschlag zur Begriffsbestimmung. In J. Seifried, B.-J. Ertelt, A. Frey, K. Beck, G. Minnameier & B. Ziegler (Hg.), *Beruf, Beruflichkeit, Employability*, S. 19–33. Bielefeld: Bertelsmann.

Böhle, F. & Weihrich, M. (2020). Das Konzept der Interaktionsarbeit. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, 74(1), S. 9–22.

Bonse-Rohmann, M. (2018). Herausforderungen und Perspektiven beruflicher und hochschulischer Bildung für das Berufsfeld Gesundheit und Körperpflege. In M. Friese (Hg.), *Reformprojekt Care Work. Professionalisierung der beruflichen und akademischen Ausbildung*, S. 109–123. Bielefeld: wbv.

Boychuk Duchscher, J. E. (2023). *Überlebensbuch Pflege*. Bern: Hogrefe.

Brandenburg, H. & Dorschner, S. (2021). 1 Pflegewissenschaft – Eine Einführung. 1.4 Pflegewissenschaft – Vier Definitionen und ein eigener Vorschlag. In H. Brandenburg & S. Dorschner (Hg.), *Pflegewissenschaft 1. Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in wissenschaftliches Denken und Theorien in der Pflege*, 4., überarbeitete und erweiterte Auflage, S. 44–48. Bern: Hogrefe.

Büchter, K. (2021). Beruf und Beruflichkeit – Historische (Dis-)Kontinuität von Diskursen, Funktionen und Sichtweise. In L. Bellmann, K. Büchter, I. Frank, E. M. Krekel & G. Walden (Hg.), *Schlüsselthemen der beruflichen Bildung in Deutschland. Ein historischer Überblick zu wichtigen Debatten und zentralen Forschungsfeldern*, S. 186–199. Bonn: Bundesinstitut für Berufsbildung/Budrich.

Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (2023). *Fragen und Antworten zum Pflegeberufegesetz*. Verfügbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/pflegeberufegesetz/faq-pflegeberufegesetz.html (Zugriff am: 31.07.2023).

Cassier-Woidasky, A. K. (2007). *Pflegequalität durch Professionsentwicklung. Eine qualitative Studie zum Zusammenhang von professioneller Identität, Pflegequalität und Patientenorientierung*. Frankfurt am Main: Mabuse.

Darmann-Finck, I. & Duveneck, N. (2020). Berufliche Sozialisation in den Gesundheitsfachberufen. In I. Darmann-Finck & K.-H. Sahmel (Hg.), *Pädagogik im Gesundheitswesen*, Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit, S. 1–20. Berlin & Heidelberg: Springer. Verfügbar unter https://link.springer.com/referenceworkentry/10.1007/978-3-662-61428-0_30-1 (Zugriff am: 31.07.2023).

Demszky, A. & Voß, Günther G. (2020). Beruf und Profession. In F. Böhle, G. G. Voß & G. Wachtler (Hg.), *Handbuch Arbeitssoziologie. Band 2: Akteure und Institutionen*, 2. Auflage, S. 477–538. Berlin & Heidelberg: Springer.

Ertl-Schmuck, R. (2022). Subjektorientierte Didaktik. In R. Ertl Schmuck & J. Hänel (Hg.), *Theorien und Modelle der Pflegedidaktik. Eine Einführung*, 2. Auflage, S. 155–201. Weinheim & Basel: Beltz/Juventa.

Fachkommission nach § 53 Pflegeberufegesetz (2020). *Rahmenpläne der Fachkommission nach § 53 PflBG*, 2. Auflage. Verfügbar unter https://www.bibb.de/dienst/veroeffentlichungen/de/publication/show/16560 (Zugriff am: 07.08.2023).

Faßhauer, U. (2017). Betriebliches Bildungspersonal auf dem Weg der Professionalisierung? *berufsbildung*, 71(168), S. 3–7.

Felden, H. von, Schäffter, O. & Schicke, H. (2014). Einleitung: Erwachsenenpädagogische Übergangsforschung. Lernwelten in gesellschaftlichen und biographischen Übergängen. In H. von Felden, O. Schäffter & H. Schicke (Hg.), *Denken in Übergängen*, S. 7–15. Wiesbaden: Springer VS.

Friese, M. (2018). Berufliche und akademische Ausbildung für Care Berufe. Überblick und fachübergreifende Perspektiven der Professionalisierung. In M. Friese (Hg.), *Reformprojekt Care Work. Professionalisierung der beruflichen und akademischen Ausbildung*, S. 17–44. Bielefeld: wbv.

Friese, M. (2023). Care Work im Spannungsfeld gesellschaftlicher Transformation. Systematische Widersprüche und Entwicklungsperspektiven. In R. Braches-Chyrek & M. Friese (Hg.), *Care Work in der gesellschaftlichen Transformation: Beschäftigung, Bildung, Fachdidaktik*, S. 17–38. Bielefeld: wbv.

Herkner, V. & Hölterhoff, D. (2018). Zum Bildungsanspruch und -verständnis in praktischer und theoretischer Berufspädagogik. In B. Meier (Hg.), *Unser Bildungsverständnis im Wandel*, S. 267–306. Berlin: trafo Wissenschaftsverlag.

Hülsken-Giesler, M. (2015). Professionskultur und Berufspolitik in der Langzeitpflege. In H. Brandenburg, H. Güther & A. Amann (Hg.), *Gerontologische Pflege*, S. 163–175. Bern: Hogrefe.

Jürgensen, A. (2019). *Pflegehilfe und Pflegeassistenz. Ein Überblick über die landesrechtlichen Regelungen für die Ausbildung und den Beruf*. Verfügbar unter https://www.bibb.de/dienst/publikationen/de/download/10155 (Zugriff am: 29.07.2023).

Kaether, J., Dehne P. & Neubauer, A. (2016). *Regionalstrategie Daseinsvorsorge. Leitfaden für die Praxis. Stand: April 2016.* Bonn: Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR).

Kaiser, K. (2005). *Beiträge der Weiterbildung zur Professionalisierung der Pflege: eine systematisch-empirische Untersuchung*. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.

Kuhn, A. (2016). *Die Errichtung einer Pflegekammer in Rheinland-Pfalz: der fehlende Baustein zur Professionalisierung?* Wiesbaden: Springer.

Lämmel, N., Riedlinger, I. & Reiber, K. (2021). Interessenvertretung in der Pflege – zu komplex um Arbeitsbedingungen mitzugestalten? In B. Blättel-Mink (Hg.), *Gesellschaft unter Spannung. Verhandlungen des 40. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie 2020*. Verfügbar unter https://publikationen.soziologie.de/index.php/kongressband_2020/article/view/1453/1544 (Zugriff am: 29.07.2023).

Meyer, Rita (2012). Professionsorientierte Beruflichkeit? Theoretische und konzeptionelle Überlegungen zur Öffnung der Hochschulen als Lernorte der beruflichen Bildung. *bwp@, Berufs- und Wirtschaftspädagogik – online*, (23), S. 1–17. Verfügbar unter http://www.bwpat.de/ausgabe23/meyer_bwpat23.pdf (Zugriff am: 31.07.2023).

Mohr, J. (2022). Betriebliche Fort- und Weiterbildung in der beruflichen Pflege als Beitrag zur Professionalisierung auf individueller Ebene. In U. Weyland & K. Reiber (Hg.), *Professionalisierung der Gesundheitsberufe. Berufliche und hochschulische Bildung im Spiegel aktueller Forschung*, Beiheft der Zeitschrift für Berufs- und Wirtschaftspädagogik 33, S. 296–294. Stuttgart: Steiner.

Mohr, J., Riedlinger, I. & Reiber, K. (2022). Die berufspraktische Pflegeausbildung unter dem Blickwinkel beruflicher Identitätsbildung. In U. Weyland & K. Reiber (Hrsg.), *Professionalisierung der Gesundheitsberufe. Berufliche und hochschulische Bildung im Spiegel aktueller Forschung*, Beiheft der Zeitschrift für Berufs- und Wirtschaftspädagogik 33, S. 215–241. Stuttgart: Steiner.

Olden, D., Großmann, D., Dorin, L., Meng, M., Peters, M. & Reuschenbach, B. (2023). Die generalistische Pflegeausbildung in Deutschland aus Sicht Auszubildender. *Pflege*, 36(5), S. 249–257.

Rabe-Kleberg, U. (2016). Professionalität und Geschlechterverhältnis. Oder: Was ist „semi" an traditionellen Frauenberufen. In A. Combe & W. Helsper (Hg.), *Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns*, 8. Auflage, S. 276–302. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Reiber, Karin (i. E.). Gegenwärtige Aktivitäten und Entwicklungen im Pflegebereich. In G. Spöttl & M. Tärre (Hg.), *Didaktiken der beruflichen und akademischen Aus- und Weiterbildung – Rückblick, Bestandsaufnahme und Perspektiven*. Bielefeld: Bertelsmann.

Reiber, K. & Friese, M. (2022). Das Schulberufssystem im Kontext des Berufsbildungssystems – Entwicklungslinien und -perspektiven der Care-Berufe. In M. Eckelt, T. J. Ketschau, J. Klassen, J. Schauer, J. K. Schmees & C. Steib (Hg.), *Berufsbildungspolitik. Strukturen, Krise, Perspektiven*, S. 57–68. Bielefeld: wbv.

Reiber, K., Küpper, A. & Mohr, J. (2022). Wunsch und Wirklichkeit in der Pflegeausbildung – eine laufbahnbezogene Perspektive auf Berufsorientierung im Kontext von Fachkräftebedarf. In U. Weyland, B. Ziegler, K. Driesel-Lange & A. Kruse (Hg.), *Entwicklungen und Perspektiven in der Berufsorientierung. Stand und Herausforderungen*, S. 179–195. Opladen, Berlin & Toronto: Barbara Budrich.

Riedel, A. & Lehmeyer, S. (2023). Pflegeberufliche (Weiter-)Bildung für die professionelle Altenpflege – Bedeutsamkeit angesichts der aktuellen (generalistischen) Pflegeausbildung. In I. Darmann-Finck & K.-H. Sahmel (Hg.), *Pädagogik im Gesundheitswesen*, S. 59–78. Berlin: Springer Reference.

Rothgang H. (Hg.) (2020). *Abschlussbericht im Projekt Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI (PeBeM)*. Verfügbar unter https://www.gs-qsa-pflege.de/wp-content/uploads/2020/09/Abschlussbericht_PeBeM.pdf (Zugriff am: 11.07.2023).

Seyda, S., Köppen, R. & Hickmann, H. (2021). *Pflegeberufe besonders vom Fachkräftemangel betroffen*. KOFA Kompakt. Hg. v. Bundesministerium für Wirtschaft und Energie. Verfügbar unter https://www.kofa.de/media/Publikationen/KOFA_Kompakt/Pflegeberufe_2021.pdf (Zugriff am: 06.07.2023).

Tsarouha, E., Mohr, J. & Reiber, K. (2022). Die neue Pflegeausbildung als Strategie zur Fachkräftesicherung? Ziele, Chancen und Risiken. *Archiv für Wissenschaft und Praxis der Sozialen Arbeit*, (2), S. 46–56.

Wissenschaftsrat (2023). *Perspektiven für die Weiterentwicklung der Gesundheitsfachberufe*. Wissenschaftliche Potenziale für die Gesundheitsversorgung erkennen und nutzen. Verfügbar unter https://www.wissenschaftsrat.de/download/2023/1548-23.pdf?__blob=publicationFile&v=9 (Zugriff am: 12.12.2023).

Autorinnen



Prof. Dr. **Jutta Mohr**, Professur für Pflegewissenschaft an der Hochschule Esslingen. Aktuelle Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Betriebliche Bildung, Professionalisierung und Fachkräftesicherung in der Pflege.
Kontakt: jutta.mohr@hs-esslingen.de



Prof. Dr. habil. **Karin Reiber**, Professur für Erziehungswissenschaft mit den Schwerpunkten Berufspädagogik und berufliche Didaktik/Fachrichtung Pflege an der Hochschule Esslingen. Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Berufliche Bildung und Berufsbildungspersonal in der Domäne Pflege im Kontext von Fachkräftesicherung und Professionalisierung.
Kontakt: karin.reiber@hs-esslingen.de

Berufsbildungsforschung zur Domäne Pflege – Stand und Perspektiven

Annerose Bohrer, Anja Walter

Abstract

Die Berufsbildungsforschung in der Pflege hat sich im Vergleich zu früheren Arbeiten in einigen Aspekten weiterentwickelt, andere zeigen noch immer einen ausbaufähigen Entwicklungsstand. Ohne Anspruch auf Vollständigkeit identifiziert dieser Beitrag konkrete Forschungsarbeiten aus der Pflegebildung in Deutschland ab dem Jahr 2000 und ordnet sie in systematisierender Absicht in Kategorien ein. Die Erfahrungen, die bei der zugrunde liegenden Recherche gesammelt worden sind, geben Auskunft über den Stand der Entwicklung der Berufsbildungsforschung in der Pflege. Diskutiert werden die Ergebnisse der Recherche und ihre Hintergründe sowie aktuelle Aktivitäten der Berufsbildungsforschung in der Pflege. Abschließend sind die Entwicklungspotenziale und Forschungsdesiderate dargelegt.

Schlagworte: Berufsbildungsforschung, Pflegeberuf, Pflegebildung

Compared to previous work, vocational education and training research in nursing has developed further in some aspects, while others still show that there is room for improvement. Without claiming to be exhaustive, this article identifies concrete research work from nursing education in Germany from the year 2000 onwards and classifies it into categories with the intention of systematizing it. The experience gained during the underlying research provides information on the state of development of vocational education and training research in nursing. The results of the research and their background as well as the current activities of vocational education and training research in nursing will be discussed. Finally, the development potentials and research desiderata are summarized.

Keywords: Vocational education and training research, nursing profession, nursing education

1 Berufsbildungsforschung in der Pflege – zur Einführung

Seit über 30 Jahren gibt es im deutschsprachigen Raum Forschungsarbeiten im Bereich der Berufsbildungsforschung in der Pflege. Darmann-Finck (2015) und Reiber, Weyland und Burda-Zoyke (2017) haben den Stand der Berufsbildungsforschung (BBF) in den Gesundheitsfachberufen untersucht und dabei die Pflegebildung auf-

grund ihrer Vorreiterrolle im Kanon der Gesundheitsberufe besonders hervorgehoben. In den Veröffentlichungen geraten die Einbettung der Gesundheitsberufe in das Berufsbildungssystem, die institutionelle Verortung von Forschungsaktivitäten sowie Gegenstände und Methoden der Berufsbildungsforschung besonders in den Blick. Reiber, Weyland und Burda-Zoyke bescheinigten den Gesundheitsberufen, dass sie eine „tradierte Sonderstellung […] im Berufsbildungssystem" einnehmen (2017, S. 9), woraus sich Auswirkungen auf Forschungsressourcen/-kontexte ergeben. Zudem sei die Berufsbildungsforschung in den Gesundheitsfachberufen noch wenig institutionalisiert. Aus dem breiten Spektrum der Gegenstände dominierten bis dahin die Themen Arbeitsmarktforschung, Berufsbildungssystem und berufliches Lehren und Lernen. Neben der Modellversuchsforschung standen kleine eigenständige empirische Studien mit überwiegend deskriptivem Studiendesign im Mittelpunkt. Die Tagungsbände von Weyland und Reiber (2017 und 2022) dokumentieren Beiträge zur Berufsbildungsforschung in den Gesundheitsberufen und stehen somit exemplarisch für konkrete Arbeiten in dieser Domäne. Zudem stellen Reiber, Weyland und Burda-Zoyke Anschlüsse an die Berufs- und Wirtschaftspädagogik her. Die Autorinnen betonen, dass den Schulen des Gesundheitswesens einige Aufmerksamkeit in der berufs- und wirtschaftspädagogischen Scientific Community zugekommen ist (2017, S. 12). Dieser Eindruck hat sich in den letzten Jahren noch verstärkt, was an der Anzahl der Beiträge aus dem Gesundheitsbereich auf den letzten Jahrestagungen der Sektion Berufs- und Wirtschaftspädagogik der DGfE abzulesen ist (vgl. auch Weyland 2020, S. 350).

Alle bisher genannten Autorinnen verweisen auf wichtige Befunde, decken aber auch umfassende Desiderate auf. Darmann-Finck (2015, S. 10 f.) hat als Schlussfolgerung ihrer Analyse eine Agenda für die Berufsbildungsforschung in den Gesundheitsberufen im Hinblick auf die zukünftige Entwicklung erstellt. Anknüpfend an die vorliegenden Standortbestimmungen zur Berufsbildungsforschung in den Gesundheitsberufen setzen wir im vorliegenden Beitrag die Auseinandersetzungen fort. Wir legen in einem ersten Schritt knapp dar, was unter Berufsbildungsforschung (BBF) verstanden wird. Danach zeigen wir den Stand der Entwicklung der BBF in der Pflege anhand der Agenda von Darmann-Finck (2015) auf. Wir prüfen: Was hat sich verändert? Wo stehen wir in der Umsetzung der Agenda? In einem weiteren Abschnitt versuchen wir, systematisierende Kategorien mit konkreten Forschungsarbeiten aus der Pflegebildung ab dem Jahr 2020 „zu füllen" – d. h., wir ordnen vorliegende Arbeiten aus der BBF in der Pflege in die Kategorien ein, um ein Bild darüber zu erhalten, welche thematischen Schwerpunkte dieser Forschungsbereich bereits vorweisen kann. Wir erheben dabei keinen Anspruch auf Vollständigkeit, da es sich *nicht* um eine systematische Übersichtsarbeit handelt und uns einige Rechercheprobleme begegnet sind. Abschließend betonen wir Entwicklungspotenziale – bspw. durch die Pflegeberufereform – und fassen Desiderate der BBF in der Pflege zusammen.

2 Was ist Berufsbildungsforschung?

Berufsbildungsforschung – als spezifischer Forschungsbereich im Kontext von Bildungsforschung – legt laut der Denkschrift der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG 1990, S. 1) den Fokus auf „die Bedingungen, Abläufe und Folgen des Erwerbs fachlicher Qualifikationen sowie personaler und sozialer Einstellungen und Orientierungen, die für den Vollzug beruflich organisierter Arbeitsprozesse bedeutsam erscheinen". Pätzold und Wahle (2013, S. 28) definieren berufs- und wirtschaftspädagogische Berufsbildungsforschung als eine Forschung über den „Zusammenhang von Beruf, Erwerbsarbeit und Bildung". Nach Spöttl (2020, S. 697) befasst sich die BBF mit folgenden Themen, die gesellschaftlich relevante Problembereiche darstellen:

- „Beruf […] (Bedingungen, Entwicklung und Analyse der Berufe und Berufsfelder, Wandel von beruflicher Arbeit und Qualifikations-/Kompetenzanforderungen).
- Analyse und Entwicklung/Evaluation der Beschäftigungsform und beruflicher Ordnungsmittel.
- Analyse, Gestaltung und Evaluation von Lern- und Bildungsprozessen und lernförderlicher Arbeitsformen (Rolle von Methoden, Werkzeugen, Organisation, Bildung, Arbeit, Qualität).
- Analyse und Gestaltung beruflicher Bildungsgänge und -systeme (Bildungsgänge und Durchlässigkeit, Ausstattung, Lernorte, Qualität des Lernens, Didaktik des Lernens u. a.)."

Diese umfassenden Bestimmungen verweisen auf strukturelle, subjektbezogene und prozesshafte Dimensionen der BBF mit dem Fokus auf *Beruf*. Vor dem Hintergrund der Entwicklung von Berufen ist zu diskutieren, welche Bedeutung Erosionsdebatten hier einnehmen und wie sie selbst den Fokus der BBF verändern bzw. in den Blick dieser Forschungen geraten[1]. Deutlich wird an der Bestimmung ebenso, dass die BBF nicht nur auf berufliche Qualifizierung resp. arbeitsmarktliche Passung ausgerichtet ist, sondern auch das Subjekt mit seinen Aneignungs- und Bildungsprozessen im Mittelpunkt steht.

Verschiedene Autorinnen und Autoren haben Systematiken entwickelt, um die Ebenen und Themen der Berufsbildungsforschung abbildbar zu machen und einer Reflexion zuzuführen. So sind in der Strukturmatrix von Kell (2010, S. 358), die auf frühere Arbeiten mit van Buer zurückgeht, neben den Gegenstandsbereichen auf der Mikro-, Meso-, Exo- und Makroebene auch die Organisationsformen der Berufsbildung aufgenommen, die jeweils beforscht werden können. Kell betont zudem, dass die Gegenstandsbereiche auch durch historische und vergleichende Berufsbildungsforschung zu bearbeiten sind (2010, S. 357 f.).

1 Allerdings zeigen Rosendahl & Wahle (2012, S. 41), dass „es sich beim Beruf um ein überaus wandelbares, aufgrund seiner systemübergreifenden Bedeutung für Krisendiskussionen äußerst anfälliges, insgesamt aber durchaus überlebensfähiges Qualifizierungs- und Erwerbsarbeitskonstrukt handelt".

Eine weitere Systematik die hier aufgeführt wird, weil wir weiter unten Bezug darauf nehmen werden, legt Bonz (2015) vor. Er differenziert stärker *inhaltliche* Kategorien der BBF aus:

- Lehr-/Lern-, Unterrichtsforschung, Didaktik und Methodik,
- Lehrerbildung, pädagogische Professionalität, Hochschuldidaktik,
- Betriebliche Praxis, Aus- und Weiterbildung,
- Historische Berufsbildungsforschung,
- Kompetenzen: Begriff, Modellierung, Messung, Förderung,
- Organisation, Bedingungen und Strukturen beruflicher Bildung,
- Übergangssystem, Berufsorientierung, Benachteiligte,
- Europäische internationale Entwicklungen und Vergleiche,
- Disziplinäre und forschungsmethodische Reflexionen,
- Schulentwicklung, Schulleitungsforschung.

Im Vergleich zu einer weiteren Systematik von Eckert und Tramm (2004, S. 76 ff.) fällt auf, dass bei Bonz die Aspekte Curriculumtheorie, Bildungs- und Berufsbildungstheorie, Arbeitsmarkt-, Berufs- und Qualifikationsforschung sowie Berufsbildungspolitik und interdisziplinäre Dimensionen nicht explizit genannt sind. Wir haben sie deshalb in unserer Systematik ergänzt (vgl. weiter unten die Begründung unserer Systematik).

Abschließend zu dieser knappen Darstellung eine Anmerkung zur disziplinären Zuordnung der BBF: Verschiedene wissenschaftliche Disziplinen[2] nähern „sich dem Gegenstand ‚Berufsbildung' vor dem Hintergrund ihres Forschungsverständnisses und ihres jeweiligen Erkenntnisinteresses" (Sloane 2020, S. 668). Im Kontext einer berufspädagogischen BBF unterscheidet Sloane eine *empirisch-analytische* und eine *gestaltungsorientierte* Forschungsprogrammatik mit jeweils spezifischen Umsetzungen und Problemstellungen (2020, S. 667). Die Unterscheidung einer auf Erkenntnisorientierung ausgerichteten Forschung (z. B. empirische Lehr-/Lernforschung) oder einer Forschung mit Gestaltungsanspruch (z. B. Modellversuchsforschung) wird für unsere Betrachtung der BBF in der Pflege bedeutsam sein. Wir stimmen Sloane zu, wenn er konstatiert, dass „empirisch-analytische und gestaltungsorientierte Positionen keine unmittelbaren Gegensätze mehr (darstellen, Anm. d. V.). Vielmehr sind sie möglicherweise einander ergänzende Teile eines integralen Forschungsprogramms" (Sloane 2020, S. 677). Überlegungen zu einer wissenschaftstheoretischen und methodologischen Verortung der BBF schließen hier an, können im Rahmen des Beitrages jedoch nicht vertieft werden (vgl. Spöttl 2020, S. 697 ff. sowie die Beiträge im Sammelband von Beck & Seifried 2023).

2 Sloane (2020, S. 668) nennt hier Bildungsökonominnen und -ökonomen, Bildungssoziologinnen und -soziologen, Personalökonominnen und -ökonomen, Berufspädagoginnen und -pädagogen sowie Erziehungswissenschaftler:innen.

3 Zum Stand der Entwicklung der Berufsbildungsforschung in der Pflege

Zunächst soll einordnend festgehalten werden, dass wir die BBF in der Pflege als Teil der berufs- und wirtschaftspädagogischen BBF und als spezifisches, aber sich auch mit anderen Gesundheitsberufen überlappendes Feld der BBF in den Gesundheitsberufen betrachten (vgl. Abb. 1).

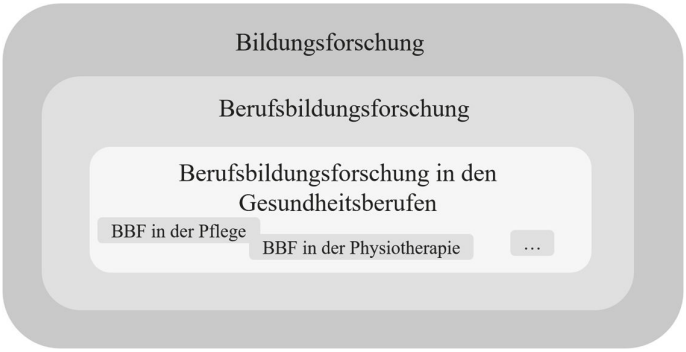


Abbildung 1: Zur Einordnung der BBF in der Pflege

Darmann-Finck kritisiert 2015 (S. 9 f.), dass eine transparente Dokumentation von Forschungsarbeiten nicht gegeben sei. Ihre Analyse umfasst zudem folgende Kritikpunkte:

- Eigenständige empirische Arbeiten sind selten drittmittelfinanziert;
- nur wenige Drittmittel stehen zur Finanzierung von solchen Studien zur Verfügung;
- wenn Drittmittel zur Verfügung stehen, handelt es sich oft um interessegeleitete Auftragsforschung;
- es wird kaum Grundlagenforschung betrieben und
- „eine systematische Methodenentwicklung etwa mit Blick auf die in den Berufsfeldern Pflege und Gesundheit bestehenden Spezifika (Stichwort Leiblichkeit) steht in der BBF in den Gesundheitsfachberufen noch aus“ (Darmann-Finck 2015, S. 10).

Daneben hebt Darmann-Finck jedoch auch Forschungsleistungen im Bereich der beruflichen Didaktik und Curriculumentwicklung hervor. Der empirischen Unterrichtsforschung und der Forschung zur Lernerfolgsbewertung/-messung bescheinigt die Autorin jedoch Nachholbedarf. In diesem Beitrag werden wir prüfen, mit welchen Gegenständen sich die BBF in der Pflege seitdem befasst hat.

Darmann-Fincks Analyse endet mit einer Agenda für die BBF in den Gesundheitsberufen (2015, 10 f.), die weiterhin aktuell ist und als Reflexionsfolie für den derzeitigen Stand dienen kann. In der folgenden Tabelle stellen wir dieser Agenda Entwicklungen gegenüber, wie sie sich für die einzelnen Aspekte aus unserer Sicht seit 2015 feststellen lassen.

Zur Frage, wo über grundsätzliche Fragen zur BBF in der Pflege verhandelt wird, sei auf die Darlegung von Ertl-Schmuck und Walter (2020) verwiesen. Die Autorinnen reflektieren Aspekte der Disziplinentwicklung der Pflegedidaktik und zeigen auf, inwiefern sich Kommunikationszusammenhänge – z. B. in Fachgesellschaften – etabliert haben.

Tabelle 1: Entwicklungen in der BBF in der Pflege seit 2015

Agenda zur BBF in den Gesundheitsberufen von Darmann-Finck (2015, 10 f.)	**Entwicklungen in der BBF in der Pflege (i. w. S.) ab 2015**
Aufbau einer Infrastruktur, Vernetzung der Akteure	• Vernetzungen der Akteure der Lehrer:innenbildung: Entwicklung des Fachqualifikationsrahmens Pflegedidaktik (vgl. Walter & Dütthorn 2019), Gründung des Deutschen Netzwerkes für Qualitätsentwicklung der Lehrerbildung Gesundheit/Pflege (2022); • Hochschulische Infrastruktur für BBF in der Pflege hat sich kaum verändert; Aktivitätsanstieg auf Bundesebene siehe „Einführung einer systematischen Bildungsberichterstattung“; • Länderfinanzierter Aktivitätsanstieg aufgrund des neuen Pflegeberufegesetzes (ab 2018); • Bedeutung von außeruniversitären Forschungseinrichtungen für die BBF in der Pflege steigt (BiBB, Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung e. V.); • Vernetzung über BMBF-Projekte – bspw. im Rahmen der Förderlinie *Digitale Medien in der beruflichen Bildung in den Gesundheitsberufen* (2018), im Verbundprojekt TEMA, über Projekt HumanTec (vgl. z. B. Kaufhold 2017)
Gründung eines hochschulübergreifenden Forschungsverbundes	Hochschulübergreifender Forschungsverbund „BBF in den Gesundheitsberufen“ kann nicht identifiziert werden
Durchführung gemeinsamer Foren mit der BBF in der Berufs- und Wirtschaftspädagogik	• Jahrestagungen der Sektion Berufs- und Wirtschaftspädagogik zeigen eine hohe Beteiligung der BBF in der Pflege (und auch der BBF in anderen Gesundheitsberufen) in den letzten Jahren; • Fachtagung 2014 zur BBF im Gesundheitsbereich (vgl. Weyland et al. 2015), AG-BFN-Foren 2015 und 2021 zu BBF in den Gesundheitsberufen (vgl. Weyland & Reiber 2017; Weyland & Reiber 2022); • Forschungskongress des BiBB zu BBF in der Pflege (2022); • Einzelaktivitäten im Kontext der BWP unter Einbezug von BBF in der Pflege (vgl. z. B. Kaiser & Götzl 2020)
Etablierung eines Promotionskollegs für die BBF in den Gesundheitsberufen	• Graduiertenkolleg *Interprofessionelle Lehre in den Gesundheitsberufen – Vermittlung, Prüfung, Evaluation (ILEGRA)* gefördert von der Robert Bosch Stiftung, in Zusammenarbeit mit der Uni Osnabrück (2018) • Graduiertenkolleg *Professionalisierung der Gesundheits- und Sozialberufe im Kontext gesellschaftlicher Transformationsprozesse* gefördert vom Land Brandenburg an der BTU Cottbus-Senftenberg (2019)
Einrichtung einer Forschungsdatenbank für die BBF in den Gesundheitsberufen	• Promotionsdatenbank über die BWP-Sektion; VET Repository des BiBB als zentrales Recherche- und Publikationsinstrument für Berufsbildungsliteratur • Keine *spezifische* Forschungsdatenbank für BBF in der Pflege (resp. in den Gesundheitsberufen) erkennbar

(Fortsetzung Tabelle 1)

Agenda zur BBF in den Gesundheitsberufen von Darmann-Finck (2015, 10 f.)	**Entwicklungen in der BBF in der Pflege (i. w. S.) ab 2015**
Gründung eines Veröffentlichungsorgans für die BBF in den Gesundheitsberufen	• Kein *spezifisches* Veröffentlichungsorgan für BBF in der Pflege (resp. in den Gesundheitsberufen) erkennbar; genutzt werden *Pflege & Gesellschaft* und die Onlinezeitschrift *bwpat-online*; weiterhin Fachzeitschriften, die sich nicht explizit an Wissenschaftler:innen richten (z. B. PADUA, Pädagogik der Gesundheitsberufe)
Einführung einer systematischen Bildungsberichterstattung	Mit dem neuen Pflegeberufegesetz (2017) hat das BiBB die systematische Berichterstattung übernommen

Reiber, Weyland und Burda-Zoyke (2017, S. 20) kommen in ihrer Analyse zwei Jahre nach Darmann-Finck für die BBF in den Gesundheitsberufen zu dem Schluss:

> „Die Befunde lassen sich dahin gehend [sic] zusammenfassen, dass es eine nennenswerte Anzahl an Forschungsarbeiten gibt, die angesichts der [...] suboptimalen Rahmenbedingungen bemerkenswert ist. Eindeutige Schulen oder Forschungsrichtungen lassen sich – trotz des ausgewiesenen Schwerpunkts auf fachdidaktischen Fragestellungen und qualitativen Forschungsdesigns – noch nicht nachweisen."

Entsprechend empfehlen sie, „forschungsgegenständliche, forschungsmethodologisch-methodische und institutionelle Synergieeffekte im Zusammenhang mit der Berufsbildungsforschung in den Gesundheitsberufen [...] zu prüfen" (Darmann-Finck 2017, S. 17). Unsere Ergebnisse zeigen in gewisser Weise auf, inwieweit diese Empfehlungen umgesetzt worden sind.

4 Systematisierung der Berufsbildungsforschung in der Pflege

Wie bereits erwähnt, lassen sich auch in der BBF in der Pflege Systematisierungsvorschläge zu ihren Themenfeldern finden. Bspw. können die pflegedidaktischen Handlungsfelder und Reflexionsebenen von Ertl-Schmuck und Fichtmüller (2009, S. 20) als ein systematisierender Rahmen für Forschungsaktivitäten gelesen werden. Auch aus den Sammelbänden von Weyland und Reiber von 2017 und 2022 lässt sich aus den jeweiligen Themenschwerpunkten eine Systematik ableiten. Bspw. spielen in beiden Bänden Kompetenzerwerb und Kompetenzerhebungen, Fachkräftebedarf und -gewinnung, die Akademisierung und das Berufsbildungspersonal in den Gesundheitsberufen eine Rolle – wenn auch mit etwas anderen Nuancen. Darmann-Finck und Sahmel (2023, S. 2) verstehen ihren Sammelband „Pädagogik im Gesundheitswesen" ebenfalls als systematisierendes Werk. Sie beziehen sich explizit auf die Themenfelder von Eckert und Tramm (2004), modifizieren sie jedoch etwas und fassen sie zusammen.

Für unseren Beitrag, in dem wir eine Systematisierung konkreter Arbeiten der BBF in der Pflege anstreben, haben wir nach eingehender Sichtung der Einteilungen

von Bonz (2015), Eckert und Tramm (2004) sowie Darmann-Finck und Sahmel (2023) die Systematisierungskategorien über den Zuordnungsprozess der Arbeiten weiterentwickelt (vgl. Tab 2). Grundlegend der Einteilung von Bonz (2015) folgend, haben wir aufgrund vorliegender Arbeiten folgende Themenfelder ergänzt:

- Arbeitsmarkt-, Berufs- und Qualifikationsforschung, Berufsfeldanalysen, Curriculumforschung und -theorie (in Anlehnung an Eckert & Tramm 2004);
- Berufsbiografie/Identität und
- Bildungstheorie in der Pflege.

Ausschlaggebend für die Ergänzungen waren demnach unsere Funde – d. h., wir haben die Einteilung der Themenfelder immer wieder an den vorliegenden Arbeiten geprüft.

5 Berufsbildungsforschungsaktivitäten in der Pflege – unsere Rechercheerfahrungen

Bei dem Versuch, BBF-Aktivitäten in der Pflege annähernd systematisch zu erfassen, zeigen sich handfeste Hürden: Weder existiert aktuell eine zentrale Übersicht über Forschungsaktivitäten noch lassen sich entsprechende Forschungen eindeutig als der „Berufsbildungsforschung" zugehörig auffinden. Publizierte Forschungsarbeiten sind zwar verschlagwortet, jedoch entsprechen diese Schlagworte oft nicht den Suchbegriffen, die zu erwarten wären. Es ist anzunehmen, dass sich einzelne Forschende selbst nicht im Feld der BBF verorten oder für die Notwendigkeit einer solchen Einordnung wenig sensibilisiert sind. Weiterhin werden Qualifikationsarbeiten im Kontext der Pflegebildung möglichweise nicht aufgefunden, weil sie in angrenzenden Disziplinen geschrieben und dann nicht breit publiziert werden oder/und sie werden mit einem anderen Fokus geschrieben (z. B. einem eher pflegewissenschaftlichen, gesundheitswissenschaftlichen oder soziologischen), enthalten aber bedeutsame pflegebildungsbezogene Implikationen. Darmann-Finck (2015) machte bereits darauf aufmerksam, dass die Heterogenität der Veröffentlichungswege der Autorinnen und Autoren die Literatursuche erschwert. Diesen Befund können wir bestätigen. Dennoch haben wir an dem Versuch festgehalten, die Forschungsfelder der BBF in der Pflege „zu füllen". Basierend auf unserer innerdisziplinären Perspektive legten wir folgende Einschlusskriterien fest:

- Es sollen deutschsprachige UND abgeschlossene Arbeiten bzw. Forschungsberichte aufgenommen werden, die der theoretisch-systematischen oder der empirischen Forschung zuzuordnen sind, wenn sie
- zur Qualifikation – in der Regel Promotion oder Habilitation – geführt haben ODER
- im Kontext von Forschungsprojekten publiziert wurden, die an Forschungsinstituten, Lehrstühlen/Professuren an Universitäten bzw. Hochschulen durchgeführt wurden ODER

- von Fachgesellschaften (DGP, DGfE) und Verbänden (verdi, Deutscher Pflegerat) beauftragt bzw. durchgeführt wurden.

Eine umfangreiche internationale Recherche konnte im Rahmen dieses Beitrags nicht geleistet werden[3] bzw. sie war nicht Zielsetzung dieses Beitrags, da hier der Stand der BBF in der Pflege in Deutschland untersucht werden soll.

Eine erste orientierende Recherche im Fachportal Pädagogik (FIS Bildung) ergab mit den Suchbegriffen *Berufsbildungsforschung* UND *Pflege* zunächst 43 Treffer: Darunter waren die Jahrbücher der berufs- und wirtschaftspädagogischen Forschung mit einzelnen Beiträgen zum Feld Pflege bzw. Gesundheit, einige international vergleichende Forschungsprojekte zu verschiedenen Berufsfeldern sowie Einzelarbeiten von Personen, die sich der Berufs- und Wirtschaftspädagogik zugehörig sehen und ihre Arbeiten explizit unter Berufsbildungsforschung verschlagwortet haben. Viele weitere Treffer in dieser ersten Suche gingen über die BBF im Feld Pflege hinaus und fielen nicht unter unsere Einschlusskriterien. Eine exemplarische vertiefte Recherche zu einzelnen Forschungsfeldern der BBF mit differenzierteren Suchbegriffen zeigte: Einerseits kommt es zu (mitunter zahlreichen) Treffern, die bei genauerer Betrachtung der Abstracts und/oder der Volltexte nicht den Einschlusskriterien entsprechen. Andererseits werden uns aus dem innerdisziplinären Diskurs bekannte einschlägige Arbeiten nicht über diese Datenbanksuche gefunden, insbesondere fehlen pflegedidaktische Arbeiten[4]. Eine vollumfängliche Recherche aller Einzelkategorien mit den darin enthaltenen Teilgebieten mit spezifischen Suchbegriffen war innerhalb dieses Beitrags nicht zu leisten und erschien uns aufgrund der erhaltenen Rechercheergebnisse auch weniger zielführend.

Bei der Suche über das VET Repository des Bundesinstituts für Berufsbildung (BIBB) führten die Suchbegriffe „Berufsbildungsforschung AND Pflege“ zu 583 Treffern, die bei detaillierter Betrachtung ebenfalls oft nicht die BBF in der Pflege fokussieren. Dennoch konnten darüber vor allem zwei Auswahlbibliografien „Gesundheits(fach)berufe“ (Langenkamp & Linten 2019 und 2020) – aufgefunden und die dort gelistete Literatur anhand der Einschlusskriterien geprüft werden. Weiterhin wurde eine Suche im Archiv der *bwp-online* für den Zeitraum 2000 bis 2020 durchgeführt, hierüber konnten weitere Arbeiten eingeschlossen werden.

Über diese Recherche hinaus waren überwiegend individualisierte (teils mühevolle) Suchwege zu gehen. Einen Ausgangspunkt dafür stellten publizierte Beiträge zum Stand der BBF in der Pflege sowie weiter gefasst in den Gesundheitsberufen dar (z. B. Weyland & Reiber 2017 und 2022; Darmann-Finck 2015; Dütthorn, Walter & Arens 2013). Zudem erfolgte eine intensive Handsuche nach abgeschlossenen Qualifikationsarbeiten sowie Forschungsprojekten an Lehrstühlen von Personen, die inner-

3 Angemerkt sei, dass der internationale Diskurs zur BBF in der Pflege schon weiter ausdifferenziert ist – vgl. bspw. die Beiträge der 8th International Nurse Education Conference und insbesondere das Poster von Peters, Meng und Sorber (2022) mit dem Titel: *Research on nursing education research*.

4 Exemplarisch für eine differenziertere Recherche wurde im FIS Bildung bspw. nach „Lernen in der betrieblichen Praxis“ UND „Pflege“ (4 Treffer, 1 eingeschlossen) gesucht sowie nach „Praxisanleitung“ UND „Pflege“ (14 Treffer, 1 eingeschlossen); andere einschlägige pflegedidaktische Arbeiten in diesem Bereich wie bspw. von Schlosser (2022) konnten durch diese Suche nicht aufgefunden werden.

halb der Disziplin und über die Arbeit in Fachgesellschaften bekannt sind. Schließlich wurden die Webseiten ausgewählter Institutionen (IAB, DIP, IPP) nach Forschungsarbeiten durchsucht sowie aktuelle Handbücher (z. B. Marchwacka 2023) und Herausgeberwerke (z. B. Darmann-Finck & Sahmel 2023) durchforstet. Auf diesen Wegen wurden weitere Forschungsarbeiten entdeckt. Zugleich stellte sich zunehmend der Eindruck der Unmöglichkeit unseres Vorhabens ein: Ein systematisches Erfassen der Arbeiten, die sich der BBF in der Pflege in Deutschland zuordnen lassen, ist kaum möglich. Dementsprechend entlässt uns die Recherche mit folgenden Eindrücken:

- Die nachfolgende Übersicht (vgl. Tab. 2) einschlägiger Arbeiten kann keinesfalls den Anspruch auf Vollständigkeit erheben – sie bietet dennoch einen guten Überblick über die Entwicklung und zeigt die zunehmenden Forschungsaktivitäten – vor allem seit 2016.
- Die Forschungsarbeiten lassen sich mitunter nicht eindeutig einer bestimmten Domäne der BBF zuordnen bzw. berühren mehrere gleichermaßen. Zudem ist davon auszugehen, dass die Autorinnen und Autoren ihre Forschungsarbeiten ggf. anders einordnen würden, als wir dies aus der Außenperspektive getan haben.
- Darmann-Finck (2015, S. 8) hat bereits viele der von ihr gefundenen Arbeiten als *theoretische* oder *praxisbezogene* Beiträge charakterisiert, die keine forschungsbezogene Vorgehensweise aufweisen. Wir haben diese Arbeiten nicht einbezogen – jedoch mit einer Ausnahme: Arbeiten, die *disziplinäre und forschungsmethodische Reflexionen* enthalten, die für Fragen der BBF in der Pflege relevant sind, haben wir in die Darstellung inkludiert (bspw. Ertl-Schmuck, Unger & Mibs 2015).
- Das mit der Reform der Pflegeausbildung initiierte Forschungsprogramm des BIBB umfasst über 20 Forschungsprojekte, die einen enormen Anstieg der Publikationen im Bereich BBF in der Pflege erwarten lassen. Die Laufzeit der Projekte ist größtenteils nicht abgeschlossen, daher erscheinen sie nicht alle in der Übersicht (vgl. dazu die Beiträge in diesem Sammelband).
- Hochschullehrende und Forschende zeigen im Hinblick auf die BBF in der Pflege – teils unter Einbezug studentischer Aktivitäten – eine beeindruckende Vielfalt an Forschungs-, Denk- und Entwicklungsaktivitäten, die sich in Zeitschriften- oder Sammelbandbeiträgen und Monografien abbilden. Nicht jeder Beitrag ist als Ertrag für die BBF einzuschätzen, gleichwohl fällt es schwer, eindeutige Grenzziehungen vorzunehmen.

Im Hinblick auf die nicht einbezogenen Arbeiten möchten wir darauf hinweisen, dass diese Beiträge dennoch wesentliche Erkenntnisse für die Pflegebildungspraxis oder/und die Disziplinentwicklung liefern. So lassen sich bspw. die Publikationen von Friese (bspw. 2018) zu ihren historischen und aktuellen Analysen zu Care Work nennen, die aus unserer Systematik zwar herausfallen, aber eine enorme Wirkung auf die BBF in der Pflege entfalten (können).

Tabelle 2: Übersicht über Arbeiten der Berufsbildungsforschung in der Pflege ab 2000*

Forschungserträge der BBF in der Pflege (Bonz 2015, Eckert & Tramm 2004, ergänzt von Bohrer & Walter)	**2000 bis 2005**	**2006 bis 2010**	**2011 bis 2015**	**2016 bis 2020**	**2021 bis 2023**
Lehr-Lern- sowie Unterrichtsforschung/ Didaktik und Methodik (auch interdisziplinäre Dimensionen)	Schwarz-Govaers 2005	Fichtmüller & Walter 2007, Darmann-Finck 2010	Göhler, Narciss & Niethammer 2013	Löwenstein 2016, Dütthorn, Hülsken-Giesler & Pechuel 2018, Altmeppen 2018, Simon 2019, Kuckeland 2020	Pfeifer et al. 2021, Brühe, Hölterhof, Thomas 2021, Hänel 2022, Kuhlen 2023, Wesselborg et al. 2023, Arndt & Seltrecht 2023
Lehrerbildung/ pädagogische Professionalität/ Hochschuldidaktik (auch interdisziplinäre Dimensionen)	Ertl-Schmuck 2000, Greb 2003		Rosen 2011, Ostermann-Vogt 2011, Brühe 2013, Reiber, Winter & Mosbacher-Stumpf 2015	Arens & Brinker-Meyendriesch 2018, Kuckeland 2020	Peters 2021, Seltrecht 2022, Glunde 2022, Herzberg, Walter & Alheit 2022, Waury-Eichler 2023, Werner 2023
Lernen in der betrieblichen Praxis, Aus- und Weiterbildung, Bildung des betrieblichen Ausbildungspersonals	Holoch 2002, Roes 2004	Fichtmüller & Walter 2007, Kirchhof 2007, Müller 2009	Bohrer 2013	Lauber 2017, Krell 2018, Balzer 2019, Nick et al. 2020, Winter 2020	Klimasch 2021, Ertl-Schmuck 2021, Goller, Steffen & Lau 2022, Schlosser 2022, Mohr, Riedlinger & Reiber 2022, Mohr 2022, Kuhlen 2023, Anselmann & Mulder 2023
Historische Berufsbildungsforschung		Thiekötter 2006		Kreutzer 2014	
Kompetenzen: Begriff, Modellierung, Messung, Förderung		Brühe 2009	Dütthorn 2014, Wittmann et al. 2014, Verdi Ausbildungsreport Pflege 2015	Oser, Langenberger & Beck 2016, Löwenstein 2016, Ries 2020	Wittmann et al. 2022
Organisation, Bedingungen und Strukturen beruflicher Bildung (auch Berufsbildungspolitik)		Bögemann-Großheim et al. 2009, Stöver et al. 2009			Verdi Ausbildungsreport Pflege 2021, Wesselborg et al. 2023, Grunau, Sachse & Bartsch 2023, Zimmermann et al. 2022, Arens 2022

(Fortsetzung Tabelle 2)

Forschungserträge der BBF in der Pflege (Bonz 2015, Eckert & Tramm 2004, ergänzt von Bohrer & Walter)	**2000 bis 2005**	**2006 bis 2010**	**2011 bis 2015**	**2016 bis 2020**	**2021 bis 2023**
Übergangssystem/Berufsorientierung/Benachteiligte			Walter, Hüttges & Bässler 2015	Benner 2018, Pilz 2021	
Europäische internationale Entwicklungen und Vergleiche	Kraus, Müller & Gonon 2004	Grollmann 2007,	Dütthorn 2014	Lehmann, Schaepe, Wulff & Ewers 2019	Ewers & Lehmann 2023
Schulentwicklung, Schulleitungsforschung			Herzog 2011		Herzberg, Walter & Alheit 2022
Berufsbiografie/Identität			Herzog 2011, Fischer 2013	Kühme 2019	Altmeppen 2022, Mohr, Riedlinger & Reiber 2022
Arbeitsmarkt-, Berufs- und Qualifikationsforschung, Berufsfeldanalysen, Curriculumforschung und -theorie	Darmann 2000	Stöver et al. 2009 Riedel 2007	Walter 2015	Darmann-Finck, Baumeister & Greiner 2016, Welker & Schiemann 2017, Schneider, Kuckeland & Hatziladis 2019, Darmann-Finck, Muths & Partsch 2020, Rothgang et al. 2020	Peters 2021, Walter, Herzberg & Alheit 2022, Darmann-Finck & Schepers 2022, Kaufhold & Heinze 2022
Bildungstheorie in der Pflege	Ertl-Schmuck 2000, Greb 2003, Kersting 2002, Keuchel 2005	Fichtmüller & Walter 2007, Darmann-Finck 2010	Kellner 2011, Hoops 2013		
Disziplinäre und forschungsmethodische Reflexionen		Ertl-Schmuck & Fichtmüller 2009, Reiber & Remme 2009	Dütthorn, Walter & Arens 2013, Walter, Dütthorn & Arens 2013, Ertl-Schmuck, Unger & Mibs 2015		Von Gahlen-Hoops & Genz 2023, Von Gahlen-Hoops 2023, Ertl-Schmuck 2023, Sahmel 2023

* Ein Literaturverzeichnis zu den in Tabelle 2 aufgeführten Rechercheergebnissen kann unter https://doi.org/10.3278/I74337W001 abgerufen werden.

6 Zusammenschau der Ergebnisse

Bei bloßer Ansicht der Tabelle fallen Verdichtungen und Lücken auf. Vergleichsweise viele Arbeiten über den gesamten Betrachtungszeitraum finden sich im Bereich *Lehr-/Lern- bzw. Unterrichtsforschung/Didaktik und Methodik*. Es handelt es sich um Arbeiten, die bspw. spezielle Medien in den Blick nehmen (z. B. Hänel 2022; Altmeppen 2018) oder Lerngegenstände (z. B. Darmann-Finck 2010; Fichtmüller & Walter 2007). Da wir die Bildungsebenen nicht getrennt haben, wird bspw. nicht deutlich, dass es sich bei der Arbeit von Kuhlen (2023) um den selten fokussierten Kontext der pflegeberuflichen Weiterbildung handelt.

Weiterhin ist auffallend, dass die Arbeiten zum Komplex *Arbeitsmarkt-/Berufs- und Qualifikationsforschung/Berufsfeldanalysen/Curriculumforschung und -theorie* in den letzten Jahren massiv zugenommen haben. Insbesondere im Hinblick auf die empirische Fundierung von Curricula ist dieser Befund erfreulich. Zu dieser Kategorie lassen sich auch weitere Arbeiten hinzufügen, die noch nicht abgeschlossen sind (z. B. Einig, Partsch & Darmann-Finck 2022; Walter, Fritzenwanker & Karstädt 2023). Kritisch bezogen auf die Systematisierung ist hier anzumerken, dass die Facetten der Kategorie differenzierter betrachtet werden müssten, da es sich mitunter doch um sehr verschiedene Ansätze handelt.

Ein Aufschwung lässt sich ebenso in der Kategorie *Lernen in der betrieblichen Praxis, Aus- und Weiterbildung, Bildung des betrieblichen Ausbildungspersonals* verzeichnen. Die Aufmerksamkeit für das betriebliche Lernen und die Praxisanleitung ist durch die gesetzlichen Neuregelungen noch einmal angestiegen. Vor dem Hintergrund der sozialisatorischen Bedeutung des Lernens in der Pflegepraxis ist auch dieser Befund positiv hervorzuheben. Die starken strukturellen und organisationalen Veränderungen durch die Pflegeberufereform müssen auch weiterhin forschend begleitet werden.

Eine beachtliche Zunahme an Forschungsaktivitäten zeigt sich ebenso im Bereich *Organisation, Bedingungen und Strukturen beruflicher Bildung*.

Scheinbar in Phasen verläuft die forschende Beschäftigung mit dem Themenfeld *Lehrerbildung/pädagogische Professionalität*. Allerdings findet hierzu eine ausgeprägte Debatte jenseits von Forschungsaktivitäten statt (bspw. Bischoff-Wanner & Reiber 2008; Weyland & Reiber 2013; Reiber 2019; Reiber; Weyland & Wittmann 2019; Reiber 2022a; Reiber & Hofmann 2022; Herzberg & Walter 2023). Aktuelle Arbeiten (z. B. Herzberg, Walter, Otte u. a. 2023) nehmen Professionalisierungsfragen der Pflegelehrenden im Kontext der Pflegeberufereform auf.

Enorme Nachholbedarfe gibt es in den Bereichen *Europäische internationale Entwicklungen und Vergleiche* sowie *Historische Berufsbildungsforschung*. Selbst wenn hier nicht alle Arbeiten erfasst wären, ergibt sich ein enormes Forschungsdesiderat. Ebenso konnten wir zum Bereich *Übergangssystem/Berufsorientierung/Benachteiligte* nur wenige abgeschlossene Arbeiten im Rahmen von Einzelprojekten mit geringer Reichweite identifizieren. Das BIBB-Forschungsprogramm hat diese Themen aufgenommen (vgl. weiter unten).

Bei den Bereichen *Kompetenzen* und *Schulentwicklung, Schulleitungsforschung* ist anzunehmen, dass nicht alle Arbeiten erfasst werden konnten, da Forschungen dazu in angrenzenden Disziplinen zu vermuten sind. Ebenso verhält es sich mit dem Schwerpunkt *Berufsbiografie/Identität* – wir haben hier *innerdisziplinäre* Arbeiten ab 2011 identifiziert.

Für die Kategorien *Disziplinäre und forschungsmethodische Reflexionen* und *Bildungstheorie*[5] zeigten sich Herausforderungen bei der Zuordnung, weshalb auch hier anzunehmen ist, dass nicht alle Arbeiten aufgenommen worden sind. Festgehalten werden kann dennoch, dass die damit verbundene Grundlagenforschung ein Schattendasein fristet. Gründe sind sowohl in der Forschungsförderungspraxis zu sehen als auch in der (hochschulischen) Infrastruktur für solche Anliegen. Die über Forschungsprogramme gesetzten Bedingungen begünstigen in Abhängigkeit vom zeithistorischen Kontext unterschiedliche Forschungsthemen und -methoden – Grundlagenforschung steht angesichts der aktuellen Herausforderungen im Pflegeberuf selten im Fokus.

7 Aktuelle Perspektiven der Berufsbildungsforschung in der Pflege

Eine wesentliche aktuelle Perspektive der BBF in der Pflege stellen das Forschungsprogramm und das Monitoring des BIBB dar. Das Forschungsprogramm zur Pflegebildung und zum Pflegeberuf (Dorin & Peters in diesem Band; Dorin, Falkenstein, Meng u. a. 2022, S. 6) gliedert sich in vier Themenfelder:

- Bildungsarchitektur in der Pflege: Transparenz und Durchlässigkeit der Bildungswege verbessern,
- Neue Pflegeausbildungen etablieren,
- Nachhaltige Migration ermöglichen: Chancen und Herausforderungen,
- Den digitalen Wandel gestalten.

Die Projekte im Programm sind eher anwendungsbezogen ausgestaltet, was im Auftrag des BIBB begründet liegt (zu den Projekten im Einzelnen vgl. ebd., S. 11 f.). Einige der mittlerweile über 20 Projekte sind bereits abgeschlossen und dementsprechend in unsere Systematisierung aufgenommen worden (Bergmann, Müller & Seltrecht 2022; Hill, Wallor & Dauer 2022; Grunau, Sachse & Bartsch 2023; Weyland, Nienkötter & Koschel 2023; Bräutigam, Evans & Zimmermann 2023). Zu anderen Projekten haben wir Zwischenergebnisse (bspw. Wochnik, Tsarouha, Krause-Zenß u. a. 2022) oder (noch) keine Publikationen gefunden. Der hier vorliegende Band stellt gut zwei Drittel der Projekte vor.

5 Diese Kategorie könnte ggf. auch quergelegt werden, denn viele Arbeiten leisten in gewisser Weise einen Beitrag zur *Bildungstheorie in der Pflege*. Wir haben nur die Arbeiten aufgenommen, deren maßgeblicher Fokus darauf lag.

Die Projekte und das Monitoring zur beruflichen und hochschulischen Pflegeausbildung auf der Grundlage des BIBB-Pflegepanels werden zukünftig vielfältige Daten zur weiteren Gestaltung der Pflegebildungslandschaft liefern. Insbesondere die *Begleitforschung des Veränderungsprozesses zur Einführung der neuen Pflegeausbildungen* (Krause-Zenß u. a. in diesem Band) wird weichenstellende Erkenntnisse bereitstellen.

Weiterhin zeigen sich aktuelle Perspektiven darin, dass Arbeiten im Kontext der BBF in der Pflege als grundlagenorientierte Forschung von der DFG gefördert werden. Aktuell befassen sich drei DFG-Projekte mit BBF in der Pflege. Sie lassen sich folgenden Kategorien zuordnen:

- *Lehr-/Lern- sowie Unterrichtsforschung/Didaktik und Methodik*: Weyland & Wesselborg (seit 2022): Analyse von Lernaufgaben im pflegeberuflichen Unterricht unter dem Fokus der kognitiven Aktivierung (vgl. Wesselborg, Kleinknecht, Bögemann-Grossheim & Hoenen 2022);
- *Kompetenzen*: Darmann-Finck (seit 2018): Entwicklungsaufgaben in der beruflichen Pflegeausbildung (vgl. Einig, Partsch & Darmann-Finck 2022);
- *Lehrerbildung/pädagogische Professionalität*: Herzberg & Walter (seit 2021) (vgl. Herzberg, Walter, Otte u. a. 2023).

Ob dies als positiver Trend zu werten ist, bleibt abzuwarten. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass es für solcherart Projekte einer hochschulischen Einbettung bedarf.

Weiterhin konnten im Rahmen der vom BMBF geförderten *Qualitätsoffensive Lehrerbildung* zwei Projekte identifiziert werden, die die Lehrerbildung in der Pflege tangieren:

- Das Projekt *Campus Berufs- und Wirtschaftspädagogik. Individuum – Struktur – Qualität in der Lehrerbildung für berufliche Schulen in Mecklenburg-Vorpommern* an der Universität Rostock und
- Das Projekt *Synergetische Lehrerbildung für das Lehramt an berufsbildenden Schulen* an der Technischen Universität Dresden.

Das BMBF stellte für die Projekte von 2015 bis Ende 2023 in verschiedenen Phasen ca. 500 Mio. Euro bereit. Reformen in der Lehrkräftebildung standen dabei im Mittelpunkt.

Abschließend sollen Projekte zur Umsetzung der Pflegeberufereform[6] erwähnt werden, in deren Rahmen kleinere regionale Forschungsanliegen bearbeitet werden, an die die Gestaltungsarbeit ansetzt. Die hier verwendeten Forschungsansätze lassen sich als *Design Based Research* (Euler & Sloane 2014) beschreiben. Ausgangspunkt sind komplexe (neue) Herausforderungen der Pflegebildungspraxis, für die z. B. vor dem Hintergrund von Bedarfsanalysen partizipativ Bildungsinterventionen konzipiert und entwickelt werden, die dann wiederum forschend begleitet werden.

6 z. B. SchulBereit in NRW, CurAP in Berlin, Neksa in Brandenburg, IPfleB in Sachsen und PflegeSchub in Rheinland-Pfalz

8 Zusammenfassung, Forschungsdesiderate und Ausblick

Bezug nehmend auf die Analyseergebnisse von Darmann-Finck (2015, S. 9) müssen wir acht Jahre später zusammenfassend feststellen, dass eine zugängliche und übersichtliche Dokumentation der Arbeiten der BBF in der Pflege immer noch fehlt. Ebenso kann von einer befriedigenden Forschungsinfrastruktur inklusive Drittmittelfinanzierung für Forschungsprojekte – trotz des sprunghaften Anstiegs durch das BIBB-Forschungsprogramm – keine Rede sein. Weiterhin wird wenig Grundlagenforschung betrieben und eine *systematische spezifische* Methodenentwicklung steht in der BBF in der Pflege noch aus.

Grundlegend soll dazu angemerkt werden, dass die BBF sich im Kontext jeweiliger relevanter Disziplinen entwickelt. Disziplinentwicklung lässt sich wiederum daran ermessen, ob ein Kommunikationszusammenhang, ein akzeptierter Korpus wissenschaftlichen Wissens, ein Set von Fragestellungen, Forschungsmethoden und paradigmatischen Problemlösungen sowie spezifische berufliche Sozialisationen des wissenschaftlichen Nachwuchses durch eigene Institutionen vorliegen (vgl. Stichweh 1994). Domänespezifische Fragestellungen, Forschungsmethoden und paradigmatische Problemlösungen können erst in einer und durch eine *Scientific Community* generiert werden, die sich auf diese Disziplin(en) bezieht und einen Diskursraum hat. Für die Berufspädagogik *Pflege und Gesundheit* haben Ertl-Schmuck und Walter (2020) in ihrer Analyse aufgezeigt, dass der Einfluss der strukturellen Verankerung der Berufe an den Kommunikationskontexten ebenso erkennbar wird wie disziplinhistorische Verortungsgründe. Ob also eher der erziehungswissenschaftliche Kontext oder eine Fachwissenschaft Ausgangspunkt der Forschungsbemühungen war und ist, spielt eine bedeutende Rolle für die aufgeworfenen Fragen zum Stand der BBF in der Pflege[7]. Hänel (2023) verweist dazu im Hinblick auf die Disziplin *Pflegedidaktik* auf fehlende „Diskursräume für eine zweckfreie Auseinandersetzung mit den theoretischen Grundlagen der eigenen Forschungspraxis“ (S. 133) sowie auf „ausbleibende wissenschaftstheoretische Diskurse“ (S. 134). Letztlich stellt sich damit auch die Frage nach der Infrastruktur für Forschung – insbesondere nach Hochschulstandorten, an denen BBF in der Pflege über einschlägige Professuren betrieben werden kann. Welche Ressourcen hier jeweils zur Verfügung stehen bzw. erkämpft werden, trägt maßgeblich zur Weiterentwicklung der BBF in der Pflege bei. Die folgenden Forschungsdesiderata lassen sich unserer Auffassung nach nur bearbeiten, wenn die Infrastruktur für Forschung sich ebenso weiterentwickelt:

- *Bildungstheoretische Perspektiven, Grundlagenarbeiten und Theorienentwicklung*: Auch, wenn es in der Pflegebildung zahlreiche bedeutsame anwendungsbezogene Fragestellungen gibt, muss Grundlagenforschung dennoch intensiviert werden, denn sie ist essenziell für die wissenschaftliche Fundierung und Legitimation der BBF in der Pflege (vgl. Darmann-Finck 2015, S. 9). Geklärt werden

7 Hierzu ließe sich ein internationaler Vergleich anschließen.

könnte in diesem Zusammenhang, inwieweit Grundlagenforschung eine direkte Gestaltungsrelevanz besitzen sollte (vgl. Sloane 2020, S. 678).

- Vorbild für eine *historische BBF in der Pflege* könnte der Sammelband von Kaiser und Götzl (2020) mit seinen Perspektiven auf Wissenschaftsgenese und -dynamik sein. Anknüpfend an Tiekötter (2006) können differenzierte Auseinandersetzungen mit der Pflegeausbildung in der DDR erfolgen. Historische Aspekte einer geschlechterdifferenzierenden Ausbildung in der Pflege sind ebenfalls noch wenig beleuchtet.
- Das *Übergangssystem* und die *Berufsorientierung* müssen stärker in den Fokus der BBF in der Pflege geraten. In diesem Zusammenhang sind Forschungsarbeiten, die sich mit der Flexibilität und Durchlässigkeit befassen – bspw. im Hinblick auf die Anerkennung informell erworbener Kompetenzen – relevant (z. B. *career@care*).
- Bildungsdurchlässigkeit und Bildungspfade in der Pflege, Braun u. a. und Becker-Pülm u. a. in diesem Band; *TiP-regio* – Übergang von schulischer zu beruflicher Bildung, Übergangsmanagement und Ausbildungseinstieg, Dorn u. a., Willaredt u. a. und Daase & Fleiner in diesem Band).
- Mehr Forschungsarbeiten sollten auf Anreize zur langfristigen Bindung von Pflegefachkräften und auf die Wirksamkeit entsprechender Maßnahmen fokussieren.[8]
- Die BBF in der Pflege sollte stärker die Bedürfnisse bestimmter *Zielgruppen*, Inklusion und Diversität in den Blick nehmen. Solche Zielgruppen wären z. B. ältere Pflegefachpersonen, Menschen mit Behinderungen, Quereinsteiger:innen sowie Personen mit Migrationshintergrund oder (potenzielle) Auszubildende mit eher schwierigen Lernvoraussetzungen. Forschung dazu sollte sich auf die Analyse von Potenzialen und attraktiven Bildungsangeboten konzentrieren. Untersuchungen zu wirksamen Maßnahmen und Best-Practice-Beispielen können dazu beitragen, die Chancengleichheit in der Pflegebildung zu verbessern. Im Hinblick auf die Bedingungen und Berufsbiografein ausländischer Pflegefachpersonen kann an die Arbeit von Dieterich (2017) angeschlossen werden. Ebenso bietet das Projekt *ParAScholaBi* aus dem BIBB-Forschungsprogramm Anknüpfungspunkte dafür. Im Projekt soll ein forschungsbasiertes Konzept für eine Schulsozialberatung an Pflegefachschulen etabliert werden, mit dem zur Förderung und Entstigmatisierung von Auszubildenden mit längeren Bildungswegen beigetragen wird (Jürgensen u. a. in diesem Band).
- Die empirische *Unterrichts- bzw. Lehr-/Lernforschung, Kompetenzentwicklungs- und Kompetenzmessungsforschung* sind ausbaufähig. Im Grunde wissen wir noch sehr wenig zur *Praxis* der Pflegebildung, zur Aneignung bestimmter Lerngegenstände, zur Darstellung der Lerngegenstände oder zur pflegedidaktischen Reduktion. Praxeologische Ansätze (vgl. Bohnsack 2020) bieten hier die Möglichkeit,

8 Fachkräftesicherung ist auch der Fokus des Projektes „ZAFH care4care", das mit Landesmitteln forschungsbasierte Handlungsempfehlungen für die Pflegepraxis erarbeitet und eine Projektdatenbank zur Verfügung stellt (vgl. Reiber 2022b).

auf das zu blicken, was ist, damit normative Ansätze nicht überlagern, dass und wie jeden Tag Lernen geschieht. Empirische Lehr-/Lernforschung kann dabei mit einem Gestaltungsanspruch versehen werden, der Theoriegenerierung und Theorieanwendung verbindet (vgl. Sloane 2020, S. 677).

- Über arbeitsplatzbasierte Lern- und Forschungsansätze können Bildungsangebote für Pflegefachpersonen gestaltet und beforscht werden. In diesem Zusammenhang können Aspekte des interprofessionellen Lernens ebenso in den Forschungsblick geraten wie Gesundheitsförderung und Prävention. Diese haben zwar in der Pflegebildung an Bedeutung gewonnen, sind aber in der Pflegepraxis noch zu wenig verankert.
- Wie auch in der berufs- und wirtschaftspädagogischen Forschung sollten in der BBF in der Pflege grundsätzlich Längsschnitt- und Replikationsstudien stärkere Beachtung finden (vgl. Seifried & Beck 2023, S. 356).

Die BBF in der Pflege wird sich in Zukunft zu einem dynamischen und stärker interdisziplinären Forschungsfeld entwickeln. Sie steht (wie alle beruflichen Fachrichtungen) angesichts der sich verändernden Gesundheitslandschaft, demografischer Entwicklungen und technologischer Fortschritte vor weiteren spezifischen Herausforderungen. Damit verbunden sind Forschungsanliegen zur digitalen Transformation und zur künstlichen Intelligenz. Anliegen solcher Studien sollte es sein, Pflegefachpersonen stärker partizipativ in digitale Entwicklungsprozesse einzubinden, damit sie digitale Technologien effektiv einsetzen *und* eine personzentrierte Pflege gewährleisten können. Ebenso muss der Einsatz digitaler Lehr- und Lernmethoden weiterhin forschend begleitet werden – bspw. wissen wir noch wenig über Aneignungsprozesse durch Pflegesimulationen (bspw. über VR-Szenarien). Schließlich benötigen wir auch mehr Wissen zu pflegebezogenen Kompetenzen für Nachhaltigkeit und wie Einrichtungen ihre Nachhaltigkeitsziele durch Bildungsangebote im Kontext von Pflegebildung erreichen können.

All diese Anliegen bedürfen einer engen Zusammenarbeit zwischen Forschungseinrichtungen, Pflegebildungseinrichtungen und Betrieben. Auch die Ebenen der Pflegebildung (berufliche Ausbildung, berufliche Fort- und Weiterbildung und Hochschulbildung) können über spezifische Forschungsanliegen verbunden werden. Die BBF in der Pflege kann mit ihren Erkenntnissen erheblich dazu beitragen, Veränderungen bezogen auf Anforderungen im Pflegeberuf zu erfassen und daraus Schlussfolgerungen für die weitere Gestaltung der Pflegebildung zu ziehen. Um eine politische Wirksamkeit zu erzielen, benötigen die Akteure im Feld der BBF „Wissen über die Möglichkeiten und Instrumente, Forschungserkenntnisse für politisches Handeln bereit zu stellen“ (Peters, Reuschenbach & Reiber 2023, S. 381). Die BBF in der Pflege sollte sich bei all ihren Aktivitäten darüber hinaus der Gefahr von Restriktionen bewusst sein, wie sie vor allem bei einer (zu) kleinen *Scientific Community* besteht (vgl. Seifried & Beck 2023, S. 355).

Literatur

Altmeppen, S. (2018). Fallarbeit in der Lehrer/innenbildung – Anbahnung hermeneutischer Fallkompetenz mittels authentischer Unterrichtsvideos. In R. Ertl-Schmuck & J. Hänel (Hg.), *Passagen pflegedidaktischer Arbeit an der Schnittstelle von Hochschule und Schulpraxis*, S. 149–165. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.

Beck, K. & Seifried, J. (Hg.). *Berufs- und Wirtschaftspädagogik im selbstkritischen Diskurs*. Bielefeld: wbv.

Bergmann, D., Müller, J. & Seltrecht, A. (2022). *Qualifizierungsanforderungen von Weiterbildungen (QUAWE) Status Quo der Heterogenität des Feldes*. Verfügbar unter https://www.bibb.de/dokumente/pdf/Erste_Rechercheergebnisse_QUAWE_05.2022.pdf (Zugriff am: 01.01.2024).

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

Bohnsack, R. (2020). *Professionalisierung in praxeologischer Perspektive*. Opladen, Toronto: Barbara Budrich (utb).

Bonz, B. (2015). Die Wirtschafts- und Berufspädagogik als wissenschaftliche Disziplin. In J. Seifried & B. Bonz (Hg.), *Berufs- und Wirtschaftspädagogik. Handlungsfelder und Grundprobleme*, S. 7–24. Baltmannsweiler: Schneider Hohengehren.

Bräutigam, C., Evans, M. & Zimmermann, H. (2023): *Qualifizierungen von Führungspersonen in der Pflege – Analyse und Rahmenkonzept*. Bonn: BIBB. Verfügbar unter https://www.bibb.de/dienst/publikationen/de/19203 (Zugriff am: 01.01.2024).

Darmann-Finck, I. (2015). Berufsbildungsforschung in den Gesundheitsfachberufen – auf dem Weg zu einer Agenda. In U. Weyland, M. Kaufhold, A. Nauerth & E. Rosowski (Hg.), *bwp@ Spezial 10 – Berufsbildungsforschung im Gesundheitsbereich*, S. 1–15. Verfügbar unter http://www.bwpat.de/spezial10/darmann-finck_gesundheitsbereich-2015.pdf (Zugriff am: 19.11.2015).

DFG (Hg.) (1990). *Berufsbildungsforschung an den Hochschulen der Bundesrepublik Deutschland*. Weinheim.

Dütthorn, N., Walter, A. & Arens, F. (2013). Was bietet die Pflegedidaktik? – ein Analyseinstrument zur standortbestimmenden Untersuchung pflegedidaktischer Arbeiten. Teil 1. *Padua*, 8(3), S. 168–175.

Eckert, M. & Tramm, T. (2004). Stand und Perspektiven der Berufsbildungsforschung aus Sicht der Berufs- und Wirtschaftspädagogik. In R. Czycholl & R. Zedler (Hg.), *Stand und Perspektiven der Berufsbildungsforschung. Dokumentation des 5. Forums Berufsbildungsforschung 2003 an der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg*, S. 55–86. Nürnberg: Bundesagentur für Arbeit.

Einig, C., Partsch, S. & Darmann-Finck, I. (2022). Entwicklungsaufgaben im ersten Jahr der pflegeberuflichen Ausbildungsgänge. *Zeitschrift für Berufs- und Wirtschaftspädagogik*, 118(2), S. 207–237.

Ertl-Schmuck, R., Unger, A. & Mibs, M. (2015). *Wissenschaftliches Arbeiten in Gesundheit und Pflege*. Stuttgart: utb.

Euler, D. & Sloane, P. F. E. (Hg.) (2014). *Design-Based Research*. Stuttgart: Franz Steiner.

Grunau, J., Sachse, L. & Bartsch, L. (2023). Teilzeitausbildung in der Pflege – Zielgruppen und Organisationsfragen. *BWP*, 52(1), S. 46–50. Verfügbar unter https://www.bwp-zeitschrift.de/dienst/publikationen/de/18304 (Zugriff am: 10.07.23).

Hänel, J. (2022). *Im Strom der Bewegungsbilder. Film-, Bildungs- und Pflegeprozesse ausgehend von Michael Hanekes „Liebe"*. Bielefeld: transcript.

Herzberg, H. & Walter, A. (2023). Zur Professionalität von Lehrenden in den Gesundheitsfachberufen. In I. Darmann-Finck & K. H. Sahmel (Hg.), *Pädagogik im Gesundheitswesen*, S. 553–550. Berlin: Springer.

Herzberg, H., Walter, A., Ott, A. S. & Dürrschmidt, A. (2023). Zur Transformation des professionellen Habitus von Pflegelehrer*innen. Erste Forschungsergebnisse. In K. Kögler u. a. (Hg.), *Jahrbuch der berufs- und wirtschaftspädagogischen Forschung 2023*, S. 196–208. Opladen, Berlin, Toronto: Barbara Budrich.

Hill, L., Wallor, L. & Dauer, B. (2022). Strukturelle Rahmenbedingungen in der hochschulischen Pflegeausbildung. Wissenschaftsmanagement*, 2022*. Verfügbar unter https://www.che-consult.de/wp-content/uploads/2022/12/k2_Wima_2022_Hill_Wallor_Dauer.pdf (Zugriff am: 01.01.2024).

Kaiser, F. & Götzl, M. (Hg.) (2020). *Historische Berufsbildungsforschung – Perspektiven auf Wissenschaftsgenese und -dynamik*. Detmold: Eusl-Verlag.

Kaufhold, M. (2017). Herausforderungen an das betriebliche Bildungspersonal im Humandienstleistungsbereich. In U. Weyland & K. Reiber (Hg.), *Entwicklungen und Perspektiven in den Gesundheitsberufen – aktuelle Handlungs- und Forschungsfelder*, S. 269–285. Bonn: BIBB.

Marchwacka, M. A. (Hg.) (2023). *Handbuch Pflegebildung*. Bern: Hogrefe.

Peters, M., Meng, M. & Sorber, M. (2022). *Research on nursing education research – a review of reviews conducted in the European context*. NETNEP Congress 22.10.2022.

Peters, M., Reuschenbach, B. & Reiber, K. (2023). Zum Verhältnis von Pflegebildungsforschung und Politik am Beispiel der Entwicklung des Pflegeberufegesetzes – Ein Diskussionsbeitrag. *Pflege & Gesellschaft*, 28(4), S. 377–383.

Reiber, K. (2022a). Fachspezifisches Professionswissen von Lehrpersonen der beruflichen Fachrichtung Pflege im Spiegel domänenspezifischer Anforderungen. In U. Weyland & K. Reiber (Hg.), *Professionalisierung der Gesundheitsberufe. Berufliche und hochschulische Bildung im Spiegel aktueller Forschung* (Beiheft 33 der Zeitschrift für Berufs- und Wirtschaftspädagogik), S. 297–320. Stuttgart: Franz Steiner.

Reiber, K. (2022b). ZAFH care4care – Eine Plattform für die Pflege. In F. Knieps & H. Pfaff (Hg.), *Pflegefall Pflege? BKK-Gesundheitsreport 2022*, S. 420–425. Berlin: MWV Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. Verfügbar unter https://www.bkk-dachverband.de/fileadmin/user_upload/BKK_Gesundheitsreport_2022.pdf (Zugriff am: 10.07.23).

Reiber, K. (2019). Pflegepädagogik – eine Etappe auf dem Weg der Akademisierung und Professionalisierung der Lehrtätigkeit an pflegeberuflichen Schulen? In M. Friese (Hg.), *Professionalisierung von Care-Work. Innovationen der beruflichen Ausbildung und Lehramtsausbildung in personenbezogenen Dienstleistungsberufen*, S. 61–72. Bielefeld: wbv.

Reiber, K. & Hofmann, N. (2022). Professionalität von Lehrenden der Fachrichtung Pflege. In M. Marchwacka (Hg.), *Handbuch Pflegebildung. Theorie – Empirie – Praxis*, S. 286–292. Göttingen: Hogrefe.

Seifried, J. & Beck, K. (2023). Epilog: Was bleibt von der exemplarischen Annäherung an eine diskursive disziplinäre Nabelschau? In K. Beck & J. Seifried (Hg.), *Berufs- und Wirtschaftspädagogik im selbstkritischen Diskurs*, S. 353–360. Bielefeld: wbv.

Sloane, P. F. E. (2020). Berufsbildungsforschung. In R. Arnold, A. Lipsmeier & M. Rohs (Hg.), *Handbuch Berufsbildung*, S. 610–627. Springer VS: Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-19312-6_51.

Spöttl, G. (2020). Methoden in der Berufsbildungsforschung. In R. Arnold, A. Lipsmeier & M. Rohs (Hg.), *Handbuch Berufsbildung*, S. 695–710. Springer VS: Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-19312-6_53.

Stichweh, R. (Hg.) (1994). *Wissenschaft, Universität, Professionen. Soziologische Analysen*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.

Von Gahlen-Hoops, W. (2023). Pflegedidaktik als multiparadigmatische Disziplin. In W. von Gahlen-Hoops & K. Genz (Hg.), *Pflegedidaktik im Überblick. Zwischen Transformation und Diffusion*, S. 125–140. Bielefeld: transcript.

Walter, A. & Dütthorn, N. (Hg.) (2019). *Fachqualifikationsrahmen Pflegedidaktik der Sektion Bildung und Sektion Hochschullehre Pflegewissenschaft der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft*. Duisburg: DGP.

Walter, A., Dütthorn, N. & Arens, F. (2013). Was bietet die Pflegedidaktik? – Analyseergebnisse pflegedidaktischer Arbeiten im Überblick. Teil 2. *Padua*, 8(5), S. 302–310.

Wesselborg, B., Kleinknecht, M., Bögemann-Grossheim, E. & Hoenen, M. (2022). Analyse des kognitiven Potenzials von Aufgaben in der beruflichen Fachrichtung Pflege. Entwicklung und Erprobung eines fachdidaktischen Kategoriensystems. In U. Weyland & K. Reiber (Hg.), *Professionalisierung der Gesundheitsberufe. Berufliche und hochschulische Bildung im Spiegel aktueller Forschung*, S. 321–347. ZBW Beiheft 33. Stuttgart: Franz Steiner.

Weyland, U. (2020). Blickpunkt: Gesundheitsberufe. Einführender Blick – zur Bedeutung der Gesundheitsberufe. *Zeitschrift für Berufs- und Wirtschaftspädagogik*, 116(3), S. 337–359. https://doi.10.25162/zbw-2020-0015.

Weyland, U., Kaufhold, M., Nauerth, A. & Rosowski, E. (2015). Editorial zu Spezial 10: Berufsbildungsforschung im Gesundheitsbereich. *Berufs- und Wirtschaftspädagogik – online*, bwp@ Spezial 10, S. 1–9. Verfügbar unter http://www.bwpat.de/spezial10/editorial_bwpat-spezial10–2015.pdf (Zugriff am: 02.08.2016).

Weyland, U., Nienkötter, M. & Koschel, W. (2023). Konzept eines wissenschaftsbasierten Web-Based-Trainings für Personalverantwortliche in der Pflege zur Online-Rekrutierung von Auszubildenden für den Pflegeberuf. In S. Hiestand (Hg.), Beruflichkeit – Interaktionsarbeit – Kompetenz, S. 239–256. Bielefeld: wbv.

Weyland, U. & Reiber, K. (Hg.) (2022). *Professionalisierung der Gesundheitsberufe. Berufliche und hochschulische Bildung im Spiegel aktueller Forschung*. ZBW Beiheft 33. Stuttgart: Franz Steiner.

Weyland, U. & Reiber, K. (Hg.) (2017). *Entwicklungen und Perspektiven in den Gesundheitsberufen – aktuelle Handlungs- und Forschungsfelder*. Bonn: BIBB.

Weyland, U. & Reiber, K. (2013). Lehrer/-innen-Bildung für die berufliche Fachrichtung Pflege in hochschuldidaktischer Perspektive. In U. Faßhauer, B. Fürstenau & E. Wuttke (Hg.), Jahrbuch der berufs- und wirtschaftspädagogischen Forschung 2013, S. 189–202. Opladen u. a.: Barbara Budrich.

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1 Zur Einordnung der BBF in der Pflege 43

Tabellenverzeichnis

Tab. 1 Entwicklungen in der BBF in der Pflege seit 2015 44

Tab. 2 Übersicht über Arbeiten der Berufsbildungsforschung in der Pflege ab 2000 . . . 49

Autorinnen



Prof. Dr. phil. **Annerose Bohrer**, Professorin für Pflege- und Gesundheitswissenschaft und ihre berufliche Didaktik an der Evangelischen Hochschule in Berlin. Arbeitsschwerpunkte: Lern- und Anleitungsprozesse in der (hochschulischen) Pflegeausbildung, arbeitsgebundenes Lernen.



Prof. Dr. phil. **Anja Walter**, Professorin für Gesundheit und Pflege/Berufliche Didaktik im Institut für Berufspädagogik und Berufliche Didaktiken an der Technische Universität Dresden. Arbeitsschwerpunkte: Didaktik der Gesundheitsberufe, Lehrerbildung.

Das Forschungsprogramm zur Pflegebildung und zum Pflegeberuf des Bundesinstituts für Berufsbildung

Pflege(bildungs)forschung in Deutschland

Lena Dorin, Bettina Klein, Miriam Peters

Abstract

Die Pflege(bildungs)forschung in Deutschland hat in den letzten Jahrzehnten kontinuierlich an Bedeutung gewonnen. Dieser Text bietet einen Einblick in die historische Entwicklung und die aktuellen Herausforderungen der Pflegeforschung. Von den Anfängen der Pflegewissenschaft bis zur Einführung der generalistischen Pflegeausbildung werden die Meilensteine und Entwicklungen in der Pflegeforschung beleuchtet. Zudem wird das Forschungsprogramm des Bundesinstituts für Berufsbildung (BIBB) im Bereich der Pflege(bildungs)forschung vorgestellt, das auf die Weiterentwicklung der Pflegeausbildung und die Verbesserung der Versorgung abzielt.

Schlagworte: Pflege(bildungs)forschung, Pflegeausbildung, Pflegewissenschaft, Berufsbildungsforschung

Nursing (education) research in Germany has continuously gained in importance over the past decades. This text offers an insight into the historical development and current challenges of nursing research. From the beginnings of nursing science to the introduction of generalist nursing education, the milestones and developments in nursing research are highlighted. In addition, the research programme of the Federal Institute for Vocational Education and Training (BIBB) in the field of nursing (education) research is presented, which aims at the further development of nursing education and the improvement of care.

Keywords: nursing (educational) research, nursing education/training, nursing science

1 Zum Stand der Pflege(bildungs)forschung

In Deutschland entwickeln sich Pflegewissenschaft und Pflegeforschung im internationalen Vergleich zeitverzögert erst in den 80er- und 90er-Jahren des 20. Jahrhunderts. Im Jahr 1989 wird der „Deutsche Verein zur Förderung von Pflegewissenschaft und -forschung“, die heutige „Gesellschaft für Pflegewissenschaft“ (DGP) gegründet.

Im Laufe der letzten dreißig Jahre sind kontinuierlich Publikationen zum Stand der Disziplin Pflegewissenschaft erschienen. Begründet wird die akademische Disziplin vor allem über gesellschaftliche Veränderungen, wie den demografischen Wandel, begleitet durch Veränderungen im Bereich der familiären Strukturen, Mobilität und Frauenerwerbstätigkeit. Nicht zuletzt sind es auch die Erweiterungen in Diagnostik und Therapie Gründe, die dazu führen, dass Versorgung sich zunehmend komplex gestaltet, neue Rollen und Verantwortlichkeiten im Gesundheits- und Sozialsystem auch für die berufliche Pflege entstehen und ein eigener Wissenskanon einer Disziplin Pflege erforderlich ist, um den bestehenden Herausforderungen erfolgreich begegnen zu können (vgl. Dichter 2017; Görres & Friesacher 1998). Gleichwohl geht die systematische Datenerhebung (zur Ausbildung) in der Pflege bis auf Florence Nightingale zurück (vgl. Boss 2021).

Frühere Publikationen fordern bereits eine eigenständige Rolle der Pflegewissenschaft, wie das folgende Zitat belegt:

> „[W]enn der mit dem Gesundheitsstrukturgesetz und dem Pflegeversicherungsgesetz eingeleitete Strukturwandel des Gesundheits- und Sozialwesens Erfolg haben soll, muß Pflege eine eigenständige Rolle neben Ärzten und Einrichtungsträgern bei der Gestaltung und Weiterentwicklung der Leistungsangebote haben. Dazu ist eine Qualifizierung und Profilierung von Pflege auf wissenschaftlicher Grundlage unverzichtbar“ (Bodenbender 1998, S. 9).

Noch im Jahr 2010 stellen Schaeffer u. a. Hindernisse und Herausforderungen für die Disziplinen Pflegewissenschaft und Public Health dar (vgl. Schaeffer u. a. 2010). Bartholomeyczik beschreibt in ihrem Beitrag zum Stand der Pflegewissenschaft und -forschung in Deutschland drei Phasen.

In der ersten Phase, die bis in die 1990er-Jahre andauert, basiert die Entwicklung hauptsächlich auf Einzelinitiativen von Pionierinnen und Pionieren, da eine strukturelle Verankerung noch nicht gegeben ist. Die zweite Phase verortet die Autorin in den Jahren 1990 bis 2000. Sie beschreibt diese Zeit als geprägt von der Entwicklung von Studiengängen und akademischen Strukturen sowie der Konkretion von Themen. Gleichwohl sind kollektive Ansätze zur Entwicklung der Disziplin in Deutschland noch nicht voll ausgereift. In der dritten Phase ab den 2000er-Jahren, die bis heute andauert, skizziert sie eine Konsolidierung, die von zunehmender Drittmittelforschung, der Entwicklung von Strategien und wissenschaftlichen Diskursen zu Methodologien und Methoden gekennzeichnet ist (Bartholomeyczik 2017).

Dichter (2017, S. 303) bezeichnet die Phase zwischen 2007 und 2017 als Lähmung der pflegepolitischen Entwicklungen, in der dennoch wichtige Fortschritte für Pflegewissenschaft und -forschung stattgefunden haben. Er nennt u. a.:

- „Projekte und Ergebnisse der Pflegeforschungsverbünde gefördert durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (2004–2011)
- Einführung von grundständigen berufszulassenden Studiengängen
- Etablierung von neuen pflegewissenschaftlichen Studiengängen, Professuren, Lehrstühlen und Fakultäten an Universitäten

- Pflegestärkungsgesetze I – III (2015–2016), die u. a. zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs für die gesetzliche Pflegeversicherung geführt haben
- Etablierung der ersten Landespflegekammer in Rheinland-Pfalz (2016)
- Regelungen zur hochschulischen Ausbildung als Regelzugang zum Pflegeberuf, die Einführung von vorbehaltenen Tätigkeiten und die Erweiterung des Kompetenzprofils um heilkundliche Aufgaben im Rahmen des Gesetzes zur Pflegeberufereform (2017)
- Aktivitäten zur Synthese von pflegewissenschaftlichem Wissen durch Leitlinien und systematische Übersichtsarbeiten" (Dichter 2017, S. 303)

Mit Blick auf notwendige weitere Schritte nennt er u. a. die Entwicklung von langfristig angelegten Förderprogrammen. Damit würde die Etablierung von Grundlagenforschung zur „Entwicklung von Instrumenten, Interventionen und grundlegenden Modellen" möglich (Dichter 2017, S. 304). Weiterhin beschreibt er die Notwendigkeit von Promotionsprogrammen, um den wissenschaftlichen Nachwuchs sicherzustellen. Abschließend skizziert er den Bedarf des Aufbaus von Datenbanken mit sowohl quantitativen als auch qualitativen Originaldaten.

Pflegebildungsforschung hat in Deutschland eine relativ junge Geschichte (vgl. Herzberg & Walter 2020). Zur Entwicklung eines systematischen Berufslaufbahnkonzepts, das zur Fachkräftesicherung, zur Versorgungsqualität sowie zur Karriereentwicklung in der Pflege beiträgt, wird Forschung zur beruflichen Bildung im Lebenslauf benötigt (siehe auch Mohr & Reiber in diesem Band). Die strukturellen Rahmenbedingungen stellen Herausforderungen für diese sich entwickelnde Disziplin dar (vgl. Frommberger & Lange 2018). Während für die Ausbildungen im dualen System der theoretische Unterricht an staatlichen Berufsschulen stattfindet, wird die Pflegeausbildung zu einem großen Teil an Schulen des Gesundheitswesens bzw. Berufsfachschulen angeboten, wobei die ehemaligen Krankenpflegeschulen auch an Krankenhäuser angeschlossen waren und ehemalige Altenpflegeschulen in unterschiedlicher Trägerschaft organisiert waren (vgl. Reiber, Winter & Mosbacher-Strumpf 2015; Seeber u. a. 2019). Die Ausbildung von Lehrenden in der Pflege wird sowohl durch das Pflegeberufegesetz[1] als auch durch die Kulturhoheit der Länder bestimmt (vgl. Bensch 2020). 2021 wurden bundesweit insgesamt 27 lehrerbildende Studiengänge identifiziert. Lehrende in der Pflege studieren an Hochschulen für angewandte Wissenschaften bzw. Fachhochschulen und durchlaufen im Anschluss an diese Studiengänge kein Referendariat. Gesetzlich wurde eine akademische Qualifikation der Pflegelehrenden erstmals im Kranken-[2] und Altenpflegegesetz[3] von 2003 gefordert (vgl. Reiber, Winter & Mosbacher-Strumpf 2015, S. 16). Die Ausbildung von Berufsschullehrenden, auch mit der Fachrichtung Pflege, findet in drei Phasen statt: In der ersten Phase studieren

1 Gesetz zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz – PflBRefG). Artikel 1. Gesetz über die Pflegeberufe (Pflegeberufegesetz – PflBG). Vom 17. Juli 2017. Bundesgesetzblatt Jahrgang 2017 Teil I Nr. 49, ausgegeben zu Bonn am 24. Juli 2017, 2581.

2 Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz – KrPflG) vom 16. Juli 2003 (Bundesgesetzesblatt Jahrgang 2003 Teil I Nr. 36, ausg. zu Bonn am 21. Juli 2003, 1442).

3 Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (Altenpflegegesetz – AltPflG). Vom 17. November 2000 (Bundesgesetzesblatt Jahrgang 2000 Teil I Nr. 50, ausg. zu Bonn am 24. November 2000, 1513).

angehende Lehrende an Universitäten, in der zweiten Phasen absolvieren sie den Vorbereitungsdienst an einer Ausbildungsschule und in den Studienseminaren. Die dritte Phase stellt die Fort- und Weiterbildung von Berufsschullehrenden dar (vgl. Frommberger & Lange 2018). Einen weiteren Unterschied beschreibt Darmann-Finck (vgl. Darmann-Finck 2015) mit Blick auf die Ordnungsmittel (Berufszulassungsgesetze), die „durch ihre Konzentration auf Qualifikationsziele utilitaristisch geprägt sind". Dies wird mit dem Fehlen von allgemeinbildenden Lehr-/Lerninhalten in den Curricula begründet. Diese Strukturen erschweren die Entwicklung von Berufsbildungsforschung in der Pflege sowie die Einbindung in vorhandene Forschungsaktivitäten der Disziplin Berufs- und Wirtschaftspädagogik. Als außeruniversitäre Forschungseinrichtung zur beruflichen Bildung führt das Bundesinstitut für Berufsbildung u. a. „Strukturforschung und Ausbildungsstatistik, Vorbereitung von Ausbildungsordnungen und Curriculumentwicklung sowie Modellversuchsforschung durch" (Darmann-Finck 2015, S. 4). Das Forschungsnetzwerk „Arbeitsgemeinschaft Berufsbildungsforschungsnetz (AG BFN)" hat zum Ziel, Forschung an Hochschulen, des Bundesinstituts für Berufsbildung, des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung sowie von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern an Landesinstituten für Berufliche Bildung und privaten wie öffentlichen Forschungsinstituten zu vernetzen. Bislang konzentrieren sich die Arbeiten der Berufsbildungsforschung in den Gesundheitsberufen auf Curriculumentwicklung und die Ausbildung (vgl. Darmann-Finck 2015, S. 5 ff.). Darmann-Finck beschreibt die Desiderata in diesem Feld u. a. in der Einführung einer systematischen Bildungsberichterstattung und der Etablierung von spezifischen Förderprogrammen (vgl. Darmann-Finck 2015, S. 11).

Seit der Bestandsaufnahme von Darmann-Finck hat sich die Berufsbildungsforschung in der Pflege weiterentwickelt (siehe Bohrer & Walter in diesem Band). Auch in der Berufs- und Wirtschaftspädagogik, ***der* Fachdisziplin für Berufsbildungsforschung**, erfährt die berufliche Fachrichtung Pflege zunehmend Aufmerksamkeit (vgl. Weyland 2020, S. 350 ff.).

Im Pflegeberufegesetz wurde diese Forderung aufgegriffen und die Durchführung von Pflege(bildungs)forschung festgelegt. Dem Bundesinstitut für Berufsbildung wurden zu diesem Zweck Aufgaben übertragen, die im folgenden Abschnitt beschrieben sind.

2 Aufgaben des Bundesinstituts für Berufsbildung im Bereich der Pflege(bildungs)forschung

Im Rahmen des Pflegeberufegesetzes sind dem Bundesinstitut für Berufsbildung in §§ 53 Abs. 5 Satz 1 und 54 Aufgaben übertragen worden. Weitere Aufgaben sind in § 90 Abs. 3a BBiG[4] geregelt. Zu den Aufgaben gehören die Betreuung der Geschäftsstelle der Fachkommission, Beratung und Information zur Pflegeausbildung sowie der Auf-

4 Berufsbildungsgesetz. Vom 4. Mai 2023. Bundesgesetzblatt Jahrgang 2023 Teil I Nr. 217, ausg. zu Bonn am 16. August 2023, 920.

bau unterstützender Angebote und Strukturen zur Organisation der Pflegeausbildung. Des Weiteren beinhalten sie Forschungstätigkeiten im Bereich der Pflegeausbildung und des Pflegeberufs. § 60 Abs. 4 der Pflegeberufe-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (PflAPrV[5]) konkretisiert, dass sich die Forschung sowohl auf die berufliche als auch auf die hochschulische Ausbildung beziehen soll. Diese Verordnung beschreibt als konkrete Teilaufgabe die systematische Langzeitbeobachtung der Pflegeausbildung durch ein Monitoringsystem, das BIBB-Pflegepanel.

Das Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) ist eine Ressortforschungseinrichtung des Bundes, die sich mit der Erforschung und Entwicklung von Berufsbildung und Ausbildung beschäftigt. Im Bereich der Pflege(bildungs)forschung hat das BIBB verschiedene Aufgaben:

1. Analyse der Qualifizierungsbedarfe im Bereich der beruflichen Pflege: Auf Basis von empirischen Studien werden Empfehlungen für die Aus- und Weiterbildung von beruflich Pflegenden erarbeitet.
2. Wissenschaftliche Begleitung von Ausbildungsstrukturen und -konzepten: In verschiedenen Forschungsprojekten werden Ausbildungsstrukturen und -konzepte dahingehend analysiert, ob sie aktuellen Anforderungen an den Pflegeberuf entsprechen.
3. Entwicklung von Konzepten für bestehende Herausforderungen: So werden bspw. im Bereich der interprofessionellen Lehre Curricula entwickelt und Lösungsansätze aufgezeigt, wie interkulturelle Kompetenzen angebahnt werden können.

3 Entstehung des Forschungsprogramms

Wie bereits im vorigen Abschnitt beschrieben, sind die Aufgaben, die dem BIBB im Bereich der Forschung zugewiesen wurden, im Pflegeberufegesetz und der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung geregelt. Das BIBB unterliegt hierbei der gemeinsamen Fach- und Rechtsaufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. In der Entstehungsphase des Forschungsprogramms, das in den Jahren 2019 und 2020 entwickelt wurde, fand eine Dokumentenanalyse statt, in der pflegewissenschaftliche und pflegepädagogische Dokumente, Publikationen, Gesetzestexte sowie Strategiepublikationen des BIBB systematisch analysiert wurden. Als Methode wurde der strukturentwickelnde Ansatz nach Averbeck & Hermsdorf (2014) genutzt. Die Methode wurde gewählt, da die Themenvielfalt, die Darmann-Finck allein für die Berufsbildungsforschung beschreibt (vgl. Darmann-Finck 2015, S. 6), auch für die disziplinübergreifende Analyse zu erwarten war. Eine stringente Suchstrategie konnte somit nicht erstellt werden. Über die Analyse sollten relevante Themen herausgearbeitet sowie die korrespondierenden Diskurse nachvollzogen werden. Dokumente sind natürliche Daten, die nicht zu For-

5 Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (Pflegeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung – PflAPrV) vom 2. Oktober 2018 (Bundesgesetzesblatt Jahrgang 2018 Teil I Nr. 34, ausg. zu Bonn am 10. Oktober 2018).

schungszwecken entstanden sind. Für die Analyse zur Entwicklung des Forschungsprogramms wurden offizielle Dokumente und Publikationen verschiedenster Art verwendet (vgl. Salheiser 2022). Analysiert wurden einschlägige Zeitschriften, der überwiegende Anteil davon peer-reviewed. Um aktuelle Entwicklungen nachvollziehen zu können, wurde die Analyse auf die Jahre 2016 bis 2019 begrenzt. Folgende Zeitschriften wurden in die Analyse einbezogen:

- Pflege und Padua (Hogrefe Verlag)
- Pädagogik der Gesundheitsberufe (hps media)
- Pflegewissenschaft (hps media)
- Pflege und Gesellschaft (Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft
- Nurse Education Today (Elsevier Verlag),
- Nurse Education in Practice (Elsevier Verlag)
- DAK Pflege-Report (DAK)
- Pflege-Report 2019 (AOK)

Darüber hinaus wurden in die Analyse Präsentationen aller Vortragenden auf den folgenden Kongressen des Jahres 2019 miteinbezogen:

- Zukunftskongress
- Demografiekongress
- Lernwelten
- Forschungswelten

Um ein möglichst vollständiges Bild aktueller Diskurse abzuleiten, wurden weiterhin nationale Journals aus den Bereichen Versorgungsforschung („Monitor Versorgungsforschung"), Arbeitswissenschaft („Zeitschrift für Arbeitswissenschaft") und Soziologie („Berliner Zeitschrift für Soziologie" und „Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie") gesichtet. Insgesamt umfasste die Analyse 311 Artikel, 31 Kongressbeiträge und 7 sonstige Dokumente. Die Berücksichtigung des berufs- und wirtschaftspädagogischen Diskurses zur Pflegebildung wurde über die eigenen Publikationen des BIBB wie z. B. des Strategiepapiers und die Einbeziehung der Zeitschrift für Berufs- und Wirtschaftspädagogik aufgegriffen und wird in der weiteren Ausgestaltung des Forschungsprogramms themenspezifisch durch die Auftragnehmer ausgeführt. Die Themen der Beiträge wurden mittels MAXQDA gesammelt und dann wurden Cluster gebildet.

Im Anschluss wurden die Ergebnisse mit politischen Veröffentlichungen, weiteren Forschungsprogrammen und -aufträgen des BMG und des BMFSFJ sowie Forschungsförderlinien des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) und des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) abgeglichen und Forschungsdesiderate herausgearbeitet (vgl. Bossema u. a. 2017; Peters u. a. 2021).

Zur Aktualisierung der Themenfelder wurde ein systematisches Review durchgeführt, um die international publizierten Diskurse zu identifizieren. Dabei konnten folgende identifiziert werden:



Abbildung 1: Themenfelder des aktuellen Diskurses der Pflegebildungsforschung bis zum Jahr 2022 (Quelle: Peters, Meng & Sorber 2022, o. S.)

Auf Basis dieser Arbeiten wurden die Themenfelder aktualisiert, sodass im Forschungsprogramm des Bundesinstituts für Berufsbildung folgende Themenbereiche beschrieben werden:

1. Bildungsarchitektur in der Pflege: Transparenz und Durchlässigkeit der Bildungswege verbessern
2. Neue Pflegeausbildungen etablieren
3. Nachhaltige Migration ermöglichen: Chancen und Herausforderungen
4. Den digitalen Wandel gestalten (vgl. Peters u. a. 2022).

Im Jahr 2021 wurden durch das BIBB insgesamt 15 Forschungsprojekte mit einem finanziellen Volumen von 14 Millionen Euro vergeben (vgl. Peters u. a. 2022).

Die Forschungsprojekte des Bundesinstituts für Berufsbildung bearbeiten Fragestellungen an der Schnittstelle zwischen Politik, Bildungs- und Versorgungspraxis.

Die Ergebnisse können als Impulse zur Weiterentwicklung von Bildungs- und Versorgungspraxis dienen, aber auch dazu, politische Entscheidungen zu unterstützen. Es werden also konkrete Fragestellungen in den Forschungsprojekten bearbeitet. Die Themengebiete, teilweise auch die Fragestellungen der ersten ausgeschrieben Forschungsprojekte, ergeben sich entweder aus den oben beschriebenen Forschungsdesideraten oder sind teilweise sehr konkret im Vereinbarungstext der Konzertierten Aktion Pflege beschrieben (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2019, S. 15 ff.), sie sind überwiegend aus der Arbeitsgruppe 1 zur Ausbildungsoffensive Pflege hervorgegangen. Diese sehr konkrete Aufgabenstellung erfordert eine detaillierte Weitergabe an die bearbeitenden Wissenschaftler:innen, um sicherzustellen, dass Fragestellungen und weitere Rahmenbedingungen beachtet werden. Dadurch kann, anders als bei der offen ausgeschriebenen Projektförderung, auf die Anforderungen aus den politischen

Prozessen möglichst passgenau wissenschaftlich fundiert geforscht und somit geantwortet werden. Dies gelingt allerdings nur, wenn die Erarbeitung der Leistungsbeschreibungen qualitativ hochwertig erfolgt, was durch Mitarbeiter:innen des BIBB sichergestellt werden muss. Es ist somit höchst relevant, eine starke fachliche Expertise ins Forschungsprogramm einzubringen bzw. die Kompetenz zu besitzen, sich schnell vertiefend in Sachverhalte einarbeiten zu können. Das BIBB als Ressortforschungseinrichtung des Bundes hat den Anforderungen guter wissenschaftlicher Praxis zu genügen. Dies wird regelmäßig durch den Wissenschaftsrat evaluiert. Über eine Vergabeforschung kann stärker als über eine Projektförderung sichergestellt werden, dass die Ergebnisse und Erkenntnisse für Gesetzgebungsinitiativen genutzt werden können. Konkret geschieht die Aufarbeitung der Erkenntnisse über einen engen Austausch zwischen BIBB, BMFSFJ und BMG sowie durch gemeinsame Berichte der Ausbildungsoffensive Pflege und einen Austausch mit den Partnern der Ausbildungsoffensive Pflege in regelmäßigen Telefon- und seit 2021 Videokonferenzen. Die Projekte werden daher im Rahmen des Vergaberechts beauftragt.

> „Die Vergabe eines öffentlichen Auftrages dient der Erfüllung eigener Aufgaben des öffentlichen Auftraggebers. Durch eine solche sekundäre Beschaffung von Leistungen soll die Erfüllung einer primären Aufgabe der jeweiligen Stelle gewährleistet werden. Dementsprechend ist für eine Vergabe stets der Bezug zu einer primären Verwaltungsaufgabe sowie ein daraus entstehendes unmittelbares wirtschaftliches Interesse des Auftraggebers zwingend erforderlich“ (Boss 2021).

Es wird dabei ein gegenseitiger Vertrag geschlossen, mit dem sich der Auftragnehmer zur Erbringung einer bestimmten Leistung und der Auftraggeber i. d. R. zur Zahlung eines Entgelts verpflichten. Findet kein Leistungsaustausch statt, handelt es sich um eine Zuwendung. Die Gewährung von Zuwendungen dient der Erfüllung von eigenen Aufgaben des Zuwendungsempfängers, an denen der Bund jedoch ein erhebliches Interesse hat. Die zentralen Unterschiede zwischen Vergabe und Zuwendung werden in der nachfolgenden Tabelle dargestellt.

Tabelle 1: Unterschied zwischen Auftrag und Zuwendung (Quelle: Eigene Darstellung nach Boss 2021, S. 24)

Öffentlicher Auftrag	**Zuwendung**
Gegenseitiger Vertrag	Begünstigender Verwaltungsakt
Zivilrecht	Öffentliches Recht
Beschaffung von Leistung gegen Entgelt → Gegenleistungspflicht	Geldleistung an Stellen zur Erfüllung öffentlicher Zwecke → kein unmittelbarer Leistungsaustausch
Primär: Erfüllung eigener Aufgaben des Auftraggebers	Primär: Erfüllung der Aufgaben des Zuwendungsempfängers
Marktübliche Kalkulation	Bildet kein Marktgeschehen ab

4 Forschungsprojekte zur beruflichen Bildung im Lebenslauf

Bereits die Berufsorientierung und der Einstieg in die Pflege(aus)bildung stellen einen Beitrag zur Fachkräftesicherung dar. So nimmt das Projekt „Transitionen in die Pflege – individuelle und regionale Ressourcen stärken (TiP-regio)“ den Übergang von schulischer zu beruflicher Bildung in den Blick. Untersucht werden dabei der aktuelle Stand berufsorientierender Maßnahmen und des Übergangsmanagements sowie Angebote und Herausforderungen in Bezug auf emotionale Belastungen und die Notwendigkeit einer Sprachförderung zum Zeitpunkt des Ausbildungsbeginns. Entwickelt werden berufspädagogische Konzepte für Berufsorientierungspraktika sowie für einen gelingenden Ausbildungseinstieg (vgl. BIBB 2023a; siehe auch Willaredt u. a. und Dorn u. a. in diesem Band).

Erste Ergebnisse aus Forschungsprojekten zur aktuellen Ausbildungsreform liegen bspw. aus dem Projekt zur „Begleitforschung des Veränderungsprozesses zur Einführung der neuen Pflegeausbildung“, das von 2021 bis 2024 läuft, vor. In diesem Projekt werden sechs qualitative Schwerpunktbefragungen zur Perspektive aller der Ausbildung beteiligten Akteurs- und Institutionsgruppen zu folgenden Themen durchgeführt:

- „Organisatorische und inhaltliche Lernortkooperation“
- „Ausbildungsverbund“
- „Praxisanleitung (berufliche und hochschulische Ausbildung)“
- „Wahlrecht Berufsabschlüsse“
- „Praxisbegleitung (berufliche und hochschulische Ausbildung)“
- „Prüfungen“ (Peters u. a. 2022)

Im überwiegenden Anteil der generalistischen Pflegeausbildung sind Lernortkooperationen eingebunden. Diese werden häufig durch Ausbildungsverbünde realisiert, die neu aufgebaut und verstetigt werden müssen. Hierfür sind neben den inhaltlichen auch organisatorische Entwicklungsprozesse zu leisten, die sich neben der Kommunikation auch auf die Qualitätssicherung erstrecken.

Praxisanleitende haben eine zentrale und anspruchsvoller werdende Rolle in der Verknüpfung der theoretischen und praktischen Inhalte der Ausbildung (vgl. Tsarouha u. a. 2023). Die gesetzlich geforderte strukturierte und qualifizierte Praxisanleitung von 10 Prozent zu realisieren, ist für viele Beteiligte eine große Herausforderung.

Im Projekt „Begleitforschung des Veränderungsprozesses zur Einführung der neuen Pflegeausbildung“ wird zudem bei den Auszubildenden erhoben, welche Abschlüsse sie anstreben. Wenn Sie einen gesonderten Abschluss in Gesundheits- und Kinderkrankenpflege oder Altenpflege anstreben, so erfordert dies die Wahl eines entsprechenden Vertiefungseinsatzes (vgl. Reiber u. a. i. E.). Die Wahl der Abschlüsse wird auch über die Statistik im Rahmen der Ausbildungs- und Finanzierungsverordnung erhoben. Das Forschungskonsortium erhebt auch Gründe für die Entscheidung für einen bestimmten Ausbildungsabschluss. Im Jahr 2025 wird der Bedarf der geson-

derten Abschlüsse überprüft werden (vgl. von Schwanenflügel & Fiedler 2020). Auch für diese Überprüfung können die Ergebnisse aus dem Projekt herangezogen werden.

Mit Blick auf die Bildungslandschaft in der Pflege stellt die berufliche Ausbildung zur/zum Pflegefachfrau/-mann die zentrale Säule dar. Im Pflegeberufegesetz ist derzeit der Stundenumfang der berufspädagogischen Zusatzqualifikation der Praxisanleitenden bundeseinheitlich auf 300 Stunden festgelegt. Auch jährliche Fortbildungen im Umfang von 24 Stunden sind im Pflegeberufegesetz geregelt. Die Neuausrichtung der Ausbildung auf ein generalistisches Ausbildungsprofil, das für die berufliche Pflege über die ganze Lebensspanne qualifiziert, zieht auch den Bedarf der Anpassungen der Fort- und Weiterbildungen nach sich. Noch ist unklar, wie die Absolvierenden der primärqualifizierenden Studiengänge in die Fort- und Weiterbildungslandschaft integriert werden. In einem Projekt zu Fragen der Durchlässigkeit des Bildungssystems in der Pflege werden Vorschläge zur Gestaltung der Fort- und Weiterbildungslandschaft erarbeitet (vgl. BIBB 2023b; siehe auch Braun, Dorn & Reiber in diesem Band). In diesem Projekt fließen bereits die Erkenntnisse der Projekte zur Weiterbildung von Führungspersonen in der Pflege (vgl. BIBB 2023d) als auch von Qualifizierungsanforderungen in der Pflege (vgl. BIBB 2023c) ein. Intendiert ist dabei „eine Gegenüberstellung [von] theoretisch möglichen und tatsächlich praktizierten Übergängen zwischen Bildungsoptionen in der Pflege. Auf diese Weise sollen mögliche Verbesserungspotenziale und Handlungsbedarfe in Bezug auf die Durchlässigkeit des Aus-, Fort- und Weiterbildungssystems in der Pflege aufgezeigt werden“ (BIBB 2023b).

Ziel des Forschungsprogramms ist es auch, Bildung und Versorgung näher zusammenzubringen, was Bartholomyczik auch 2017 noch als Desiderat für Wissenschaft und Praxis in der Pflege beschreibt. Patientinnen und Patienten sollen sowohl von der Arbeit generalistisch ausgebildeter Pflegefachpersonen als auch von aufbauenden Fachweiterbildungen und primärqualifizierenden Studiengängen profitieren. Wichtig ist, dass dadurch auch Fachkarrieren entstehen, die entsprechend zu einer höheren Bezahlung führen und eine berufliche Entwicklungsperspektive beschreiben.

Die Weiterentwicklung des Forschungsprogramms bietet bspw. die Chance der Verzahnung von Versorgungs- und Bildungsperspektiven und somit die Aussicht auf eine Verbesserung der Qualität der Pflege. Insbesondere fallen darunter Fragen zur Organisation des Gesundheits- und Pflegewesens und einer Neuverteilung von Kompetenzen, damit beruflich Pflegende ihre in Ausbildung, beruflicher Weiterbildung und Studium erworbenen Kompetenzen auch in der Versorgung in den verschiedenen Settings wirksam einsetzen können. Eine adäquate Abbildung im Leistungsrecht ist notwendig, damit (hoch)komplexe Pflegeprozesse auch flächendeckend von den erweiterten Qualifikationen profitieren. Für die weitere Entwicklung des Forschungsprogramms können spezifische Fragestellungen der Berufsbildungsforschung im Feld der beruflichen Sozialisation, Kompetenzmodelle und Kompetenzmessung sowie empirischen Arbeiten zur Curriculumentwicklung über Projekte vorangebracht werden, die von vielfältigen Forschungskonsortien profitieren.

Die Verzahnung von Bildung und Versorgung trägt auch der Forderung der Bundespflegekammer Rechnung, dass die Aufgaben in der Gesundheitsversorgung ange-

sichts der gesellschaftlichen Entwicklungen und der Versorgungslücken, die durch die Coronapandemie noch offensichtlicher wurden, neu verteilt werden müssen. In Einrichtungen der Langzeitpflege z. B. könnte die medizinische Versorgung durch den Einsatz von besonders dafür spezialisierten Pflegefachpersonen und perspektivisch solchen mit einem Masterabschluss („Advanced Nursing Practice") verbessert werden. Diese können durch eine kontinuierliche Betreuung, Früherkennung und medizinisch-pflegerische Versorgung akuter gesundheitlicher Risiken dazu beitragen, für die Pflegebedürftigen sehr belastende und kostenintensive Krankenhausaufenthalte zu vermeiden (vgl. Bundespflegekammer 2021).

5 Ausblick

Bereits jetzt zeigt sich, dass die Forderung Dichters (vgl. Abele u. a. 2013; Dichter 2017, S. 306) zumindest teilweise umgesetzt wird. Es wird ein Forschungsprogramm etabliert, das nachhaltig Daten und Erkenntnisse für den Pflegeberuf sowohl für politische Entscheidungen als auch für die Bildungs- und Versorgungspraxis bereitstellen kann. Die Nutzung der Erkenntnisse der einzelnen Projekte im politischen Prozess zeigt sich u. a. beim zweiten Bericht der Ausbildungsoffensive Pflege, in dem erste Befunde zur Umsetzung beschrieben werden (vgl. Deutscher Bundestag 2023). Auch in ihrer Antwort auf eine Anfrage der CDU/CSU zur Weiterführung der Konzertierten Aktion Pflege (vgl. Deutscher Bundestag 2022a) bezieht sich die Bundesregierung auf ein weiteres konkretes Projekt des oben genannten Forschungsprogramms, das seitens des BIBB im Forschungsprogramm umgesetzt wird (vgl. Deutscher Bundestag 2022b).

Zukünftig könnte auch geprüft werden, wie durch den Einsatz partizipativer Methoden ein stärkerer Einbezug des (internationalen) Feldes bei der Generierung von Forschungsfragen erzielt werden könnte.

Das Bundesinstitut für Berufsbildung hält eine Datenbank, ein sogenanntes Forschungsdatenzentrum für quantitative Daten bereit, das Dichter (2017, S. 304) ebenfalls fordert.

Darüber hinaus führt das BIBB ein Monitoring zur beruflichen und hochschulischen Pflegeausbildung durch. Auch hierbei zeigt sich die hohe politische Relevanz: So wurde nachgewiesen, dass die kontinuierliche Finanzierung des Pflegestudiums die Auslastung verbessert. Dies wird nun im Rahmen des Pflegestudiumstärkungsgesetzes umgesetzt. Diese Langzeitbeobachtung, dass sogenante BIBB-Pflegepanel, wird parallel zum „Forschungsprogramm zur Pflegebildung und zum Pflegeberuf" als Daueraufgabe für das Bundesinstitut für Berufsbildung vorgesehen.

Literatur

Abele, C., Penprase, B. & Ternes, R. (2013). A closer look at academic probation and attrition: what courses are predictive of nursing student success? *Nurse education today*, 33(3), S. 258–261. https://10.1016/j.nedt.2011.11.017

Averbeck, I. & Hermsdorf, M. S. (2014). Dokumentenanalyse. Digitale Medien in der beruflichen Bildung – Nutzung durch Ausbilderinnen und Ausbilder. Bonn: BIBB.

Bartholomeyczik, S. (2017). Zur Entwicklung der Pflegewissenschaft in Deutschland. Eine schwere Geburt. *Pflege & Gesellschaft*, 22(2), S. 101–118. https://doi.10.3262/P&G1702101.

Bensch, S. (2020). Lehrer- und Anleiterqualifizierung in der Pflege. Herausforderungen und Chancen mit dem Pflegeberufegesetz. *BWP*, 49, S. 17–21.

BIBB (2023a). *Transitionen in die Pflege – individuelle und regionale Ressourcen stärken (TiP-regio)*. Verfügbar unter https://www.bibb.de/de/152082.php (Zugriff am: 07.12.2023).

BIBB (2023b). *career@care – Durchlässigkeit und Bildungspfade in der Pflege*. Verfügbar unter https://www.bibb.de/de/152094.php (Zugriff am: 07.12.2023).

BIBB (2023c). *Qualifizierungsanforderungen von Weiterbildungen – QUAWE*. Verfügbar unter https://www.bibb.de/de/137954.php (Zugriff am: 07.12.2023).

BIBB (2023d). *Weiterbildung von Führungspersonen in der Pflege*. Verfügbar unter https://www.bibb.de/de/136207.php (Zugriff am: 07.12.2023).

Bodenbender, W. (1998). Etablierung der Pflegewissenschaft in NRW: der gesundheits- und sozialpolitische Stellenwert des Instituts für das Land. In D. Schaeffer & P. Wolters (Hg.), *Die Bedeutung der Pflegewissenschaft für die Professionalisierung der Pflege*. Dokumentation und Bericht einer Fachtagung vom 12. März 1996 in Bielefeld. Bielefeld: Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld.

Boss, R. (2021). *Rechtliche Rahmenbedingungen der Forschungsförderung im Bereich der Pflege in Deutschland*. Diplomarbeit an der Hochschule des Bundes für öffentliche Verwaltung Fachbereich Allgemeine Innere Verwaltung.

Bossema, E. R., Meijs, T. & Peters, J. W. B. (2017). Early predictors of study success in a Dutch advanced nurse practitioner education program: A retrospective cohort study. *Nurse education today*, 57, S. 68–73. https://doi.10.1016/j.nedt.2017.07.005.

Bundesministerium für Gesundheit (2019). Konzertierte Aktion Pflege. Vereinbarungen der Arbeitsgruppen 1–5. Verfügbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Broschueren/191129_KAP_Gesamttext__Stand_11.2019_3._Auflage.pdf (Zugriff am: 07.12.2023).

Bundespflegekammer (2021). *Forderungen anlässlich der Koalitionsverhandlungen 2021*. Verfügbar unter https://bundespflegekammer.de/files/Stellungnahmen/Forderungen%20f%C3%BCr%20die%20Koalitionsverhandlungen_Brosch%C3%BCre.pdf (Zugriff am: 07.12.2023).

Darmann-Finck, I. (2015). Berufsbildungsforschung in den Gesundheitsberufen – Auf dem Weg zu einer Agenda. *bwp@ Spezial 10. Berufsbildungsforschung im Gesundheitsbereich*. Verfügbar unter https://www.bwpat.de/spezial10/darmann-finck_gesundheitsbereich-2015.pdf (Zugriff am: 07.12.2023).

Deutscher Bundestag (2022a). *Drucksache 20/3417. Weiterführung der Konzertierten Aktion Pflege*. Verfügbar unter https://dserver.bundestag.de/btd/20/034/2003417.pdf (Zugriff am: 07.12.2023).

Deutscher Bundestag (2022b). *Drucksache 20/3806. Antwort der Bundesregierung auf Drucksache 20/3417*. Verfügbar unter https://dserver.bundestag.de/btd/20/038/2003806.pdf (Zugriff am: 07.12.2023).

Deutscher Bundestag (2023). *Stenographischer Bericht. 84. Sitzung*. Verfügbar unter https://dserver.bundestag.de/btp/20/20084.pdf (Zugriff am: 07.12.2023).

Dichter, M. N. (2017). Entwicklung der Pflegewissenschaft durch die Etablierung von langfristig angelegten Förderprogrammen für Pflegeforschung sicherstellen. *Pflege*, 30(5), S. 303–306.

Frommberger, D. & Lange, S. (2018). *Zur Ausbildung von Lehrkräften für berufsbildende Schulen. Befunde und Entwicklungsperspektiven*. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung (Forschungsförderung Working Paper, Nr. 60).

Görres, S. & Friesacher, H. (1998). Pflegewissenschaft in Deutschland – Gegenwärtiger Stand und Entwicklungsperspektiven. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 31(3), S. 157–169. https://doi.10.1007/s003910050031.

Herzberg, H. & Walter, A. (2020). Zur Professionalität von Lehrenden in den Gesundheitsfachberufen. In I. Darmann-Finck & K.-H. Sahmel (Hg.), *Pädagogik im Gesundheitswesen*, S. 1–17. Berlin & Heidelberg: Springer.

Peters, M., Falkenstern, M., Meng, M., Scheele, M. & Dorin, L. (2021). *Forschungsprogramm zur Pflegebildung und zum Pflegeberuf*. Für den Zeitraum 06/2020–12/2021. Hg. v. Bundesinstitut für Berufsbildung. Verfügbar unter https://www.bibb.de/dienst/publikationen/de/17781 (Zugriff am: 19.05.2023).

Peters, M., Falkenstern, M., Meng, M., Scheele, M. & Dorin, L. (2022). *Forschungsprogramm zur Pflegebildung und zum Pflegeberuf*. Für den Zeitraum von 01/2022 bis 12/2022. Bonn. Verfügbar unter https://www.bibb.de/dienst/publikationen/de/17913 (Zugriff am: 12.03.2023).

Reiber, K., Winter, M. H.-J. & Mosbacher-Strumpf, S. (Hg.) (2015). *Berufseinstieg in die Pflegepädagogik. Eine empirische Analyse von beruflichem Verbleib und Anforderungen*. Lage: Jacobs.

Salheiser, A. (2022). Natürliche Daten: Dokumente. In N. Baur & J. Blasius (Hg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*, S. 813–827. Wiesbaden: Springer VS.

Schaeffer, D., Hurrelmann, K. & Moers, M. (2010). *Public Health und Pflegewissenschaft – zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen: eine Zwischenbilanz nach 15 Jahren. DEU, Berlin (2010–301)*. Verfügbar unter http://bibliothek.wzb.eu/pdf/2010/i10-301.pdf (Zugriff am: 07.12.2023).

Schwanenflügel, M. v. & Fiedler, A. (2020). Ausbildung modernisieren – Angehörige unterstützen. *Heilberufe*, 72(7), S. 49–51. https://doi.10.1007/s00058-020-1547-1.

Seeber, S., Wieck, M., Baethge-Kinsky, V., Boschke, V., Michaelis, C. Busse, R. & Geiser, P. (2019). *Ländermonitor berufliche Bildung 2019*. Ein Vergleich der Bundesländer mit vertiefender Analyse zu Passungsproblemen im dualen System. Erscheinungsort nicht ermittelbar: wbv Media. Verfügbar unter https://directory.doabooks.org/handle/20.500.12854/64578 (Zugriff am: 07.12.2023).

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1 Themenfelder des aktuellen Diskurses der Pflegebildungsforschung bis zum Jahr 2022 67

Tabellenverzeichnis

Tab. 1 Unterschied zwischen Auftrag und Zuwendung 68

Autorinnen



Dr. **Lena Dorin** ist seit 2020 Leiterin des Arbeitsbereichs „Pflegeberufe, Geschäftsstelle der Fachkommission nach dem Pflegeberufegesetz" im Bundesinstitut für Berufsbildung. Nach Abschluss ihres Masterstudiums „Public Health" 2008 in Bielefeld war sie zunächst als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Aufbau des Lehrstuhls für Versorgungsforschung an der School of Public Health beteiligt. Nach langjähriger Tätigkeit als Projektleiterin bei der Bertelsmann Stiftung in Gütersloh promovierte sie 2015 an der Universität Witten/Herdecke zum Thema „Versorgungsvorstellungen und Nutzungsverhalten von Schwerpflegebedürftigen und ihren Familien bei der Gestaltung ambulanter Pflegearrangements". Von 2015 bis 2020 war sie Referentin für Gesundheits- und Pflegepolitik bei der BAGSO (Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen).



Prof. Dr. **Miriam Peters** ist seit 2022 als Professorin für klinische Pflege an der Frankfurt University of Applied Sciences tätig. Ihre Arbeitsschwerpunkte liegen im Bereich der Entwicklung von Aufgabenprofilen für akademisch qualifiziert Pflegende und sind des Weiteren die Fallarbeit in der Pflege, Neue Technologien in Bildungs- und Versorgungspraxis sowie Methodenbasierte Theorieentwicklung in der Pflege. Zuvor hat sie am Bundesinstitut für Berufsbildung das Forschungsprogramm zur Pflegebildung und zum Pflegeberuf (vgl. § 60 Abs. 4 PflAPrV) geleitet. Nach einem Studium zur Diplom-Kauffrau schloss sie eine Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegenden ab und war einige Jahre in verschiedenen Versorgungsbereichen der Intensivpflege tätig. Das Master- und Promotionsstudium im Bereich Pflegewissenschaft hat sie an der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar absolviert. 2021 schloss sie ihre Promotion (Dr. rer. cur.) zum Thema „Digitale Bildung in der Altenpflege" ab.



Bettina Klein ist Mitarbeiterin im Arbeitsbereich „Pflegeberufe, Geschäftsstelle der Fachkommission nach dem Pflegeberufegesetz“ im Bundesinstitut für Berufsbildung. Nach ihrer Ausbildung und Tätigkeit als Krankenschwester arbeitete sie als Medizinische Dokumentarin an der Medizinischen Hochschule Hannover und am Universitätsklinikum Tübingen. Ihr Psychologiestudium schloss sie mit dem Bachelor of Science (B. Sc.) an der Fernuniversität Hagen ab.

Wege in die Pflegeausbildung

Pflege, das ist doch … – Was Schülerinnen und Schüler mit Pflegeberufen verbinden

Margit Ebbinghaus, Regina Dionisius

Abstract

In der Pflege besteht großer Personalbedarf. Ob dieser perspektivisch gesichert werden kann, hängt auch davon ab, was Jugendliche mit Pflegeberufen verbinden. Die Auswertung von spontanen Assoziationen, die Schüler:innen ab der 9. Klassenstufe zu Pflegeberufen haben, zeigt ein breites Spektrum an Vorstellungen auf. Diese sind jedoch öfter negativ als positiv akzentuiert und zudem vielfach klischeebehaftet. Das verweist auf die Notwendigkeit weiterer Anstrengungen, Vorurteile gegenüber der Pflege abzubauen.

Schlagworte: Pflegeberufe, Assoziationen, Schülerbefragung

There is a great need for personnel in nursing. Whether this can be secured in the future also depends on what young people associate with nursing professions. The evaluation of spontaneous associations that students from the ninth grade onwards have with nursing professions reveals a broad spectrum of ideas. However, these are more often accentuated negatively than positively and are also often clichéd. This points to the need for further efforts to reduce prejudices against nursing.

Keywords: Nursing professions, associations, students survey

1 Einleitung

Pflegeberufe nehmen unter den Berufen mit Fachkräfteengpass einen der vorderen Plätze ein (vgl. Bundesagentur für Arbeit 2020; 2021; 2022). Denn auch wenn die Pflegeberufe zu den am stärksten besetzten Ausbildungsberufen in Deutschland gehören (vgl. AG Statistik zur Ausbildungssituation in der Pflege 2022) und die Zahl der in ihnen neu abgeschlossenen Ausbildungsverträge über Jahre hinweg gestiegen ist (vgl. Statistisches Bundesamt 2018; 2021), reichen die Auszubildendenzahlen nicht aus, um den bestehenden und erwarteten Bedarf an Pflegefachkräften zu decken (vgl. Maier u. a. 2018; Blum u. a. 2019; Rothgang & Müller 2021). Insofern sind Anstrengungen geboten, die Ausbildungszahlen in der Pflege weiter anzuheben (vgl. Blum u. a. 2019; Rothgang & Müller 2021).

Solche Anstrengungen werden derzeit insbesondere im Rahmen der „Ausbildungsoffensive Pflege“ (2019–2023) unternommen, die die Einführung der sogenann-

ten generalistischen Pflegeausbildung unterstützt. Diese ersetzt seit 2020 die Ausbildung in den drei Berufen Altenpflege, Gesundheits- und Kranken- sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflege.[1] So sollen etwa die Kampagnen „Mach Karriere als Mensch“ (vgl. BMFSFJ 2019) und „Pflege kann was“ (vgl. BMFSFJ 2022a) Pflegeberufe mit positiven Assoziationen besetzen, um darüber „so viele Menschen wie möglich von der Ausbildung in der Pflege zu überzeugen“ (BMFSFJ 2022b, S. 1).

Das wirft die Frage auf, welche Assoziationen Pflegeberufe derzeit tatsächlich bei jungen Menschen hervorrufen. Diese Frage ist insofern von Bedeutung, als Assoziationen oftmals darüber entscheiden, ob ein Beruf im Rahmen der Berufsorientierung in die engere Wahl gezogen wird oder nicht (vgl. Ulrich, Krewerth & Eberhard 2006). Der Beitrag geht dieser Frage auf Basis einer im Spätsommer bis Herbst 2021 durchgeführten Befragung von Schülerinnen und Schülern nach. An welche theoretischen und empirischen Bezugspunkte dabei angeknüpft und wie methodisch vorgegangen wurde, wird nachfolgend beschrieben.

2 Theoretische und empirische Anknüpfungen

Assoziationen lassen sich als gedankliche Verknüpfung eines Bewusstseinsinhaltes (Vorstellung, Begriff, Gedanke u. ä.) mit anderen Bewusstseinsinhalten verstehen. Sie bilden sich in der Regel unbewusst durch Gewohnheiten, Erfahrungen und Erlebnisse heraus und werden so im Gedächtnis verankert, dass das Auftreten eines Inhaltes unmittelbar die mit ihm assoziierten anderen Inhalte ins Bewusstsein ruft (vgl. Brünken, Münzer & Spinath 2019). Assoziationen lassen sich damit auch als netzwerkartige kognitive Strukturen begreifen (vgl. ebd.).

Im Rahmen der Berufsorientierung und -wahl reichen jungen Menschen vielfach allein die von einer Berufsbezeichnung geweckten Assoziationen, um über die Passung eines Berufes zum beruflichen Selbstkonzept (vgl. Holland 1966; Gottfredson 2005) wie auch darüber zu entscheiden, ob er im beruflichen Aspirationsfeld verbleibt oder nicht (vgl. Tschöpe & Witzki 2004; Ulrich u. a. 2006). Die Übereinstimmung der Assoziationen mit den tatsächlichen Gegebenheiten ist dabei weitgehend unerheblich (ebd.).

Empirisch wurden die mit Berufen verknüpften Assoziationen wiederholt mit semantischen Differenzialen erhoben. Hierbei wird mittels bipolarer Eigenschaftspaare erfragt, ob ein Beruf eher positive oder negative Vorstellungen weckt. Andere Studien ermittelten, inwieweit vorgegebene Merkmale den Vorstellungen Jugendlicher von einem Beruf entsprechen. Mehrfach zeigte sich, dass junge Männer und junge Frauen „mit demselben Beruf weitgehend unterschiedliche Berufswirklichkeiten“ (Ulrich u. a. 2006, S. 11) und Eigenschaften ihrer Inhaber:innen verbinden (vgl. Bergerhoff u. a. 2017; Ulrich 2006; Tomasik & Heckhausen 2006). Die schulische Vorbildung geht

1 Streng genommen gibt es damit nur noch einen Pflegefachberuf. Da jedoch weiterhin die Spezialisierung auf die Pflege alter Menschen oder Kinder mit entsprechender Abschlussbezeichnung möglich ist, kann auch weiterhin von Pflegeberufen gesprochen werden.

ebenfalls mit Unterschieden in den berufsbezogenen Assoziationen einher (vgl. Schnitzler u. a. 2015; Ulrich, Flemming & Granath 2011).

Mit dem Geschlecht und der schulischen Vorbildung variierende Assoziationen konnten auch in Bezug auf Pflegeberufe nachgewiesen werden. So bringen junge Frauen Pflegekräfte häufiger als junge Männer mit sozial-kommunikativen, anspruchs- und verantwortungsvollen sowie abwechslungsreichen Tätigkeiten in Verbindung (vgl. Ulrich u. a. 2006; Bomball u. a. 2010; Borgstedt u. a. 2020). Zudem assoziieren weibliche Jugendliche Pflegekräfte eher mit prestigeträchtigen Attributen wie Intelligenz und Bildung (vgl. Ebbinghaus 2022). Das ist auch bei Hauptschülerinnen und -schülern im Vergleich zu Jugendlichen anderer Schulformen der Fall (vgl. Bomball u. a. 2010; Matthes 2019; Borgstedt u. a. 2020; Ebbinghaus 2022). Gymnasialschüler:innen verknüpfen Pflegeberufe hingegen eher mit belastenden und unangenehmen Arbeitsbedingungen und -inhalten (vgl. Bomball u. a. 2010; Matthes 2019). Nicht zuletzt sind Pflegeberufe bei Jugendlichen mit einer Affinität gegenüber diesem Berufsfeld, aber auch bei Jugendlichen mit Migrationshintergrund, positiver besetzt als bei Jugendlichen der jeweiligen Vergleichsgruppe (vgl. El-Cherkeh & Fischer 2010; Bomball u. a. 2010; Borgstedt u. a. 2020).

Die Studien geben bereits wichtige Hinweise auf die assoziative Besetzung der Pflegeberufe bei Jugendlichen, haben Assoziationen jedoch nur indirekt erfasst, indem vorgegebene Assoziationen bewertet werden sollten. Offen bleibt, inwieweit Pflegeberufe die erfassten Assoziationen auch ohne die Vorgaben hervorrufen würden. Partiell in diese Richtung arbeitende Studien sprechen dafür, dass Pflegeberufe bei Jugendlichen eher mit negativen als mit positiven Aspekten verbunden sind und die negativen Assoziationen zugleich vielfältiger und spezifischer formuliert werden können als die positiven, die sich „weitgehend auf den Ausdruck eines generellen Altruismus reduzieren“ (i. S. v. Menschen helfen; Anm. d. A.) (El-Cherkeh & Fischer 2010, S. 37). Zudem finden sich in solchen Arbeiten Hinweise darauf, dass altruistische Assoziationen vor allem bei jungen Menschen mit Interesse am Berufsfeld vorliegen (vgl. Borgstedt u. a. 2020).

Diese Arbeiten haben Assoziationen zu Pflegeberufen zwar offen erfragt, durch vorangehende geschlossene Fragen zur Pflege erfolgte jedoch ein gewisses Priming. Ergänzend hierzu untersucht der vorliegende Beitrag, welche Assoziationen Pflegeberufe bei Jugendlichen hervorrufen, wenn die Assoziationen direkt *und* unvermittelt erhoben werden. Ziel ist es, darüber den Vorstellungen, die Jugendliche in der Berufsorientierungsphase über Pflegeberufe haben, noch weiter auf die Spur zu kommen.

3 Methodisches Vorgehen

3.1 Datenerhebung und Datenbasis

Welche Assoziationen Pflegeberufe[2] bei Jugendlichen direkt und unvermittelt hervorrufen, wird anhand von Daten aus einer zwischen August und Dezember 2021 durchgeführten Befragung zum Thema Berufsorientierung und dem Stellenwert, den Pflegeberufe dabei einnehmen, untersucht. Befragt wurden Schüler:innen ab der neunten Klassenstufe aus insgesamt 66 allgemeinbildenden Schulen (Haupt-, Real-, Gesamtschulen, Gymnasien) in Nordrhein-Westfalen (NRW). Auch wenn sich die einbezogenen Schulen relativ gleichmäßig auf die fünf Regierungsbezirke NRWs verteilen, handelt es sich um keine repräsentative Befragung, da Real- und Gesamtschulen verstärkt berücksichtigt wurden. Das erfolgte, weil Jugendliche mit mittlerem Schulabschluss die Hauptklientel der Pflegefachausbildung und deren Sichtweisen auf Pflegeberufe somit von besonderem Interesse sind. Allerdings wurde bei der Stichprobenziehung neben der Verteilung auf die Regierungsbezirke auch auf eine Streuung über größere und kleinere Städte geachtet. Zudem wurde die Anzahl der Schulen, die je Stadt, und die Anzahl der Schüler:innen, die je Schule in die Befragung einbezogen wurden, auf zwei Schulen und zwei Klassen bzw. 60 Schüler:innen begrenzt. Insofern kann davon ausgegangen werden, dass die Befragung trotz ihres grundlegend eher explorativen Charakters durchaus belastbare Trendaussagen ermöglicht.

Trotz der während der Feldphase coronabedingt bestehenden Kontaktbeschränkungen ließ sich die Befragung an allen Schulen in Präsenz realisieren. Der eingesetzte, weitgehend standardisierte Fragebogen war zur Erhöhung der Teilnahmebereitschaft für mobile Endgeräte (Smartphone oder Tablet) optimiert. Selbstverständlich war die Teilnahme an der Befragung auch nach Zustimmung der Schule, diese durchführen zu können, für die Schüler:innen freiwillig. Nur wenige Jugendliche lehnten die Teilnahme offen ab. Etwas häufiger äußerte sich die fehlende Motivation in auffälligen Antwortmustern, frühen Abbrüchen oder extrem kurzen Bearbeitungszeiten. Nach Ausschluss dieser Fälle resultierte eine Nettofallzahl von 3.101 befragten Schülerinnen und Schülern.

Von diesen Schülerinnen und Schülern werden nachfolgend spontane Assoziationen zu Pflegeberufen ausgewertet. Sie wurden zu Beginn des Befragungsteils zu Pflegeberufen erhoben, indem die Schüler:innen unmittelbar nach dem Hinweis, dass es nachfolgend um Pflegeberufe ginge, gebeten wurden, die ersten drei Stichworte aufzuschreiben, die ihnen zu Pflegeberufen einfielen.

Um Hinweise darauf zu gewinnen, inwieweit auch die offen, direkt und weitgehend ohne vorheriges Priming erhobenen Assoziationen zu Pflegeberufen zwischen Jugendlichen variieren, werden zudem das Geschlecht, die besuchte Schulform und Klassenstufe sowie die (Ab-)Neigung, eine Pflegeausbildung aufzunehmen, berücksichtigt.

2 In der Befragung wurde der Begriff Pflegeberufe nicht weiter konkretisiert, um die Assoziationen möglichst voraussetzungsfrei zu erfassen. Ein über die Pflegefachkraft hinausgehendes Verständnis von Pflegeberufen ist damit möglich. Insofern ist der Begriff Pflegeberufe im Weiteren eher als Sammelbegriff für (das Verständnis der Befragten über) eine Domäne denn als Bezeichnung für einen konkreten Beruf zu verstehen.

3.2 Datenanalyse

Knapp sechs Prozent der Schüler:innen ließen die Frage nach ihren ersten Gedanken zu Pflegeberufen unbeantwortet. Alle anderen notierten mindestens eine Assoziation, überwiegend sogar drei Assoziationen. Während sich ein Teil der Schüler:innen darauf beschränkte, einzelne Stichworte zu notieren, formulierten andere (un-)vollständige Sätze aus.

Zur Auswertung wurden zunächst induktiv fünf allgemeine thematische Oberkategorien für die Codierung gebildet:

- Berufsfeld, Berufe und Berufsinhabende,
- Arbeitstätigkeiten und -aufgaben,
- Rahmen- und Arbeitsbedingungen,
- Voraussetzungen und Anforderungen sowie
- gesellschaftliche Einordnung und persönliche Wertung.

Diese wurden anschließend inhaltsanalytisch weiter ausdifferenziert (vgl. Waldherr u. a. 2019). Auf dieser Grundlage wurde für jeden Fall für jede (Unter-)Kategorie codiert, ob von der Schülerin oder dem Schüler eine in die jeweilige Kategorie fallende Assoziation notiert wurde. Neben qualitativen Betrachtungen sind damit auch quantitative Auswertungen möglich.

Insgesamt ließen sich mit den gebildeten Kategorien über 7.000 Assoziationen codieren. Manche Assoziationen wurden zwei Kategorien zugeordnet, da fehlende Kontextinformationen gerade bei Einzelstichworten nicht immer eine eindeutige Zuordnung ermöglichten. Kategorienbildung und Codierung erfolgten durchweg manuell. Um die Codierung abzusichern, arbeiteten zwei Forscherinnen zunächst unabhängig voneinander. Anschließend wurde gemeinsam ein Codierleitfaden für die Zuordnung der Assoziationen zu Kategorien entwickelt, welcher im Folgenden für die Zuordnung aller Assoziationen genutzt wurde.

3.3 Zusammensetzung der Untersuchungsgruppe

Die Untersuchungsgruppe setzt sich zu 46 Prozent aus Schülern und zu 50 Prozent aus Schülerinnen zusammen. Die verbleibenden vier Prozent gaben ihr Geschlecht als divers an (1 %) oder wollten sich keinem Geschlecht zuordnen (3 %).[3] Ein Drittel der Befragten besuchte eine Realschule, etwas mehr (37 %) eine Gesamtschule. Eine Hauptschule oder ein Gymnasium besuchten jeweils ein Siebtel der Jugendlichen. Die meisten befragten Schüler:innen gingen in die zehnte Klasse (57 %); ein Viertel war im Sommer in die neunte Klasse gewechselt, gut ein Sechstel besuchte die Oberstufe.

Eine ausgesprochene Neigung, einen Pflegeberuf zu ergreifen, äußerte jede:r sechste der befragten Jugendlichen, ein weiteres Achtel tendierte bedingt in diese Richtung. Mehrheitlich schlossen die Schüler:innen den Weg in die Pflege für sich jedoch aus. Erwartungsgemäß neigten Schülerinnen öfter als Schüler zur Pflege. Zudem tendierten Hauptschüler:innen am häufigsten, Gymnasialschüler:innen am seltensten zu einer Pflegeausbildung.

3 Die Daten dieser Jugendlichen gehen in die Analysen ein, bei geschlechtsdifferenzierenden Auswertungen werden sie jedoch nicht separat ausgewiesen.

4 Ergebnisse

4.1 Jugendliche, die keinen Einblick in ihre Assoziationen gewährten

Der Anteil der Schüler:innen, die keine Assoziationen zu Pflegeberufen preisgaben, war unter Hauptschülerinnen und -schülern am höchsten und unter Gymnasialschülerinnen und -schülern am niedrigsten. Schüler ignorierten die Bitte, ihre ersten Gedankengänge zu Pflegeberufen zu notieren, häufiger als Schülerinnen. Demgegenüber zeigten sich zwischen Schülerinnen und Schülern, die sich eine Pflegeausbildung (sehr) gut, eventuell oder (gar) nicht als Weg ins Berufsleben vorstellen können, keine Unterschiede.

Die Bereitschaft, sich auf die Frage nach den ersten Assoziationen zu Pflegeberufen einzulassen, scheint damit nicht von der Affinität der Schüler:innen für das Berufsfeld überformt zu sein. Über die hervorgerufenen Assoziationen wird nachfolgend zunächst ein auf die Oberkategorien bezogener quantitativer Überblick gegeben. Anschließend werden sie detaillierter dargestellt.

4.2 Assoziationen zu Pflegeberufen im Überblick

Pflegeberufe sind bei den Schülerinnen und Schülern stark mit Vorstellungen über zu verrichtende Tätigkeiten und wahrzunehmende Aufgaben verknüpft (vgl. Tabelle 1). Bei rund der Hälfte der Jugendlichen riefen Pflegeberufe spontan eine oder mehrere diesbezügliche Assoziationen hervor. Kaum weniger Schüler:innen dachten unmittelbar an bestimmte Rahmen- und Arbeitsbedingungen. Auch konkrete Berufe oder Berufsinhaber:innen zählten recht häufig zu den ersten Gedanken. Deutlich seltener konnotierten Pflegeberufe bei den Jugendlichen Voraussetzungen und Anforderungen, die beruflich Pflegende erfüllen sollten. Am seltensten ließ das Stichwort „Pflegeberufe“ bei den Schülerinnen und Schülern unmittelbar eine gesellschaftliche Einordnung oder persönliche Wertung aufkommen.

Tabelle 1: Anteil der Befragten mit in die jeweilige Oberkategorie fallenden Assoziationen, nach Personenmerkmalen (Angaben in Prozent) (Quelle: BIBB-Schülerbefragung zur Berufsorientierung 2021, n = 2.928)

	Oberkategorien				
	Berufe	**Tätigkeiten**	**Bedingungen**	**Anforderungen**	**Einordnung**
Geschlecht*					
Schüler	44	47	47	15	14
Schülerinnen	43	53	47	19	14
Schultyp					
Hauptschule	48	52	31	21	9
Realschule	45	50	45	19	13
Gesamtschule	46	52	45	16	13
Gymnasium	31	44	70	13	23

(Fortsetzung Tabelle 1)

	Oberkategorien				
	Berufe	**Tätigkeiten**	**Bedingungen**	**Anforderungen**	**Einordnung**
Jahrgangsstufe					
9. Klasse	45	52	39	19	13
10. Klasse	48	51	43	17	11
Oberstufe	29	46	70	16	25
Neigung**					
ja	48	59	34	21	10
teils, teils	44	52	45	19	15
nein	42	46	53	15	15
insgesamt	**44**	**50**	**48**	**17**	**14**

* Befragte, die sich keiner oder der Kategorie divers zugeordnet haben, werden wegen geringer Fallzahl nicht separat ausgewiesen
** Befragte, die nicht sagen konnten, ob sie zu einer Pflegeausbildung neigen oder nicht, werden nicht gesondert ausgewiesen

Differenziert nach Personenmerkmalen zeigt sich, dass Schülerinnen Pflegeberufe häufiger als Schüler mit bestimmten Arbeitsaufgaben und -tätigkeiten sowie mit Voraussetzungen, die für ihre Ausübung für erforderlich gehalten werden, assoziieren (vgl. Tabelle 1). Schüler:innen, die ein Gymnasium besuchen, bringen Pflegeberufe besonders oft mit Vorstellungen über Arbeitsbedingungen in Verbindung, nehmen aber auch auffallend oft direkt eine Einordnung oder Wertung des Berufs(-bereichs) vor. Bei Schülerinnen und Schülern, die eine Hauptschule besuchen, ist beides hingegen relativ selten der Fall. Stattdessen sind bei ihnen die ersten Gedanken vergleichsweise oft von Berufen, die der Pflege zugeordnet werden, sowie von Vorstellungen, welche Arbeitstätigkeiten und -anforderungen die Pflege umfasst, geprägt. Weitgehend ähnliche Unterschiede zeigen sich bei einer Differenzierung nach der Jahrgangsstufe, in der sich die Jugendlichen befinden.

Die Affinität zu einer Ausbildung im Pflegebereich geht mit einer häufigen Verknüpfung von Pflegeberufen mit Arbeitsaufgaben und -tätigkeiten einher. Bei bestehender Abneigung konnotieren Pflegeberufe hingegen öfter Arbeits- und Rahmenbedingungen.

4.3 Assoziationen zu Pflegeberufen im Detail

4.3.1 Assoziationen zu Berufen[4]

Diejenigen Schüler:innen, die Pflegeberufe spontan mit Berufen in Verbindung brachten (vgl. Tabelle 1), dachten dabei in erster Linie an die Altenpflege (70 %[5]) (vgl. Abbildung 1)[6]. Auf die Krankenpflege richten sich die berufsbezogenen Assoziationen der Jugendlichen etwas seltener (50 %). Während bei Schülern und Jugendlichen ohne Neigung, in die Pflege zu gehen, die Altenpflege präsenter war, war es die Krankenpflege bei Schülerinnen sowie bei Jugendlichen mit Interesse am Pflegeberuf.



Abbildung 1: Mit Pflege in Verbindung gebrachte Berufe (Quelle: BIBB-Schülerbefragung zur Berufsorientierung 2021; eigene Auswertung und Darstellung)

Weitere Berufe fanden sich bei gut einem Drittel der Schüler:innen mit berufsbezogenen Assoziationen. Sie koppelten Pflegeberufe vielfach mit dem ärztlichen Bereich, was auch die Tiermedizin einschloss. Der Beruf Erzieher:in wurde ebenfalls häufig an die Pflegeberufe angebunden, seltener traf dies auf die Berufe Lehrer:in und Betreuer:in zu. Auch andere Heilberufe wurden mit Pflegeberufen in einen Zusammenhang gebracht, darunter u. a. die der Physiotherapie, der Ergotherapie, der Podologie und der Geburtshilfe. Verschiedentlich konnotierten Pflegeberufe auch Gedanken an Optiker:innen oder Apotheker:innen, an Berufe bei der Feuerwehr, der Polizei, im

4 Da der Begriff Pflegeberufe als Anker benannt wurde, wurden die nicht weiter spezifizierten Stichworte Pflege und Pflegerin/Pfleger bei den Kategorisierungen nicht weiter berücksichtigt.

5 Sofern nachfolgend Anteilswerte angegeben werden, beziehen sie sich immer auf die Jugendlichen mit in die jeweilige Oberkategorie fallenden Assoziationen.

6 Bei vielen der in den Abbildungen und im Fließtext wiedergegebenen Stichworte handelt es sich um Originale aus den Mitteilungen der Schüler:innen. Teilweise wurden sprachliche Glättungen, Rechtschreibkorrekturen und Zusammenfassungen von sehr ähnlichen Notizen vorgenommen oder grammatikalische Anpassungen an den Fließtext. Aus Gründen der Lesbarkeit wurde darauf verzichtet, Originalzitate jeweils mit einen (sic!) zu versehen. Allein längere Notizen, die in der wiedergegebenen Form in der Regel nur einmalig vorkamen, werden im Fließtext über Anführungszeichen als Zitate kenntlich gemacht.

Kosmetik- und Reinigungsbereich sowie im Friseurhandwerk. Solche über die Alten- und (Kinder-)Krankenpflege hinausgehenden berufsbezogenen Assoziationen traten vermehrt bei Hauptschülerinnen und -schülern sowie bei Jugendlichen auf, die sich eine Ausbildung im Pflegebereich gut vorstellen können.

4.3.2 Assoziationen zu Arbeitstätigkeiten und -aufgaben[7]

Unter den von den Schülerinnen und Schülern mit Pflegeberufen assoziierten Tätigkeiten lassen sich zunächst zwei allgemeine, übergeordnete Aufgabenbereiche identifizieren. Der eine betrifft generell die Gesundheit, ihre Beeinträchtigung und Wiedererlangung (u. a. Krankheiten heilen, gesund machen); hierauf entfielen Assoziationen von einem Achtel der Schüler:innen mit tätigkeitsbezogenen Gedankengängen. Der andere übergeordnete Bereich rankt sich darum, dass es bei Pflegeberufen allgemein um Menschen und die Arbeit an und mit ihnen geht (u. a. Menschen nahekommen, mit Menschen umgehen), was jede:r sechste Schüler:in spontan mit Pflegeberufen in Verbindung brachte. Assoziationen, die diese Arbeit konkretisieren, ließen sich in solche mit altruistischer Ausrichtung, solche mit versorgender Ausrichtung und solche mit aktivierender Ausrichtung differenzieren. Die altruistisch konnotierten Tätigkeiten überwiegen hier deutlich. Sie fanden sich bei vier Fünfteln der Jugendlichen mit tätigkeitsbezogenen Assoziationen. Versorgungsbezogene Tätigkeitsassoziationen kamen lediglich bei einem Fünftel und aktivierungsbezogene Tätigkeitsassoziationen bei weniger als einem Zehntel dieser Jugendlichen vor.



Abbildung 2: Mit Pflegeberufen assoziierte Tätigkeiten (Quelle: BIBB-Schülerbefragung zur Berufsorientierung 2021; eigene Auswertung und Darstellung)

7 Da Pflegeberufe als Ankerwort diente, wurde das tätigkeitsbezogene Stichwort „pflegen" bei der Kategorisierung nicht berücksichtigt.

Das Helfen dominiert die altruistischen Tätigkeitsassoziationen (vgl. Abbildung 2). Diese Konnotation machte mehr als die Hälfte der in diese Kategorie fallenden Vorstellungen über Tätigkeiten aus und ist damit auch für die Tätigkeitsassoziationen insgesamt prägend. Weitere häufiger benannte altruistische Tätigkeitsassoziationen waren jemanden zu umsorgen, zu unterstützen, zu betreuen, im Alltag oder in schwierigen Zeiten zu begleiten. Seltener konnotierten Pflegeberufe die Vorstellung, für andere da zu sein, ihnen Aufmerksamkeit und Zuwendung zu schenken oder generell „ein Herz für die Pflegebedürftigen (zu) haben".

Wurden Pflegeberufe mit versorgenden Tätigkeiten in Verbindung gebracht und diese über das Stichwort „versorgen" hinaus bestimmt, so ging es in erster Linie um die Gewährleistung von Sauberkeit und Hygiene. Das erfolgte entweder ohne weitere Spezifizierung oder mit konkretem Bezug auf die zu pflegende Person. Im ersten Fall wurden nahezu ausschließlich die Tätigkeiten Reinigen, Säubern, Putzen und Aufräumen benannt, sodass anzunehmen ist, dass sich die Arbeiten primär auf die Wohnung von Pflegebedürftigen beziehen. Im zweiten Fall wurden zum einen Tätigkeiten thematisiert, die die körperliche Grundpflege betreffen (u. a. Menschen duschen, Leuten die Haare waschen), zum anderen verbanden die Jugendlichen Pflegeberufe immer wieder mit dem Umgang mit menschlichen Körperausscheidungen. Diese Aufgaben wurden mitunter in recht derbe Worte gefasst, besonders von Jugendlichen, die sich eine Pflegeausbildung nicht vorstellen können. Verschiedentlich richteten sich die an Pflegeberufe gekoppelten versorgenden Tätigkeiten auch auf das Richten und die Gabe von Medikamenten, wohingegen andere medizinische Aufgaben (Blut abnehmen, Blutdruck messen) nur vereinzelt zu den ersten Gedanken über Pflegeberufe gehörten. Etwas häufiger ging es um die Ernährung (u. a. Essen machen, füttern) und gelegentlich auch um das Ankleiden Pflegebedürftiger.

Die mit Pflegeberufen in Verbindung gebrachten aktivierenden Tätigkeiten bezogen sich weit überwiegend auf die Freizeitgestaltung.[8] Notiert wurden Aktivitäten wie mit (alten) Leuten spazieren zu gehen, zu basteln oder zu spielen. Aktivierende Assoziationen im Sinne der Mobilitätsförderung wurden nicht erwähnt.

Zusammenhänge mit Personenmerkmalen zeigten sich kaum. Sie betreffen am ehesten versorgungsbezogene Tätigkeitsassoziationen, die bei Hauptschülerinnen und -schülern häufiger als bei allen anderen befragten Jugendlichen auftraten.

4.3.3 Assoziationen zu Arbeits- und Rahmenbedingungen

Die Assoziationen zu den Arbeits- und Rahmenbedingungen von Pflegeberufen waren äußerst vielfältig. Im Vordergrund stand jedoch die Bezahlung (40 %). Diese wurde weit überwiegend als schlecht, niedrig oder auch unfair beschrieben; vereinzelt wurden Pflegekräfte auch direkt als Geringverdiener:innen eingeordnet. Nur äußerst selten brachten die Schüler:innen Pflegeberufe mit einer hohen Entlohnung in Verbindung (vgl. Abbildung 3).

8 Der Wert dieser Aktivität, auch in therapeutischer Hinsicht, soll damit nicht in Abrede gestellt werden.

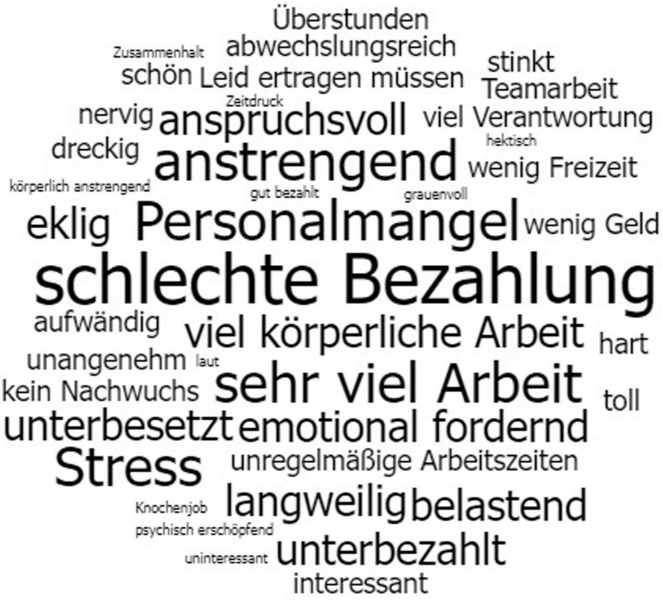


Abbildung 3: Assoziationen zu Rahmenbedingungen von Pflegeberufen (Quelle: BIBB-Schülerbefragung zur Berufsorientierung 2021; eigene Auswertung und Darstellung)

Zudem setzten die befragten Jugendlichen Pflegeberufe relativ oft mit Beanspruchungen gleich. Für viele dieser Schüler:innen gelten Pflegeberufe generell als anstrengend. Andere stellten explizit auf die physische Beanspruchung aufgrund eines (zu) hohen Anteils (schwerer) körperlicher Arbeit ab. Bei einer kleineren Gruppe riefen Pflegeberufe unmittelbar Gedanken an die emotionale und psychische Beanspruchung hervor, u. a. dergestalt, „viel Leid ertragen", „Schicksalsschläge miterleben" oder „Beleidigungen dementer Patienten aushalten" zu müssen.

Konnotierten die Schüler:innen Pflegeberufe mit einer hohen Arbeitsdichte, was oft in Verbindung mit Personalmangel erfolgte, so äußerte sich dies in Stichworten wie „sehr viel Arbeit", „wenig Zeit für Patienten" oder „aufgrund von Unterbesetzung sehr stressig". Bei Assoziationen zu den Arbeitszeiten standen deren Unregelmäßigkeit (z. B. verschiedene Schichten, auch am Wochenende arbeiten) und Länge (viele Überstunden, zeitintensiv) im Vordergrund. Partiell wurde explizit die fehlende Vereinbarkeit mit dem Privaten erwähnt (z. B. wenig Freizeit, wenig Privatleben, immer erreichbar sein). Als eine mit Pflegeberufen einhergehende Herausforderung eigener Art ließ sich die zu übernehmende Verantwortung ausmachen, die primär als (zu) hoch oder auch ängstigend beschrieben, mitunter aber auch als positive Herausforderung angeführt wurde.

Als eine Art Sonderform von Assoziationen zu Rahmenbedingungen lassen sich eine Reihe von benannten Aspekten verstehen, die in gewisser Weise Begleiterscheinungen der Pflegeberufe bzw. der zugehörigen Tätigkeiten betreffen. In negativer Hinsicht fallen hierunter von den Schülerinnen und Schülern aufgeführte Aspekte wie

eklig, stinkend, laut und nervig, aber auch langweilig und uninteressant. Weitgehend konträr dazu fallen die benannten positiven Aspekte wie abwechslungsreich, interessant, nett, schön und ruhig aus. Als weitere positive Unterkategorie kristallisierte sich die Arbeit in einem (netten, guten) Team heraus. Insgesamt fanden sich die positiven Assoziationen merklich seltener als die negativen.

Schüler dachten bei Pflegeberufen deutlich öfter an eine schlechte Bezahlung, ungünstige Arbeitszeiten und sonstige negative Rahmen- und Begleitbedingungen als Schülerinnen. Bei ihnen fanden sich vielmehr häufig Gedanken an eine hohe Beanspruchung und große Verantwortung. Nach Schulform betrachtet zeigten sich erneut größere Abweichungen zwischen Haupt- und Gymnasialschülerinnen/-schülern. Erstere brachten Pflegeberufe relativ häufig im positiven Sinne mit einer hohen Verantwortung sowie mit weiteren positiven Bedingungen in Verbindung. Letztere betonten vergleichsweise oft die schlechte Bezahlung und hohe Arbeitsdichte. Die größten Unterschiede ließen sich jedoch zwischen Jugendlichen erkennen, die eine Pflegeausbildung als berufliche Option ein- oder ausklammern. Abgeneigte Jugendliche stellten deutlich öfter auf eine unzulängliche Bezahlung, ungünstige Arbeitszeiten sowie eine hohe Arbeitsdichte und Beanspruchung ab. Der Pflege zugeneigte Jugendliche dachten hingegen eher an die Übernahme von Verantwortung und die Arbeit im Team.

4.3.4 Assoziationen zu Voraussetzungen und Anforderungen

Zwar riefen Pflegeberufe bei den Schülerinnen und Schülern nur vergleichsweise selten Assoziationen zu Anforderungen und Voraussetzungen hervor (vgl. Tabelle 1). Die Vorstellungen darüber erwiesen sich jedoch als breit gefächert – und spiegeln dabei in gewisser Weise die Vorstellungen über Tätigkeiten (vgl. Kapitel 4.3.2). Anforderungen an altruistische und zugewandte Personenmerkmale bzw. Verhaltensweisen (z. B. hilfsbereit, warmherzig, sanftmütig, freundlich, respektvoll sein, ein offenes Ohr haben) machten das Gros aus. Auch Anforderungen an die Sozialkompetenz wurden oft erwähnt (z. B. teamfähig sein, gut im Umgang mit Menschen sein). Ein Teil der Jugendlichen dachte bei Pflegeberufen an bürgerliche Tugenden (z. B. zuverlässig, pünktlich, ordentlich sein), andere explizit an das Verantwortungsbewusstsein. Weitere Gedanken an erforderliche Voraussetzungen bezogen sich darauf, dass man als Pflegekraft ausdauernd, körperlich und mental belastbar, flexibel und konzentriert sein müsse und „man (.) keine Scham haben (darf)“.

Bei Schülerinnen prägten altruistische Verhaltensanforderungen öfter als bei Schülern die ersten Gedanken an Pflegeberufe; bei Jugendlichen an Hauptschulen richteten sich die Assoziationen öfter als bei Jugendlichen aller anderen Schultypen auf die erforderliche Zugewandtheit. Weitere bedeutsame Unterschiede fanden sich nicht.



Abbildung 4: Mit Pflegeberufen assoziierte Anforderungen (Quelle: BIBB-Schülerbefragung zur Berufsorientierung 2021; eigene Auswertung und Darstellung)

4.3.5 Gesellschaftliche Einordnungen und persönliche Wertung

Bei den spontan vorgenommenen Einordnungen stand die gesellschaftliche Relevanz von Pflegeberufen im Zentrum. Pflegeberufe wurden als gut, notwendig und unverzichtbar sowie für die Gesellschaft wichtig, essenziell und existenziell eingestuft. Eine solche Einordnung nahmen insbesondere Jugendliche mit einer Neigung zum Pflegebereich sowie Oberstufen- bzw. Gymnasialschüler:innen vor.

Gingen die Schüler:innen auf das Ansehen von Pflegeberufen bzw. ihrer Inhaberinnen und Inhaber ein, wurde nahezu ausnahmslos thematisiert, dass Pflegeberufen bzw. -kräften zu wenig Anerkennung, Wertschätzung oder Respekt entgegengebracht werde. Neben Jugendlichen der Oberstufe bzw. von Gymnasien griffen auch Jugendliche, die den Weg in die Pflege ausschließen, dieses Thema oft auf. Nahmen letztere eine persönliche Position gegenüber dem Pflegebereich ein, dann vorwiegend in der Art, es sich „niemals vorstellen (zu können), dort zu arbeiten“. Teilweise wurde die Abneigung noch über die schlechten Arbeitsbedingungen, die geringe Bezahlung oder die fehlende Wertschätzung begründet. Demgegenüber erläuterten an der Pflege interessierte Jugendliche etwa, dass es ein toller Beruf sei, „weil es mich und andere glücklich macht, für andere Menschen da zu sein“.



Abbildung 5: Einordnungen zu Pflegeberufen (Quelle: BIBB-Schülerbefragung zur Berufsorientierung 2021; eigene Auswertung und Darstellung)

Weitere Einordnungen und Wertungen nahmen darauf Bezug, dass die Pflege ein Berufsfeld mit Zukunft, aber auch eines mit wenig Weiterbildungs- und Aufstiegschancen sei. Wiederholt wurde die Pflege als Frauenberuf definiert. Gelegentlich äußerten die Jugendlichen, Pflegekräfte seien bewundernswerte und vorbildliche Menschen. Schließlich äußerten sich einige wenige Schüler:innen noch kritisch zur Pflegepolitik.

5 Schlussbetrachtungen

Ob Jugendliche einen Beruf in die engere Wahl ziehen, hängt auch von den Assoziationen ab, den der Beruf bei ihnen hervorruft. Wie die vorliegende Untersuchung zeigt, gehen Pflegeberufe bei den befragten Schülerinnen und Schülern mit einem breit gefächerten Spektrum an Assoziationen einher. Dieses reicht von diversen der Pflege zugerechneten Berufen über eine Reihe von Tätigkeiten, Rahmenbedingungen und von Berufsinhaberinnen und -inhabern zu erfüllenden Voraussetzungen bis hin zu gesellschaftlichen Verortungen des Berufsbereichs und persönlichen Positionierungen zu diesem. Die Bandbreite der hier offen, direkt und weitgehend voraussetzungsfrei erfassten Assoziationen stellt sich damit größer dar als in bisherigen geschlossen oder stärker gelenkt arbeitenden Studien.

Gleichwohl lassen auch die hier erhobenen Assoziationen in Übereinstimmung mit bisherigen Befunden (vgl. El-Cherkeh & Fischer 2010) erkennen, dass Pflegeberufe bei Jugendlichen eher negativ als positiv besetzt und die negativen Assoziationen mannigfaltiger sind, wobei diesbezüglich – ebenfalls in Übereinstimmung mit der vorliegenden Befundlage (vgl. Bomball u. a. 2010; Borgstedt u. a. 2020; Ebbinghaus 2022) – gewisse Unterschiede in Abhängigkeit des Geschlechts, der schulischen Vorbildung

und der Affinität zu Pflegeberufen bestehen. So konnotieren Pflegeberufe bei jungen Frauen, Hauptschülerinnen und -schülern sowie bei Jugendlichen mit einer bereits bestehenden Neigung zur Pflege andere und vor allem positivere Vorstellungen als bei den jeweiligen Vergleichsgruppen.

Die dennoch insgesamt negativ dominierte Besetzung von Pflegeberufen kommt sowohl explizit als auch implizit zum Tragen. Explizit zeigt sie sich besonders in den Assoziationen zu Arbeits- und Rahmenbedingungen, partiell auch in den vorgenommenen Wertungen. Implizit äußert sich die negative Besetzung bei den Tätigkeiten und Voraussetzungen. Die hierauf gerichteten Assoziationen verbinden Pflegeberufe weit überwiegend mit einfachen, wenig anspruchsvollen Arbeitsinhalten und eher mit charakterlichen denn qualifikatorischen Anforderungen. Die Jugendlichen scheinen die Pflege damit mehr als Hilfs- denn als fachlich qualifizierte Berufstätigkeit wahrzunehmen.

Mit Blick auf eine Stärkung der Auszubildendenzahlen in der Pflege unterstreichen die Befunde damit die Notwendigkeit, das bei Jugendlichen am Übergang zwischen Schule und Beruf vorherrschende Bild der Pflegeberufe aufzubrechen. Neben einer Fortführung bereits initiierter Kampagnen ist diesbezüglich vor allem an Maßnahmen der Berufsorientierung zu denken (vgl. hierzu auch Dorn u. a. in diesem Band). Die gewonnenen Befunde sprechen dabei für eine zielgruppenspezifisch andere Schwerpunktsetzung. Da vor allem Hauptschüler:innen die Pflege mit vielen Berufen in Verbindung bringen, die in andere Domänen fallen, scheinen bei diesen Jugendlichen mehr als bei anderen grundlegende Informationen über das Berufsfeld Pflege angezeigt. Bei Jugendlichen mit höherer schulischer Vorbildung und damit der Hauptzielgruppe zumindest der Pflegefachausbildung scheint es hingegen geboten, an der Diskrepanz zwischen dem angenommenen und dem tatsächlichen Tätigkeits- und Qualifikationsprofil von Pflege(fach)kräften anzusetzen. Dabei gilt es zum einen, dem nach wie vor existierenden Klischee, Pflege sei eigentlich gar kein richtiger Beruf (vgl. Bogai 2017), entgegenzuwirken. Hierfür bieten sich etwa Praktika an, die das fachlich anspruchsvolle Tätigkeitsspektrum unmittelbar erfahrbar machen. Zum anderen erscheint es – nicht zuletzt aufgrund des hohen Stellenwertes, den Karriereoptionen bei Jugendlichen als Kriterium für die Berufswahl einnehmen (vgl. Köcher, Hurrelmann & Sommer 2019) – wichtig, bereits in der Berufsorientierungsphase aufzuzeigen, welch vielgestaltigen beruflichen Entwicklungswege sich mit einer Pflegeausbildung wie auch mit einem Pflegestudium als Alternative zur Ausbildung eröffnen.

Bei der Interpretation der hier vorgelegten Befunde ist aber auch zu berücksichtigen, dass ihnen zwar eine differenziert zusammengesetzte, nichtsdestotrotz aber keine repräsentative Stichprobe zugrunde liegt. Zudem wurden die Assoziationen der Schüler:innen nur einzeln betrachtet und den inhaltsanalytisch gebildeten Kategorien zugeordnet. Inwieweit sich in den ersten Gedanken zu Pflegeberufen Assoziationsketten oder -muster finden, wurde indes noch nicht untersucht. Eine solche, die Einblicke in die Vorstellungen junger Menschen über die Pflege weiter vertiefende, Betrachtung hätte den hier zur Verfügung stehenden Rahmen überschritten und muss daher anschließenden Auswertungen vorbehalten bleiben. Hilfreich wäre zudem, auch die As-

soziationen anderer Personengruppen, wie z. B. der Eltern, mit in den Blick zu nehmen, da die Sicht von Bezugspersonen auf Berufe ebenfalls ein wichtiger Faktor im Berufswahlprozess von Jugendlichen ist.

Literatur

AG Statistik zur Ausbildungssituation in der Pflege (2022). *Die Ausbildungssituation in der Pflege – Aussagen der AG Statistik zur Ausbildungssituation in der Pflege. Zwischenbericht September2022*. Verfügbar unter https://www.pflegeausbildung.net/fileadmin/de.altenpflegeausbildung/content.de/user_upload/Zwischenbericht_AG_Statistik.pdf (Zugriff am: 07.12.2023).

Bergerhoff, J. N., Hemkes, B., Seegers, Ph. K. & Wiesner, K.-M. (2017). *Attraktivität der beruflichen Bildung bei Studierenden. Ergebnisse einer bundesweiten Erhebung*. Verfügbar unter https://www.bibb.de/dienst/veroeffentlichungen/de/publication/show/8323 (Zugriff am: 07.12.2023).

Blum, K., Offermanns, M. & Steffen, P. (2019). *Situation und Entwicklung der Pflege bis 2030*. Verfügbar unter https://www.dki.de/sites/default/files/2020-06/2020_02%20Pflege%202030%20Berlin%20-%20Bericht%20final_0.pdf (Zugriff am: 07.12.2023).

Bogai, D. (2017). *Der Arbeitsmarkt für Pflegekräfte im Wohlfahrtsstaat*. Berlin & Boston: De Gruyter Oldenbourg.

Bomball, J., Schwanke, A., Stöver, M. & Schmitt, S. (2010). Imagekampagne für Pflegeberufe auf der Grundlage empirisch gesicherter Daten – Einstellungen von Schüler/innen zur möglichen Ergreifung eines Pflegeberufes. Ergebnisbericht. *IPP Schriften*, 5. Bremen: Institut für Public Health und Pflegeforschung.

Borgstedt, S., Borchard, I., Jurczok, F., Gensheimer, T. & Ernst, S. (2020). *Kinderbetreuung & Pflege – attraktive Berufe?* Heidelberg & Berlin: Sinus Markt- und Sozialforschung.

Brünken, R., Münzer, S. & Spinath, B. (2019). Pädagogische Psychologie – Lernen und Lehren. Göttingen: Hogrefe.

Bundesagentur für Arbeit (2022). *Statistik/Arbeitsmarktberichterstattung, Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt – Fachkräfteengpassanalysen 2021. Mai 2022*. Nürnberg: Verlag Bundesagentur für Arbeit.

Bundesagentur für Arbeit (2020). *Statistik/Arbeitsmarktberichterstattung, Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt – Fachkräfteengpassanalysen 2019. Oktober 2020*. Nürnberg: Verlag Bundesagentur für Arbeit.

Bundesagentur für Arbeit (2021). *Statistik/Arbeitsmarktberichterstattung, Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt – Fachkräfteengpassanalysen 2020. Dezember 2021*. Nürnberg: Verlag Bundesagentur für Arbeit.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2019). *Mach Karriere als Mensch. Bundesweite Pflegekampagne gestartet. Aktuelle Meldung vom 22.20.2019*. Verfügbar unter https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/aktuelles/alle-meldungen/bundesweite-pflegekampagne-gestartet-140338 (Zugriff am: 07.12.2023).

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2022a). *Berufsfeld Pflege bietet vielfältige Beschäftigungs- und Aufstiegschancen. Bundesseniorenministerium startet Kampagne zur Stärkung der Pflegeausbildung. Pressemitteilung vom 08. November 2022*. Verfügbar unter https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/aktuelles/presse/pressemitteilungen/berufsfeld-pflege-bietet-vielfaeltige-beschaeftigungs-und-aufstiegschancen-203924 (Zugriff am: 07.12.2023).

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2022b). *Newsletter „Pflege kann was". November 2022*. Verfügbar unter https://www.pflegeausbildung.net/fileadmin/de.altenpflegeausbildung/content.de/user_upload/Newsletter_Kampagne_11_2022.pdf (Zugriff am: 07.12.2023).

Ebbinghaus, M. (2022). *Pflege? Damit kann ich mich (nicht) sehen lassen. BIBB Report 1/2022*. Verfügbar unter https://www.bibb.de/dienst/publikationen/de/17936 (Zugriff am: 07.12.2023).

El-Cherkeh, T. & Fischer, M. (2010). *Berufsausbildung in der Altenpflege: Einstellungen und Potenziale bei jungen Menschen mit Migrationshintergrund in Hamburg*. Verfügbar unter http://www.hwwi.org/uploads/tx_wilpubdb/HWWI_Policy_Paper_3-17.pdf (Zugriff am: 07.12.2023).

Gottfredson, L. (2005). Applying Gottfredson's theory of circumscription and compromise in career guidance and counseling. In S. D. Brown & R. W. Lent (Hg.), *Career Development and Counseling: Putting Theory and Research to Work*, S. 71–100. Hoboken, NJ: Wiley.

Holland, J. L. (1966). *The psychology of vocational choice. A theory of personality types and model environments*. Waltham: MA Blaisdell Publishing Company.

Köcher, R., Hurrelmann, K. & Sommer, M. (2019). *Kinder der Einheit. Same same (but) still different! McDonald's, Ausbildungsstudie 2019*. München: McDonald's Deutschland LLC.

Maier, T., Zika, G., Kalinowski, M., Mönnig, A., Wolter, M. I. & Schneemann, C. (2018). *Bevölkerungswachstum bei geringer Erwerbslosigkeit. Ergebnisse der fünften Welle der BIBB-IAB-Qualifikations- und Berufsprojektionen bis zum Jahr 2035. BIBB Report 7/2018*. Verfügbar unter https://www.bibb.de/dienst/veroeffentlichungen/de/publication/show/9376 (Zugriff am: 07.12.2023).

Matthes, S. (2019). *Warum werden Berufe nicht gewählt? Die Relevanz von Attraktions- und Aversionsfaktoren in der Berufsfindung*. Leverkusen: Budrich.

Rothgang, H. & Müller, R. (2021). *BARMER Pflegereport 2021. Wirkungen der Pflegereformen und Zukunftstrends. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse*. Band 32. Verfügbar unter https://www.bifg.de/media/dl/Reporte/Pflegereporte/2021/barmer-pflegereport-2021.pdf (Zugriff am: 07.12.2023).

Schnitzler, A., Matthes, S., Ulrich, J. G., Weiß, U. & Granato, M. (2015). Berufskonzepte Jugendlicher zu ausgewählten Ausbildungsberufen. In Bundesinstitut für Berufsbildung (Hg.), *Datenreport zum Berufsbildungsbericht 2015*, S. 91–96. Bielefeld: W. Bertelsmann.

Statistisches Bundesamt (2018). *Bildung und Kultur. Berufliche Schulen. Schuljahr 2015/2016*. Fachserie 11, Reihe 2. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt (Destatis).

Statistisches Bundesamt (2022). *Bildung und Kultur. Statistik nach der Pflegeberufe-Ausbildungsfinanzierungsverordnung 2021*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt (Destatis).

Tomasik, M. J. & Heckhausen, J. (2006). Sozialprestige von Ausbildungsberufen aus Sicht von Realschüler/-innen. *Zeitschrift für Sozialpsychologie*, 37(4), S. 259–273.

Tschöpe, T. & Witzki, A. (2004). Der Einfluss der Berufsbezeichnung auf die Berufswahl aus psychologischer Sicht. In A. Krewerth, T. Tschöpe, J. G. Ulrich & A. Witzki (Hg.), *Berufsbezeichnungen und ihr Einfluss auf die Berufswahl Jugendlicher. Theoretische Überlegungen und empirische Ergebnisse*, S. 35–53. Bielefeld: W. Bertelsmann.

Ulrich, J. G. (2006). Berufskonzepte von Mädchen und Jungen. In M. Granato & U. Degen (Hg.), *Frauen in der beruflichen Bildung*, S. 37–60. Bielefeld: W. Bertelsmann.

Ulrich, J. G., Flemming, S. & Granath, R.-O. (2011). Ausbildungsmarktbilanz 2010. In Bundesinstitut für Berufsbildung (Hg.), *Datenreport zum Berufsbildungsbericht 2011*, S. 11–29. Bielefeld: W. Bertelsmann.

Ulrich, J. G., Krewerth, A. & Eberhard, V. (2006). *Berufsbezeichnungen und ihr Einfluss auf die Berufswahl von Jugendlichen. Abschlussbericht zum Forschungsprojekt 2.3.103*. Verfügbar unter https://www.bibb.de/dienst/dapro/daprodocs/pdf/eb_23103.pdf (Zugriff am: 07.12.2023).

Waldherr, A., Wehden, L.-O., Stoltenberg, D., Miltner, P., Ostner, S. & Pfetsch, B. (2019). Induktive Kategorienbildung in der Inhaltsanalyse: Kombination automatischer und manueller Verfahren. *Forum qualitative Sozialforschung*, 20(1), Art. 19. https://doi.10.17169/fqs-20.1.3058.

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1 Mit Pflege in Verbindung gebrachte Berufe 86

Abb. 2 Mit Pflegeberufen assoziierte Tätigkeiten 87

Abb. 3 Assoziationen zu Rahmenbedingungen von Pflegeberufen 89

Abb. 4 Mit Pflegeberufen assoziierte Anforderungen 91

Abb. 5 Einordnungen zu Pflegeberufen 92

Tabellenverzeichnis

Tab. 1 Anteil der Befragten mit in die jeweilige Oberkategorie fallenden Assoziationen, nach Personenmerkmalen (Angaben in Prozent) 84

Autorinnen



Dr. **Margit Ebbinghaus** ist wissenschaftliche Mitarbeiterin des Bundesinstituts für Berufsbildung (BIBB). Im Arbeitsbereich „Berufsbildungsangebot und -nachfrage, Bildungsbeteiligung“ liegt ihr thematischer Schwerpunkt auf Fragen der betrieblichen Ausbildungsbeteiligung und Rekrutierung Auszubildender. Darüber hinaus ist sie an der wissenschaftlichen Begleitung der AG Statistik im Rahmen der Ausbildungsoffensive Pflege (2019–2023) sowie an verschiedenen Studien beteiligt, wozu auch die Studie „Pflegeberufe aus Sicht von Schülerinnen und Schülern“ zählt.



Dr. **Regina Dionisius** ist wissenschaftliche Mitarbeiterin des Bundesinstituts für Berufsbildung (BIBB). Im Arbeitsbereich „Berufsbildungsangebot und -nachfrage, Bildungsbeteiligung“ ist sie zuständig für Analysen zu Entwicklungen im Ausbildungsgeschehen, insbesondre auf Basis der integrierten Ausbildungsberichterstattung (iABE). Thematische Schwerpunkte liegen auf den Entwicklungen im Übergangsbereich und den schulischen Berufsausbildungen außerhalb BBiG/HwO. Darüber hinaus unterstützt sie die wissenschaftliche Begleitung der AG Statistik im Rahmen der Ausbildungsoffensive Pflege (2019–2023) zur Verbesserung der Datenbasis zur Ausbildung in den Pflegeberufen sowie verschiedene Studien wie z. B. die Studie „Pflegeberufe aus Sicht von Schülerinnen und Schülern“.

Berufsorientierende Praktika als berufspädagogisches Handlungsfeld

Sabine Dorn, Anna Willaredt, Nicola Hofmann, Jutta Mohr

Abstract

Berufsorientierende Praktika spielen im Berufswahlprozess junger Menschen eine wesentliche Rolle. Durch direkten Einblick in das Berufsfeld erfolgt ein realistischer Abgleich zwischen dem eigenen Berufsbild, persönlichen Interessen und Berufswahlmotiven. Positive Praktikumserfahrungen tragen dazu bei, Schülerinnen und Schüler für eine Ausbildung im Pflegeberuf zu gewinnen. Aktuell liegen wenige Erkenntnisse zur Ausgestaltung von berufsorientierenden Pflegepraktika vor. In einem Teilprojekt eines Projekts zur Gestaltung der Übergänge zwischen schulischer und pflegeberuflicher Bildung werden berufspädagogische Handlungsempfehlungen und ein Konzept für berufsorientierende Praktika entwickelt. Zur Beantwortung der Frage nach Gelingensbedingungen und Erfolgsfaktoren wurden Interviews und Fokusgruppen mit unterschiedlichen am Berufsorientierungsprozess beteiligten Akteuren geführt. In diesem Beitrag werden ausgewählte Ergebnisse und Anknüpfungspunkte für die Konzeptentwicklung vorgestellt.

Schlagworte: Berufsorientierungspraktikum, Berufswahlprozess, Pflegepraktikum, Berufsorientierung, Pflegeberuf

Experiences young people make through work placements play a major role in their job orientation process. By getting insights into the occupational field, assumptions based on personal interests and views can be aligned with work reality. Positive experiences during internships can motivate pupils to choose a career in nursing. Currently there are few insights on how to design successful work placements for young people in the field of nursing. In a subproject on the transition design between school and nursing education, a concept and recommendations for action will be created. To answer the question how to successfully perform internships in the field of nursing, interviews and focus group discussions were conducted with relevant actors. Selected results and relevant points of reference for the concept development are presented in this article.

Keywords: job orientation, internship, work placements, nursing internship, nursing profession

1 Einleitung

Der Eintritt in die Arbeitswelt ist ein bedeutender Abschnitt in den individuellen Lebensläufen junger Menschen, dem eine Auseinandersetzung der Schüler:innen mit den eigenen Fähigkeiten, Interessen, Werteorientierungen und Lebensentwürfen vorangeht. Im Prozess der Berufsorientierung müssen Anforderungen, Chancen und Risiken von Arbeitstätigkeiten und Berufen verarbeitet und gegeneinander abgewogen werden (vgl. Jung 2008, S. 133). Dabei realisiert sich der Berufswunsch in Abwägung mit alternativen Optionen (vgl. Eberhard & Ulrich 2006, S. 37). Fehlt dieser Schritt im Berufsorientierungsprozess, steigt das Risiko, nicht direkt nach Verlassen der Schule in eine Ausbildung einmünden zu können (vgl. Reißig, Gaupp & Lex 2008, S. 59 ff.). Das Gefühl, gut informiert zu sein und somit den Berufswahlprozess aktiv gestalten zu können, unterstützt diesen Entscheidungsprozess (vgl. Herzog & Makarova 2013, S. 79). Damit junge Menschen sich der Herausforderung des Übergangs stellen und in der bedeutenden Phase der Transition von der schulischen in die berufliche Ausbildung gute Entscheidungen treffen können, benötigen sie Begleitung, Unterstützung und vielfältige Informationsquellen. Berufsorientierungspraktika, bspw. die in Baden-Württemberg verpflichtende Berufsorientierung an Realschulen BORS und Gymnasien BOGY), und Freiwilligendienste (BFD, FSJ) sind ein wichtiger Bestandteil des Berufswahlprozesses. Direkte Einblicke in das Berufsfeld erhöhen das Berufswissen und fördern den Abgleich mit den eigenen Interessen (vgl. Brüggemann 2015, S. 73).

Das vom Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) beauftragte Projekt „Transitionen in die Pflege – individuelle und regionale Ressourcen stärken (TiP-regio)“ (Laufzeit 01/2022–12/2023) nimmt die Übergänge zwischen schulischer und beruflicher Ausbildung in den Blick. Das Ziel eines der zwei Teilprojekte an der Hochschule Esslingen ist es, empirische Erkenntnisse zum pädagogischen Beratungs- und Begleitungsbedarf von Schülerinnen und Schülern, die ein berufsorientierendes Praktikum im Pflegebereich absolvieren, zu gewinnen und darauf aufbauend ein Konzept mit Handlungsempfehlungen für diese Praktika zu entwickeln. Hierbei steht die Frage im Vordergrund, wie ein Berufsorientierungspraktikum in einer Pflegeeinrichtung gestaltet sein kann, um den Berufswahlprozess optimal zu unterstützen. Die Phase der Berufsorientierung ist geprägt durch die Zusammenarbeit unterschiedlicher relevanter Bezugsgruppen. Aus diesem Grund wurde eine multiperspektivische Herangehensweise gewählt. Die Ergebnisse der Befragungen werden in diesem Beitrag vorgestellt und diskutiert. Auf Basis der hier vorgestellten Daten werden im weiteren Verlauf ein Konzept und Handlungsempfehlungen entwickelt, um den Schülerinnen und Schülern in der Phase der Berufsorientierung realistische Informationen zum Pflegeberuf und einen reflektierten Einblick in den Berufsalltag vermitteln und somit eine gelingende Praktikumserfahrung fördern zu können.

Zunächst werden in Kapitel zwei der Bezugsrahmen und die Erkenntnisse zum Berufswahlprozess vorgestellt. In Kapitel drei wird das methodische Vorgehen vorgestellt, die Ergebnisse folgen in Kapitel vier. Im Fazit (Kapitel fünf) werden die Ergeb-

nisse aufgegriffen und die Bausteine des noch zu entwickelnden Konzeptes für Berufsorientierung skizziert.

2 Bezugsrahmen

2.1 Social Cognitive Career Theory

Die Individualität der Schülerinnen und Schülern legt eine subjektorientierte Perspektive auf die Gestaltung des Berufswahlprozesses nahe, bei der die subjektiven Handlungsproblematiken im Übergang fokussiert und passende Handlungsmöglichkeiten offeriert werden (vgl. Ludwig 2005, S. 78 f.). Einen theoretischen Bezugspunkt zum Übergang zwischen schulischer und beruflicher Bildung aus subjektorientierter Perspektive stellt die *Social Cognitive Career Theory* von Lent, Brown und Hackett (vgl. Lent 2013, S. 115 ff.) dar. Sie ist die aktuell am häufigsten rezipierte Berufswahltheorie (vgl. Haenggli & Hirschi 2020, S. 3). Im Mittelpunkt des Modells stehen die eigene *Selbstwirksamkeits-* und *Ergebniserwartung*, die beide, wie empirisch belegt werden konnte, die Berufswahl entscheidend beeinflussen (vgl. Dreisiebner 2019, S. 83; Hirschi 2020, S. 3; Lent 2013, S. 118): Die *Selbstwirksamkeitserwartung* spiegelt das Vertrauen wider, inwieweit Tätigkeiten so ausgeführt werden können, dass bestimmte Leistungen erreicht werden. Als wichtigste Quelle tragen eigene Erfolgserlebnisse dazu bei, die Selbstwirksamkeitserwartung zu stärken (vgl. Borchers u. a. 2017, S. 27). Das gilt auch – wenn auch in geringerem Umfang –, wenn andere Personen bei der Bewältigung der Aufgaben beobachtet werden. Beide Aspekte sind in Bezug auf die berufsorientierenden Praktika von Bedeutung, sie können dazu beitragen, die Selbstwirksamkeit im Berufswahlprozess maßgeblich zu erhöhen (vgl. Faulstich-Wieland u. a. 2016, S. 2). Positive Feedbacks bzw. Ermutigungen steigern ebenfalls die Selbstwirksamkeitserwartung, wohingegen das Erleben von Stress das Gefühl verstärken kann, den Anforderungen nicht gewachsen zu sein (vgl. Dreisiebner 2019, S. 83 f.). Die *Ergebniserwartung* hingegen bezieht sich auf die Konsequenzen jenes Handelns. In Bezug auf den Pflegeberuf kann eine positive Ergebniserwartung z. B. sein, wie Lent am Beispiel einer medizinischen Laufbahn beschreibt, anderen Menschen helfend zur Seite zu stehen (vgl. Lent 2013, S. 118). Dabei ist ebenfalls von Bedeutung, ob und wie die eigenen Erfahrungen zu diesem Ergebnis beitragen (vgl. Borchers u. a. 2017, S. 27).

Als unmittelbar auf die Berufswahl einwirkend werden neben Selbstwirksamkeits- und Ergebniserwartung die *Ziele* beschrieben, die eine Person erreichen möchte. Da bei der Wahl des Erstberufs die eigenen Werte- und Lebenspraxisvorstellungen noch in der Entwicklung und somit mehrere Lebenskonzepte möglich sind (vgl. Altepost 2017, S. 93), erscheinen für den Berufswahlprozess zusätzlich zwei Aspekte relevant: einerseits die Berücksichtigung *personaler Faktoren* wie bspw. Geschlecht, sprachliche Barrieren oder persönliche Neigungen, andererseits die Bezugnahme auf *Kontext- bzw. Umweltfaktoren* wie bspw. das soziokulturelle Umfeld, soziale Netzwerke und die Arbeitsumgebung (vgl. Dreisiebner 2019, S. 85 f.).

2.2 Informationsquellen im Orientierungsprozess

Wichtige Informationen im Berufsorientierungsprozess generieren junge Menschen nach aktueller Studienlage aus Gesprächen mit den Eltern und dem Umfeld, in dem sie sich bewegen (vgl. Hurrelmann, Köcher & Sommer 2019, S. 83; Schöpp u. a. 2021, S. 10). Die wichtigste Aufgabe der Eltern liegt darin, die eigenen Kinder zu unterstützen, ihre persönlichen Interessen und Stärken herauszufinden und sie zur Information über berufliche Möglichkeiten zu motivieren. Allerdings fühlen sich Eltern mit dem Thema der Berufsorientierung ihres Kindes häufig überfordert und wünschen sich selbst mehr Informiertheit (vgl. Calmbach & Schleer 2020, S. 46).

Obgleich Eltern die wichtigsten Ansprechpartner:innen im Berufsorientierungsprozess darstellen, betonen Jugendliche und junge Erwachsene häufig ihre Unabhängigkeit (vgl. Hurrelmann, Köcher & Sommer 2019, S. 86) und geben an, dass weder die Eltern noch Freundinnen oder Freunde ihre Entscheidungen im Berufsorientierungsprozess beeinflussen (vgl. Ebbinghaus 2022, S. 5). Bei näherer Betrachtung besteht jedoch vonseiten der Schülerinnen und Schüler tatsächlich häufig ein Bedürfnis nach Anerkennung der eigenen Berufswahl durch die Eltern oder in der Peergroup (vgl. ebd.). Der große Einfluss der Eltern bei der Berufsorientierung zeigt sich nicht nur in Bezug auf den Pflegeberuf, sondern branchenübergreifend, wie bspw. in den MINT-Berufen (vgl. Vieback, Lonzig & Brämer 2020, S. 135 f.).

Im individuellen Berufswahlprozess ist auch die Generationszugehörigkeit von Bedeutung. Der Generation Z werden junge Menschen, die zwischen 1995 und 2010 geboren wurden, zugeordnet. Die Unterschiede zwischen den Generationen basieren u. a. auf den unterschiedlichen gesellschaftlichen und technologischen Entwicklungen, die zur Zeit der Kindheit und im Erwachsenwerden die Lebenswelt prägen (vgl. Schnetzer & Hurrelmann 2021, S. 11). So ist die Generation Z bereits im Kleinkindalter mit Globalisierung und Digitalisierung aufgewachsen und hat oft einen hohen Anspruch an die technische Ausstattung am Arbeitsplatz. Angehörige der Generation Z zeigen sich flexibler im Bindungsverhalten an Arbeitgeber und verhalten sich dem Arbeitgeber gegenüber tendenziell weniger loyal als Vorgängergenerationen. Gleichzeitig besteht ein großer Wunsch nach Entwicklungs- und Selbstverwirklichung und dem Erleben von Sinnhaftigkeit in der späteren beruflichen Tätigkeit (vgl. Weichs & Kauke 2019, S. 210). Betriebe berichten, dass Auszubildende und Praktikantinnen und Praktikanten der Generation Z mehr Feedback und Bestätigung benötigen als Vorgängergenerationen. In der Berufsorientierung der nächsten Generation werden die eigenen Auszubildenden der Betriebe als Schlüsselpersonen bezeichnet (vgl. Walther 2018, S. 38).

Die Rolle der digitalen sozialen Medien als Informationsquelle in der Berufsorientierung gewinnt zunehmend an Bedeutung. Der Fokus liegt auf der audiovisuellen Vermittlung von Inhalten, die Schülerinnen und Schüler zur Gewinnung von möglichst praxisnahen Informationen über Arbeitgeber nutzen (vgl. Schöpp u. a. 2021, S. 11), die beliebtesten Plattformen waren bislang Instagram und YouTube (vgl. Hurrelmann, Köcher & Sommer 2019, S. 85). Dennoch geben Schülerinnen und Schüler an, dass neben Social Media vor allem persönliche Beziehungen für ihre Berufswahl

entscheidend sind (vgl. ebd.). Der Kontakt von Schülerinnen und Schülern allgemeinbildender Schulen im Berufswahlprozess mit dem Lernort Betrieb ist in den Bundesländern unterschiedlich konzeptioniert. Ein Überblick findet sich z. B. im Datenreport zum Berufsbildungsbericht 2018 (vgl. Grabinski 2018, S. 428).

2.3 Relevanz berufsorientierender Praktika im Berufsfeld Pflege

In der Phase der Berufsorientierung ist in Hinblick auf die Wahl einer Ausbildung in der Pflege bedeutsam, dass die an dem Pflegeberuf interessierten Schülerinnen und Schüler realistische Erwartungen aufbauen, um später eine positive berufliche Identität entwickeln zu können (vgl. Mohr & Reiber 2022, S. 113). Angesichts eines exponentiell ansteigenden Personalbedarfs in der Pflege rückt die Ausbildung als tragende Säule der Fachkräftegewinnung in den Blick. Für die Fachkräftesicherung spielt Ausbildung deshalb eine prominente Rolle, da in ihr nicht nur die Basis für berufliche Handlungskompetenz gelegt wird, sondern auch bereits die Grundlagen für eine Identifikation mit dem Beruf geschaffen werden, was im Hinblick auf den Berufsverbleib von zentraler Bedeutung ist (vgl. Fischer 2013, S. 269 ff.). Dafür ist es jedoch erforderlich, dass die Erwartungen an den Beruf in den für die Auszubildenden besonders wichtigen Motiven mit der Berufsrealität übereinstimmen. Diese Motive für die Berufswahl sind bei Pflegeauszubildenden in hohem Maße von intrinsischer Natur: Handlungsleitend für die Berufswahlentscheidung ist u. a. der Wunsch nach einer sinnvollen, fachlich anspruchsvollen Tätigkeit, die sich am zu pflegenden Menschen orientiert und von Handlungsautonomie geprägt ist (vgl. Görres u. a. 2015, S. 153; Huber 2019, S. 212; Matthes 2019, S. 98). Dies sind zugleich auch die Gründe, die beruflich Pflegende als Motive für den Berufsverbleib anführen (vgl. Mohr, Riedlinger & Reiber 2019, S. 169). Die Berufsorientierung sollte deshalb zu einem realistischen Bild des Berufs mit seinen Herausforderungen, aber auch mit seinen Potenzialen (vgl. Matthes 2019) führen, um auf dieser Grundlage eine informierte Entscheidung treffen zu können. Das Potenzial, das in den Praktika steckt, wird aktuell jedoch seitens der Pflegeeinrichtungen kaum erkannt. Bislang liegen wenige Erkenntnisse vor, welchen Stellenwert die Praktika im Rahmen der Berufswahl für einen Pflegeberuf einnehmen und wie sie ausgestaltet werden können, um den Berufswahlprozess optimal zu unterstützen (vgl. Siecke 2018, S. 92 ff.).

3 Methodisches Vorgehen

Für die Bearbeitung des Themas wird exemplarisch auf die ein- bis dreiwöchigen Berufsorientierungspraktika von Schülerinnen und Schülern allgemeinbildender Schulen Bezug genommen. Zunächst wurde eine Literaturrecherche mit dem Fokus auf Praxisprojekte zur Ausgestaltung betrieblicher Berufsorientierungspraktika in der Pflege, länderspezifische Anforderungen und Gelingensfaktoren für die Berufsorientierung im Pflegebereich vorgenommen. Es konnten zwei Projekte identifiziert werden, deren Akteure in Experteninterviews befragt wurden. Die recherchierten Gelin-

gensfaktoren, wie bspw. die Erfüllung realistischer Erwartungen während eines Berufsorientierungspraktikums, waren Grundlage für die Interview- und Diskussionsleitfäden. Im weiteren Verlauf wurden Interviews mit Expertinnen und Experten übergeordneter Akteure geführt, ergänzt um zwei Fokusgruppen mit Lehrerinnen und Verantwortlichen in den Betrieben. Um die Perspektive der Schülerinnen und Schüler zu erfassen, wurden im Prä-Post-Design Fokusgruppen an zwei unterschiedlichen allgemeinbildenden Schulen veranstaltet. Die Teilnahme an den Interviews und Fokusgruppen erfolgte freiwillig nach informierter Zustimmung. Die erhobenen Daten wurden pseudonymisiert und datenschutzkonform verarbeitet. Sowohl die Fokusgruppen als auch die Interviews wurden inhaltsanalytisch ausgewertet (vgl. Mayring & Fenzl 2019, S. 637 ff.). Abbildung 1 stellt das Forschungsdesign im Überblick dar.

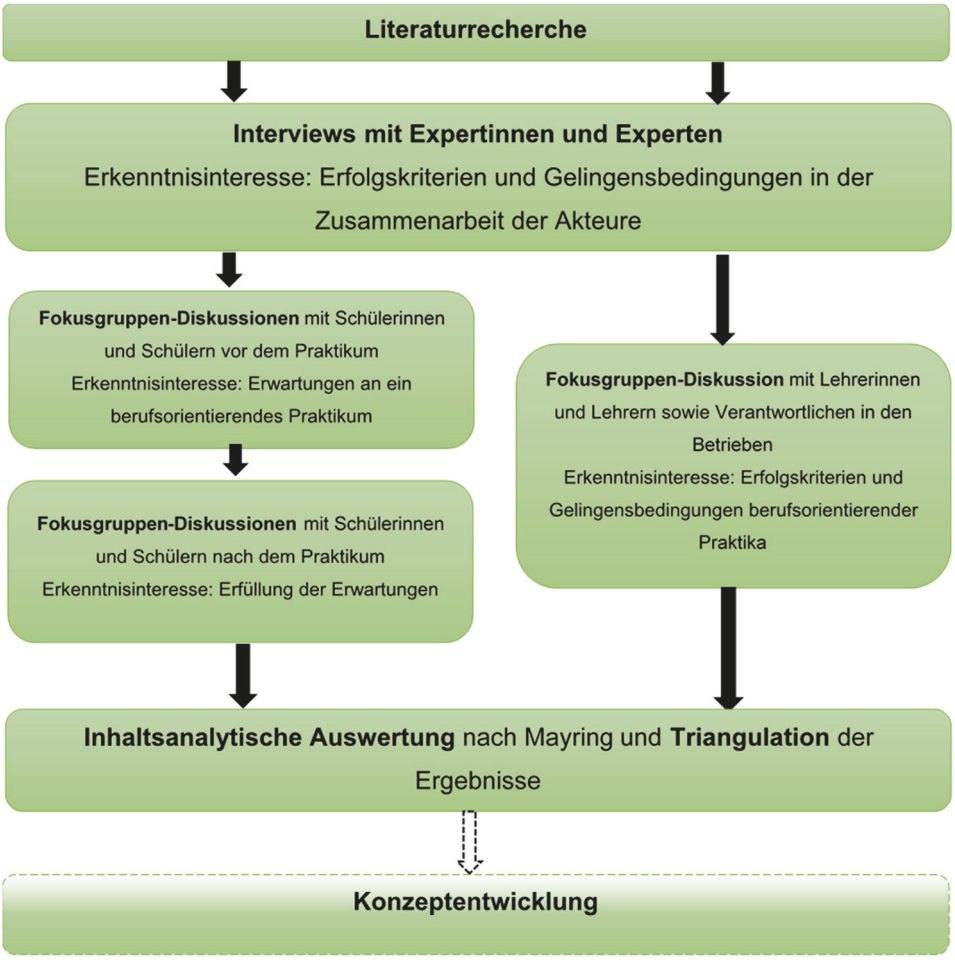


Abbildung 1: Forschungsdesign Berufsorientierung (eigene Darstellung)

Zunächst fanden vier explorative Interviews mit Mitarbeitenden in Arbeits- und Berufsagenturen, einem Bildungszentrum und einem Modellprojekt zur Berufsorientierung statt. Für die Interviews mit den übergeordneten Akteuren wurden aufbauend auf der Literaturrecherche Leitfäden entwickelt, die Einflüsse bei der Berufsorientierung, das Interesse von Jugendlichen am Pflegeberuf, Ziele und Erwartungen in Bezug auf berufsorientierende Praktika, Unterstützungsbedarfe im Berufsorientierungsprozess und die Zusammenarbeit und Vernetzung der Akteure in den Blick nahmen.

Zu den Erfolgskriterien und Gelingensbedingungen berufsorientierender Praktika wurde im Onlineformat eine explorative, leitfadengestützte Fokusgruppe mit den direkt an den Praktika beteiligten Akteuren geführt. Teilgenommen haben zwei Lehrerinnen allgemeinbildender Schulen mit dem Schwerpunkt Gesundheit und Soziales, eine in der Begleitung von Praktikantinnen und Praktikanten tätige Pflegepädagogin und eine Verantwortliche für die Gewinnung Auszubildender. Der strukturierte Leitfaden für diese Fokusgruppe wurde auf Basis der Literaturrecherche und der Erkenntnisse aus den Expertinnen- und Experteninterviews generiert. Die Sicht auf die Gründe für das Praktikum im Berufsfeld Pflege, die Ziele, Wünsche und Befürchtungen im Vorfeld des Praktikums, Ratgeberinnen bzw. Ratgeber und Identifikationsfiguren im Berufswahlprozess, Einflussfaktoren auf die Berufswahl, die Einstellung der Schülerinnen und Schüler zum Berufsleben, die Zusammenarbeit der beteiligten Akteure und die betriebliche Perspektive auf das berufsorientierende Praktikum standen dabei im Fokus.

Darüber hinaus wurden in Präsenz zwei Fokusgruppen mit zwei Gruppen von Schülerinnen und Schülern an Berufsfachschulen mit Schwerpunkt Gesundheit und Soziales geführt, die einen mittleren Bildungsabschluss (Realschulabschluss) anstreben. Es konnte je eine Schule in Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen mit passenden Rahmenbedingungen für die Teilnahme gewonnen werden. Das Einverständnis zur Teilnahme wurde nach umfassender Information durch ein entsprechendes Schreiben von den Schülerinnen und Schülern selbst und bei Minderjährigen auch von den Eltern eingeholt. Die Fokusgruppen fanden im Prä-Post-Design statt. Beide Gruppen wurden jeweils eine Woche vor Beginn des berufsorientierenden Praktikums zu ihren Wünschen, Erwartungen und Bedürfnissen hinsichtlich des Praktikums befragt. Eine Woche nach Abschluss des Praktikums wurden die gleichen Gruppen interviewt, inwiefern sich diese Wünsche und Erwartungen erfüllt haben.

Als letzter Schritt werden die erhobenen Daten hinsichtlich ihrer Ansatzpunkte für die Konzeptentwicklung trianguliert. Im weiteren Verlauf werden für das Konzept aufbauend auf der Datenanalyse unter Einbezug der gesichteten Literatur konkrete Bausteine und Maßnahmen für die unterschiedlichen Phasen der Berufsorientierungspraktika (Vorbereitung – Durchführung – Nachbereitung) entwickelt. Hierbei werden die unterschiedlichen Akteure der jeweiligen Phasen adressiert. Darüber hinaus werden in die Konzeptentwicklung Erkenntnisse aus anderen Themenfeldern des Projekts einbezogen.

4 Ergebnisse

4.1 Perspektive der beteiligten Akteure

Berufswahlprozess

In den Interviews und Fokusgruppen wurde betont, dass sich die Schülerinnen und Schüler häufig noch nicht bereit für die Berufswelt fühlen. Aktuell zeichnet sich die Tendenz ab, die Bildungsphase im allgemeinbildenden System so lange wie möglich auszudehnen, um Zeit zu gewinnen und nicht ins Berufsleben starten zu müssen. In der Praxis zeigt sich, dass der Prozess der Berufsorientierung meist von außen, von den Eltern oder der Schule, angestoßen wird. Bewährt hat sich in diesem Zusammenhang die Berufsberatung vor Ort in der Schule und der Einsatz von kommunalen Ausbildungslotsende (Sozial- oder Berufspädagoginnen und -pädagogen). Hier können die Ängste und Unsicherheiten der Schülerinnen und Schüler in der Transitionsphase zwischen Schule und Beruf thematisiert werden. Dabei geht es darum,

> „...zu unterstützen und diese Sinnfindung mit den Jugendlichen herauszuarbeiten. Ich glaube, das fehlt einfach... ...Ich glaube, die Schülerinnen und Schüler haben schon Zukunftsängste." (BO_Exp_004, 218–226)

Hier spielt vor allem der persönliche Kontakt eine Rolle. Dieser Kontakt kann über Berufsberatende oder Auszubildende hergestellt werden, die direkt in den Schulen die Fragen der Jugendlichen beantworten und aktiv für den Pflegeberuf werben. Soziale Medien und Ausbildungsmessen werden ebenfalls als wichtige Informationsquellen genannt, die jedoch den persönlichen Kontakt nicht ersetzen können.

Zusammenarbeit der beteiligten Akteure

Im Kontext der Bedeutung der Praktika für die Fachkräftesicherung in der Pflege wurde die Notwendigkeit einer starken strukturellen Verankerung von Berufsorientierung diskutiert. Um die Berufsorientierung optimal gestalten zu können, bedarf es nach Meinung der Interviewten einer guten Zusammenarbeit aller beteiligten Akteure. Hier sehen sie das Initiieren von Steuer- und Lenkungsgruppen als wichtigstes Instrument, um bspw. Ausbildungskammern, Pflegeschulen, Lehrkräfte, Ausbildungslotsende und politische Akteurinnen und Akteure regelmäßig an einen Tisch zu bringen. Die Regelmäßigkeit der Treffen, klare Strukturen und das Pflegen persönlicher Kontakte werden in diesem Zusammenhang als wichtigste Gelingensfaktoren genannt. Eine Teilnehmerin sprach davon, dass Berufsorientierung in der Pflege auch auf der politischen Ebene verortet sein sollte und hierfür bspw. Koordinationsstellen bei Städten, Gemeinden oder auf Landkreisebene geschaffen werden müssten. Dies zeigt sich über die Koordination der Zusammenarbeit hinaus auch im Kontext von Praktikantinnen und Praktikanten aus dem Ausland relevant hinsichtlich eines sicheren Aufenthaltsstatus und besonderer Unterstützungsbedarfe, bspw. Sprachförderung oder psychosoziale Begleitung.

Bezugspersonen

Nach Ansicht der Expertinnen und Experten sind die Eltern die wichtigsten Ratgebenden im Berufswahlprozess. Damit Eltern ihre Kinder gut beraten können, ist die Elternarbeit ein wesentlicher Gelingensfaktor für die Berufsorientierung. Gleichzeitig wird festgestellt, dass die Eltern häufig ihre Verantwortung nicht wahrnähmen, bzw. nicht wahrnehmen könnten. Hier sehen die Expertinnen und Experten die Notwendigkeit, die Elternarbeit aktiv in den Berufsorientierungsprozess in der Schule mit einzubeziehen, indem Eltern in die Berufsberatung und die Beratungsgespräche eingebunden werden.

Identifikationsfiguren finden die Jugendlichen und jungen Erwachsenen laut den Expertinnen und Experten vor allem in ihren Peer-Groups. Deshalb wird dazu geraten, Auszubildende in ähnlichem Alter als Botschafterinnen bzw. Botschafter in Schulen einzuladen, um von ihren Ausbildungsberufen zu berichten. So kann bei den Schülerinnen und Schülern ein Eindruck des Berufs auf Augenhöhe entstehen, der viel wertvoller sei, als der aus formalen Informationen vonseiten älterer Erwachsener generierte.

Praktika zur Berufsorientierung

Alle Expertinnen und Experten bezeichneten das Praktikum als wichtigstes Instrument („Königsweg“) im Berufsorientierungsprozess. Die Diskutierenden in der Fokusgruppe mit den direkt an den Praktika beteiligten Akteuren waren sich einig, dass berufsorientierende Praktika in den Betrieben zu wenig genutzt werden, um aktiv neue Auszubildende anzuwerben. Organisatorisch bedarf es einer guten Vor- und Nachbereitung vonseiten der allgemeinbildenden Schulen. Dies betrifft sowohl die Auswahl der Einsatzorte, die Begleitung im Bewerbungsprozess und eine Art „Coaching“ (BO_Exp_003, 139–141), in dem Ängste und Befürchtungen thematisiert werden. In Bezug auf ein Praktikum im Pflegebereich befürchten die Schülerinnen und Schüler die Konfrontation mit emotional belastenden Situationen, wie bspw. dem Erleben des Sterbeprozesses. Generell sei das Interesse an sozialen Berufen nicht sehr stark, obwohl sich Berufsberatende große Mühe gäben, diese Berufe stärker in den Blick zu rücken. Vor allem das in den Medien gezeigte Bild scheint hier eine entscheidende Rolle zu spielen. Vorbehalte werden auch gegenüber den langen Arbeitstagen im Praktikum und der Begegnung mit den dortigen Kolleginnen und Kollegen berichtet.

> „…das ist eine große Scheu auch, mit fremden Erwachsenen zu sprechen zum Beispiel.“ (BO_Exp_002, 141–142)

In Bezug auf Ziele für und Erwartungen an das Praktikum weisen die Interviewten auf zwei Aspekte hin. Maßgeblich ist einerseits eine wertschätzende Haltung. Das beinhaltet, dass die Schülerinnen und Schüler auf einer „persönlichen Ebene abgeholt werden“ (BO_L_001, 283–284) und als „Person wahrgenommen werden, so wie sie sind“ (BO_L_001, 364). Andererseits geht es um eine stärkeorientierte Praktikumserfahrung, die Anerkennung und nicht das Fokussieren auf Defizite der Schülerinnen und Schüler in den Mittelpunkt stelle.

> „Sie sollten auf jeden Fall die Möglichkeit haben, sich aktiv einzubringen. Also es muss immer ein aktiver Part dabei sein. Die müssen die Möglichkeit haben, mit Personen zu reden: Wie geht es dir?“ (BO_Exp_004, 250–252)

4.2 Perspektive der Schülerinnen und Schüler

Erwartungen an das Praktikum

Im Gegensatz zu den Einschätzungen der Expertinnen und Experten standen die meisten Diskussionsteilnehmenden nicht am Anfang des Berufsorientierungsprozesses, sondern hatten bereits durch Praktika, Freiwilligenarbeit oder durch die Begleitung von Eltern oder Geschwister zu deren Arbeitsplätzen mehr oder weniger tiefe Einblicke in das Berufsleben gewinnen können. Fast alle Jugendlichen und jungen Erwachsenen setzten sich ernsthaft mit dem Thema Berufswahl auseinander und nahmen das Praktikum als wichtiges Instrument im Berufsorientierungsprozess wahr. Auf die Frage nach den Gründen für ihre Berufswahl antworteten die Jugendlichen und jungen Erwachsenen, dass sie Berufe erlernen möchten, „die zu ihnen passen und die ein Leben lang Spaß machen“ (BO_SV_001, 484–487). Zudem wünschen sie sich eine Arbeit, die vielfältig und wenig stressbehaftet sei und flexible Arbeitszeiten ermögliche. Als Motive für die Wahl eines Praktikums im pflegerischen Bereich nannten die Schülerinnen und Schüler das Bedürfnis des „Helfen-Wollens“, die Interaktion mit Menschen und generell das Erleben sozialen Miteinanders.

Die Eltern wurden von den Jugendlichen und jungen Erwachsenen in beiden Fokusgruppen nicht als wesentliche Ratgebende im Berufsorientierungsprozess bezeichnet. Sie gaben sich eher unabhängig und äußerten auch, dass die Meinung von Freundinnen und Freunden sie bei der Berufswahl nicht oder wenig beeinflusse. Dennoch wurde im Verlauf der Diskussionen häufiger erwähnt, dass berufliche Tätigkeiten im Verwandten- oder Freundeskreis die eigene Berufswahl inspiriere. Beide Gruppen maßen dem Einfluss durch soziale Medien bezogen auf ihre Berufsorientierung eher wenig Bedeutung zu.

Die Jugendlichen und jungen Erwachsenen äußerten vor dem Praktikum die Befürchtungen, dass sie der körperlichen Herausforderung nicht gewachsen sein würden, sie nicht in der Lage sein könnten, eine volle Arbeitswoche „durchzuhalten“ (BO_SV_002, 175–176), sie womöglich nicht akzeptiert sein würden, wie sie seien, oder sie nicht „wirklich etwas machen“ (BO_SV_002, 177) dürften. Dabei wurde neben der Befürchtung einer Unter- auch die der Überforderung geäußert. Sie wünschten sich für das Praktikum ein gutes Arbeitsklima, gute Begleitung und Anleitung, Vertrauen in ihre Fähigkeiten und generell einen realistischen Einblick in den Beruf.

> „Ich hatte einen Wunsch, dass das Arbeitsklima gut ist. Dass die Leute da mir so richtig zeigen, was ich machen soll und dabei helfen.“ (BO_SV_002, 131–132)

Praktikumserfahrungen

In den Diskussionen nach dem Praktikum konnten die Schülerinnen und Schüler fast ausschließlich von guten Erfahrungen berichten. Das Vorhandensein von festen Bezugspersonen und strukturierte Vor- und Nachgespräche wurden als sehr hilfreich

empfunden, die den Jugendlichen und jungen Erwachsenen Sicherheit während des Praktikums gaben. Sie hätten echte Einblicke in das jeweilige Berufsfeld, Wertschätzung und respektvollen Umgang erlebt. Besonders hervorgehoben wurden Beachtung und Einbezug durch Vorgesetzte.

> „Die waren alle freundlich, lieb. Es waren halt als ob ich den Arbeit, Kollegen waren. Und nicht ein Praktikumsdings." (BO_SN_001, 147–148)

Der Pflegeberuf wurde insgesamt als „schöner Beruf" (BO_SN_001, 467) bezeichnet, vor allem der Umgang mit Menschen und das Erleben von wachsenden Beziehungen zu Patientinnen und Patienten sowie Pflegebedürftigen stand hier für die Schülerinnen und Schüler im Vordergrund.

> „Also, ich hatte halt die Befürchtung, dass [die Patientinnen und Patienten] das nicht wollen. Zuerst haben wir auch jeden gefragt, ob es okay ist, dass noch jemand mit war. Ein paar Leute haben dann gesagt: ‚Ist für mich nicht okay.' Aber nach einer Woche haben die dann gesagt: ‚Ist doch gut.' Also, bis sie mich kennengelernt haben." (BO_SN_001, 274–277)

Einige Praktikantinnen und Praktikanten wurden mit Dankeskarten und kleinen Geschenken aus dem Praktikum verabschiedet, manche bekamen das Angebot eines Ausbildungsplatzes. Dies wurde als große Wertschätzung empfunden. Eine Diskussionsteilnehmerin äußerte, dass sie aufgrund der Erfahrung im Team am Praktikumsort sich vorstellen könne, dort eine Ausbildung zu machen, obwohl sie eigentlich ursprünglich einen ganz anderen Wunschberuf hatte.

Alle Jugendlichen und die jungen Erwachsenen bewerteten das Praktikum als hilfreich. Generell wünschten sich eher mehr als weniger Praktikumserfahrungen während ihrer Schulzeit, um in ihrem eigenen Berufswahlprozess sicherer zu werden.

5 Diskussion

In den Interviews und den Fokusgruppen wurden die Ergebnisse der Literaturrecherche überwiegend bestätigt. Durchgängig betont wurde der hohe Stellenwert, den Berufsorientierungspraktika im Berufswahlprozess einnehmen, und die Tatsache, dass diese in der Praxis noch zu wenig im Fokus stehen. Es wurde deutlich, dass sich Schülerinnen und Schüler in ihren Praktika vor allem Autonomieerleben, Kompetenzerleben und soziale Eingebundenheit wünschen (vgl. Deci & Ryan 1993). In Rückbezug auf die Social Cognitive Career Theory lässt sich die Relevanz einer positiven Praktikumserfahrung als Stärkung der Selbstwirksamkeitserwartung interpretieren. Stärkeorientierung und Erfolgserlebnisse sowie Wertschätzung tragen dazu bei, dass die eigene Selbstwirksamkeit als positiv erlebt wird. Auch die Bestätigung der Ergebniserwartung einer sinnhaften Tätigkeit, in der den zu pflegenden Menschen Hilfestellung gegeben werden kann, kann während des Praktikums erlebbar werden. Um auf

der Grundlage positiver Praktikumserfahrungen einen Abgleich mit den eigenen Vorstellungen und Erwartungen zu ermöglichen, sind einerseits die Erfahrung, angeleitet und begleitet in Kontakt zu den Patientinnen und Patienten bzw. Pflegebedürftigen zu kommen, und andererseits die Wahrnehmung, sich für die kurze Zeit des Praktikums als Teil des Teams zu fühlen, beide gleichermaßen von Bedeutung.

Um ein entsprechendes Erleben zu fördern, ist es erforderlich, berufsorientierende Praktika in die Organisationsstruktur der Einrichtungen einzubetten und von zentraler Stelle zu koordinieren. Leitende Mitarbeitende stehen in einer besonderen Verantwortung, da ihre Wertschätzung von den Praktikantinnen und Praktikanten als besonders motivierend empfunden wird. Um sich dieser Aspekte bewusst zu werden, können Stations- oder Bereichsleitungen entsprechend geschult werden. Auch Pflegeteams sind dahingehend zu sensibilisieren, dass ihr Verhalten und ihre Handlungen für die spätere Berufswahl der Praktikantinnen und Praktikanten von entscheidender Bedeutung sein können. Eine verbindliche Verlaufsplanung mit Auftakt-, Zwischen- und Abschlussgespräch, der standardisierte Ablauf des ersten Arbeitstages und das Zuteilen einer festen Bezugsperson können den Schülerinnen und Schülern Sicherheit im Praktikum geben. Das Erleben sozialer Eingebundenheit kann bspw. durch gemeinsame Pausen oder ein kleines Abschiedsgeschenk gefördert werden.

Autonomie- und Kompetenzerleben wird dann erfahrbar, wenn Tätigkeiten definiert werden, die von den Praktikantinnen und Praktikanten nach Anleitung selbstständig durchgeführt werden dürfen, und dazu ein konstruktives, stärkeorientiertes Feedback stattfindet. Ansatzpunkte für „domänenspezifische berufsorientierende Maßnahmen“ (Kruse & Driesel-Lange 2017, S. 21) können pädagogisch begleitete Situationen bieten, in denen pflegerisches Handeln in der Interaktion mit Patientinnen und Patienten sowie Pflegebedürftigen erfahren werden kann (vgl. ebd.). Für die Praktikumserfahrung kann es förderlich sein, wenn Schülerinnen und Schüler durch Auszubildende als Near-Peers begleitet werden. Damit wird eine Begegnung auf Augenhöhe mit Vertreterinnen und Vertretern der eigenen Generation ermöglicht. Praktikantinnen und Praktikanten können bspw. in Praxisanleitungen integriert werden oder Auszubildende können selbst Anleitesituationen erproben. Dies kann bspw. innerhalb des Kompetenzbereichs III.1 „Verantwortung in der Organisation des qualifikationsheterogenen Pflegeteams“ in den Ausbildungsplan integriert werden. Der Kontakt zur Pflegeschule kann bereits während der Praktika hergestellt werden, bspw. durch einen Besuch in Begleitung der Auszubildenden. Spätestens im Abschlussgespräch können die Praktikantinnen und Praktikanten ggf. auf ein Ausbildungsangebot angesprochen werden. Wenn Ausbildungsinteresse besteht, sollte der Kontakt nach dem Praktikum weiter gepflegt werden, bspw. durch die zentrale Koordinationsstelle der Einrichtung.

Berufsorientierung findet nicht ausschließlich an Schulen und in Betrieben statt, sondern wird von vielfältigen Akteuren auf unterschiedlichen Ebenen beeinflusst. So ist es zielführend, die Verantwortung für die Gewinnung von Nachwuchs im Pflegeberuf auch als politische und gesamtgesellschaftliche Aufgabe zu sehen und nicht nur den Pflegeschulen bzw. Einrichtungen zu überlassen. Relevant für ein erfolgreiches

Konzept zu Berufsorientierung ist die Zusammenarbeit der beteiligten Akteure (vgl. Allianz für Aus- und Weiterbildung 2017, S. 5). Dazu zählen Vertreterinnen und Vertreter der allgemeinbildenden Schulen, der Betriebe, der Berufs(fach)schulen und beteiligter Einrichtungen wie bspw. der Bundesagentur für Arbeit. Dementsprechend sind auf regionaler Ebene, bspw. in Stadt-, Kreis- oder Landesverwaltungen, Foren zu schaffen, um die Akteursgruppen zusammenzubringen, Synergieeffekte zu fördern und eine intensive Zusammenarbeit zu ermöglichen. Besondere Bedeutung hat die Zusammenarbeit von allgemeinbildenden und Pflegeschulen und den Einrichtungen. Die Schülerinnen und Schüler benötigen eine gezielte Vorbereitung auf ihre Praktika, dazu benötigen die Lehrerinnen und Lehrer entsprechende Informationen vonseiten der Praktikumsbetriebe, an die sie nur über einen adäquaten Austausch gelangen können. Schulklassen im Rahmen der Berufsorientierung durch Pflegepädagoginnen bzw. -pädagogen und Auszubildende zu besuchen, kann Jugendliche und junge Erwachsene dazu inspirieren, ein Praktikum in Pflegebereich zu absolvieren. Dementsprechende Kooperationen sind zu fördern.

Limitationen der Studienergebnisse ergeben sich aufgrund der geringen Anzahl an Interviews und Fokusgruppen mit Schülern und Schülerinnen. Zudem wurden die Fokusgruppen mit Schülerinnen und Schülern unabhängig davon geführt, in welchem Bereich sie ihr Praktikum absolvierten. Um aussagekräftige Ergebnisse zu den Berufsorientierungspraktika im Pflegebereich zu erhalten, sind weitere Studien notwendig, bspw. spezifische Erhebungen im Prä-Post-Design mit Praktikantinnen und Praktikanten, die alle ihr Berufsorientierungspraktikum im Pflegebereich absolvieren. Darüber hinaus sind Studien und Projekte erforderlich, die die konkreten Rahmenbedingungen vor Ort in den Blick nehmen bzw. Einrichtungen bei der pädagogisch-didaktischen und konzeptionellen Ausgestaltung der Praktika unterstützen.

6 Fazit und Ausblick

In Zeiten des Fachkräftemangels in der Pflege kommt der Gewinnung von Nachwuchs eine besondere Bedeutung zu. Über eine positive Praktikumserfahrung können am Pflegeberuf interessierte junge Menschen für eine Ausbildung in diesem Bereich angeworben und der Grundstein für eine positive Berufsidentifikation und -bindung gelegt werden. Angesichts von Personalknappheit und hohem Arbeitsaufkommen braucht es Strategien, um Jugendliche und junge Erwachsene im Berufsorientierungsprozess adäquat unterstützen und während ihres Praktikums pädagogisch begleiten zu können. Durch in den jeweiligen Organisationen verankerte und an die Bedarfe und Bedürfnisse der Praktikantinnen und Praktikanten angepasste Konzepte unter Einbindung bzw. Vernetzung aller am Berufswahlprozess beteiligten Akteure können entsprechende Rahmenbedingungen gefördert werden. Zum Zeitpunkt des Verfassens dieses Beitrages befindet sich die Forschungsgruppe noch in der letzten Phase der Analyse der erhobenen Datensätze. Die Integration der unterschiedlichen Perspektiven ermöglicht einen umfassenden Ansatz in der Konzeptentwicklung. Das vollständige Konzept wird voraussichtlich Anfang 2024 auf der Webseite des BIBB verfügbar sein.

Literatur

Allianz für Aus- und Weiterbildung (Hg.) (2017). *Die Qualität im Blick: Das Betriebspraktikum von Schülerinnen und Schülern weiterentwickeln. Empfehlungen der Partner der Allianz für Aus- und Weiterbildung*. Verfügbar unter https://bm.rlp.de/fileadmin/bm/Bildung/BSO/verlinkte_Dateien/Allianz_fuer_Aus-_und_Weiterbildung_-_Schueler betriebspraktika.pdf (Zugriff am: 16.08.2021).

Altepost, A. (2017). *Risiken der Berufswahl*. Wiesbaden: Springer VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Borchers, A., Rödiger, L., Seidel, S., Oschmiansky, F. & Ebach, M. (2017). *Bedarfe und Verbesserungspotentiale der Studien- und Berufsorientierung an Gymnasien. Endbericht*. Verfügbar unter https://www.bildungsketten.de/bildungsketten/shareddocs/arbeitsmaterialien/de/Bedarfe-und-Verbesserungspotentiale-der-Studien-und-Berufsorientierung-an-Gymnasien.pdf?__blob=publicationFile&v=2 (Zugriff am: 22.09.2023).

Brüggemann, T. (2015). 10 Merkmale „guter" Berufsorientierung. In T. Brüggemann & E. Deuer (Hg.), *Berufsorientierung aus Unternehmenssicht. Fachkräfterekrutierung am Übergang Schule – Beruf*, S. 65–79. Bielefeld: W. Bertelsmann.

Calmbach, M. & Schleer, C. (2020). Rolle der Eltern bei der Berufsorientierung ihrer Kinder. In M. Calmbach & C. Schleer (Hg.), *Berufsorientierung und „Future Readiness" Jugendlicher. SINUS-Studien*, S. 41–53. Wiesbaden: Springer VS.

Deci, E. L. & Ryan, R. M. (1993). Die Selbstbestimmungstheorie der Motivation und ihre Bedeutung für die Pädagogik. *Zeitschrift für Pädagogik*, (39)2, S. 223–238.

Dreisiebner, G. (2019). *Berufsfindungsprozesse von Jugendlichen*. Wiesbaden: Springer.

Ebbinghaus, M. (2022). *Pflege? Damit kann ich mich (nicht) sehen lassen…* BIBB Report, 1. Bonn: Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB).

Eberhard, V. & Ulrich, J. (2006). Schulische Vorbereitung und Ausbildungsreife. In V. Eberhard, A. Krewerth & J. Ulrich (Hg.), *Mangelware Lehrstelle. Zur aktuellen Lage der Ausbildungsplatzbewerber in Deutschland, S*. 35–56. Bielefeld: Bertelsmann.

Faulstich-Wieland, H., Lucht, A. T. & Wallraf, B. (2016). Berufsorientierung in praktischer Erprobung: Berufsfindungsaktionstage und Schülerfirmen als Möglichkeiten zur Erweiterung des Berufswahlspektrums? *bwp@ Spezial 12*, April 2016. Verfügbar unter https://www.bwpat.de/spezial12/faulstich-wieland_etal_bwpat_spezial12.pdf (Zugriff am: 01.09.2021).

Fischer, R. (2013). *Berufliche Identität als Dimension beruflicher Kompetenz. Entwicklungsverlauf und Einflussfaktoren in der Gesundheits- und Krankenpflege*. Bielefeld: W. Bertelsmann.

Görres, S., Stöver, M., Bomball, J. & Adrian, C. (2015). Imagekampagnen für Pflegeberufe auf der Grundlage empirisch gesicherter Daten – Einstellungen von Schüler/innen zur möglichen Ergreifung eines Pflegeberufs. In P. Zängl (Hg.), *Zukunft der Pflege. 20 Jahre Norddeutsches Zentrum zur Weiterentwicklung der Pflege*, S. 147–157. Wiesbaden: Springer.

Grabinski, A. (2018). Praxis und Programme: Strukturentwicklung in der beruflichen Orientierung: Bund-Länder-BA-Vereinbarungen der Initiative Bildungsketten In M. Friedrich (Hg.), *Datenreport zum Berufsbildungsbericht 2018. Informationen und Analysen zur Entwicklung der beruflichen Bildung*, 428–430. Leverkusen: Verlag Barbara Budrich.

Haenggli, M. & Hirschi, A. (2020). Career adaptability and career success in the context of a broader career resources framework. *Journal of Vocational Behavior*, 119(1), 103414.

Herzog, W. & Makarova, E. (2013). Berufsorientierung als Copingprozess. In T. Brüggemann & S. Rahn (Hg.), *Berufsorientierung. Ein Lehr- und Arbeitsbuch*, S. 73–83. Münster: Waxmann.

Huber, A. (2019). *Wert(er)schöpfung: die Krise des Pflegeberufs*. Baden-Baden: Nomos.

Hurrelmann, K., Köcher, R. & Sommer, M. (2019). *Die McDonald's Ausbildungsstudie 2019. Kinder der Einheit. Same same but (still) different!* Verfügbar unter https://karriere.mcdonalds.de/docroot/jobboerse-mcd-career-blossom/assets/documents/McD_Ausbildungsstudie_2019.pdf (Zugriff am: 23.03.2023).

Jung, E. (2008). Reife, Fähigkeit oder Kompetenz? Über die pädagogisch-didaktische Bedeutung von Leitbegriffen im Arbeits- und Berufsfindungsprozess. In E. Schlemmer & H. Gerstberger (Hg.), *Ausbildungsfähigkeit im Spannungsfeld zwischen Wissenschaft, Politik und Praxis*, 131–157. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Kruse, A. & Driesel-Lange, K. (2017). Berufsorientierung in den Pflegeberufen – ein vernachlässigter Bereich? *Berufsbildung Wissenschaft und Praxis*, (1), S. 20–21.

Lent, R. W. (2013). Social Cognitive Career Theory. In S. Brown & R. Lent (Hg.), *Career Development and Counseling. Putting Theory and Research to Work*, 2. Auflage, S. 115–146. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons.

Ludwig, J. (2005). Modelle subjektorientierter Didaktik. *REPORT, Literatur- und Forschungsreport Weiterbildung*, 28(1), S. 75–80.

Matthes, S. (2019). *Warum werden Berufe nicht gewählt? Die Relevanz von Attraktions- und Aversionsfaktoren in der Berufsfindung, Dissertation der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Bonn*. Bonn: Bundesinstitut für Berufsbildung (Hg.). Verfügbar unter https://www.bibb.de/dienst/veroeffentlichungen/de/publication/show/9795 (Zugriff am: 20.03.2023).

Mayring, P. & Fenzl, T. (2019). Qualitative Inhaltsanalyse. In N. Baur & J. Blasius (Hg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*, S. 633–648. Wiesbaden: Springer VS. https://doi.org/10.1007/978-3-658-21308-4_42.

Mohr, J. & Reiber, K. (2022). Auszubildendengewinnung und Ausbildungsgestaltung im Pflegeberuf – eine laufbahnbezogene Perspektive auf den Lernort Praxis. In L. Bellmann, H. Ertl, C. Gerhards & P. Sloane (Hg.), *Betriebliche Berufsbildungsforschung*, Beiheft der Zeitschrift für Berufs- und Wirtschaftspädagogik, S. 97–121, Stuttgart: Steiner.

Mohr, J., Riedlinger, I. & Reiber, K. (2019). Die Bedeutung der Digitalisierung in der Neuausrichtung der pflegerischen Ausbildung – Herausforderungen für die berufliche Pflege im Kontext der Fachkräftesicherung. In E. Wittmann, D. Frommberger & U. Weyland (Hg.), *Jahrbuch der berufs- und wirtschaftspädagogischen Forschung 2020*, S. 165–182. Opladen, Berlin & Toronto: Verlag Barbara Budrich. https://doi.10.25656/01:20661.

Reißig, B., Gaupp, N. & Lex, T. (2008). *Hauptschüler auf dem Weg von der Schule in die Arbeitswelt. Das DJI-Übergangspanel*. München: Deutsches Jugendinstitut.

Schnetzer, S. & Hurrelmann, K. (2021). *Studie „Junge Deutsche 2021"*. Verfügbar unter https://jungedeutsche.de/junge-deutsche-2021/ (Zugriff am: 12.03.2023).

Schöpp, M., Risius, P., Martin, A. & Jansen, A. (2021). *Neue (digitale) Wege in der Berufsorientierung. KOFA-Studie 2/2021*. Verfügbar unter https://www.kofa.de/media/Publikationen/Studien/Digitale_Berufsorientierung_2_2021.pdf (Zugriff am: 22.03.2023).

Siecke, B. (2018). Von der Schule in den Beruf – Herausforderungen für die Pflegeausbildung am Beispiel von Berufsorientierung und Heterogenität. In M. Friese (Hg.), *Reformprojekt Care Work. Professionalisierung der beruflichen und akademischen Ausbildung*, S. 91–105. Bielefeld: wbv.

Vieback, V., Lonzig, A. & Brämer, S. (2020). Beteiligungsformate für Eltern zur Unterstützung einer gendersensiblen Berufsorientierung im MINT-Bereich. *Journal of Technical Education*, 8(1), S. 135–137.

Walther, P. (2018). Haltung ändern für die Generation Z. *Personalwirtschaft*, (07), S. 36–40.

Weichs V. & Kauke, R. (2019). Generation Y: Herausforderung oder Chance für den Arbeitgeber? In M. Busold (Hg.), *War for talents*, S. 205–217. Berlin: Springer-Verlag.

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1 Forschungsdesign Berufsorientierung 104

Autorinnen



Sabine Dorn, Pflegewissenschaftlerin (M. A.), ist wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Hochschule Esslingen. Sie arbeitet in Forschungsprojekten zur beruflichen Bildung in der Domäne Pflege im Kontext der Fachkräftesicherung und Professionalisierung.
Kontakt: sabine.dorn@hs-esslingen.de



Anna Willaredt, Bildungswissenschaftlerin (M. A.), ist wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Hochschule Esslingen. Sie arbeitet in einem Forschungsprojekt zur beruflichen Bildung in der Domäne Pflege im Kontext der Fachkräftesicherung und Professionalisierung.
Kontakt: anna.willaredt@hs-esslingen.de



Nicola Hofmann, Pflegepädagogin (M. A.), ist wissenschaftlicher Mitarbeiterin an der Hochschule Esslingen. Sie arbeitet in Forschungsprojekten zur beruflichen Bildung in der Domäne Pflege im Kontext der Fachkräftesicherung und Professionalisierung.
Kontakt: nicola.hofmann@hs-esslingen.de



Prof. Dr. **Jutta Mohr**, Professur für Pflegewissenschaft an der Hochschule Esslingen. Aktuelle Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Betriebliche Bildung, Professionalisierung und Fachkräftesicherung in der Pflege.
Kontakt: jutta.mohr@hs-esslingen.de

Pflegefachassistenz – von der Berufsfeldanalyse zu Rahmenplänen

Anja Walter, Heidrun Herzberg

Abstract

Im Anschluss an die Reform der dreijährigen Pflegeausbildung stellte sich die Frage, wie zukünftige Pflegeassistenzausbildungen gestaltet werden können, um einen pflegerischen Skill- und Grademix versorgungsgerecht zu ermöglichen. In der Studie, die in diesem Beitrag vorgestellt wird, wurden Berufsfeldanalysen im Bereich der Pflegeassistenz durchgeführt. Die Ergebnisse zeigen Entwicklungsbedarfe auf institutioneller und Akteursebene. Das als Ergebnis abgeleitete Kompetenzprofil verweist auf eine Kernkompetenz von Pflegefachassistentinnen und -assistenten, die die besondere Nähe zu den zu pflegenden Menschen in den Mittelpunkt stellt. Auf Basis der anzubahnenden Kompetenzen wurden in der Folge Rahmenpläne für die Pflegefachassistenzausbildung in Brandenburg entwickelt.

Schlagworte: Pflegefachassistenzausbildung, Berufsfeldanalysen, mentales Feld, Kompetenzprofil

Following the reform of the three-year nursing training, the question arose as to how future nursing assistant training can be designed in order to design a nursing skill and grade mix appropriate to care. In the study, which is presented in this article, occupational field analyses were carried out in the field of nursing assistance. The results show development needs at the institutional and at the actor level. As a result, a competence profile was derived that refers to a core competence that focuses on the special proximity to people to be cared for. On the basis of the competencies to be initiated, framework plans for nursing assistant training in Brandenburg were subsequently developed.

Keywords: Nursing assistant training, occupational field analyses, mental field, competence profile

1 Die Rahmenbedingungen der Studie

Der Projektträger der Studie, die hier vorgestellt wird[1], beschäftigte sich seit Ende 2019 mit der Anpassung von in Landeszuständigkeit liegenden Ausbildungen in Assistenzberufen in der Pflege. Im Anschluss an die Reform der dreijährigen Pflegeausbildung stellte sich die Frage, wie zukünftige Pflegeassistenzausbildungen[2] gestaltet werden können, um einen pflegerischen Skill- und Grademix versorgungsgerecht zu gestalten. In den curricularen Diskursen mit Lehrenden, Praxisanleitenden und anderen Beteiligten im Rahmen des *Neksa-Projektes*[3] zeigte sich die Notwendigkeit der Entwicklung der Assistenzberufe in der Pflege sehr deutlich. In welchen Handlungsfeldern Pflegefachassistentinnen und -assistenten zum Einsatz kommen und welche Arbeitsprozesse von ihnen bewältigt werden können, war jedoch kaum untersucht. Ebenso war eher unklar, worin die *berufliche Handlungskompetenz* der Assistenzkräfte besteht bzw. in einem zukünftigen Qualifikationsmix der Pflegepersonen bestehen könnte (vgl. dazu Muths & Darmann-Finck 2013).

Das Krankenpflegegesetz der Bundesrepublik Deutschland regelte die einjährige Krankenpflegehilfe von 1965 bis 2003 bundesweit einheitlich. Seit der Gesetzesreform für die Krankenpflege (2004) und dem Bundesgesetz über die Berufe in der Altenpflege (2003) werden die Helfer- und Assistenzberufe landesrechtlich geregelt. Das 2017 beschlossene Pflegeberufegesetz (PflBG) lässt weiterhin Länderregelungen für Pflegeassistenzausbildungen zu. Es ermöglicht zudem die Anerkennung erfolgreich abgeschlossener Ausbildungen bzw. Ausbildungsteile, mit denen die dreijährige Ausbildung verkürzt werden kann (vgl. Jürgensen 2019, S. 7). Im Rahmen der Novellierung der Pflegeberufe haben sich die Länder auf Eckpunkte hinsichtlich der Aufgaben, Kompetenzen und Rahmenbedingungen für die länderhoheitlich geregelten Ausbildungen zu Assistenz- und Helferberufen in der Pflege verständigt und einen Beschluss der Konferenz der Arbeits- und Sozialminister:innen der Länder (ASMK 2012) sowie 2013 der Konferenz der Gesundheitsminister:innen (BAnz 2016) herbeigeführt. Laut PflBG ist nur bei Erfüllung festgelegter Mindestanforderungen nach erfolgreichem Abschluss einer mindestens einjährigen landesrechtlich geregelten Helferausbildung der Zugang zur Pflegefachausbildung mit einem Hauptschulabschluss und einer Anrechnung der Assistenzausbildung auf ein Drittel der Dauer der Pflegefachausbildung möglich (§ 11 Abs. 1 Nr. 2b in Verbindung mit § 12 Abs. 2 PflBG[4]). In diesem Zusammenhang haben sich die Länder darauf verständigt, dass die geltenden Gesetze und Verordnungen für die Assistenz- und Helferausbildungen in der Pflege hinsicht-

1 Der Artikel stellt eine gekürzte und um den Aspekt des Rahmenlehrplanes erweiterte Version des Projektberichts dar (vgl. Walter, Herzberg & Alheit 2022).

2 Zunächst verwenden wir noch die verschiedenen Berufsbezeichnungen (Pflegehelferin/Pflegehelfer, Pflegeassistentin/Pflegeassistent). Später beziehen wir vor dem Hintergrund der Studienergebnisse eine Position dazu.

3 Die hier vorgestellte Studie fand im Rahmen des Neksa-Projektes statt. Dieses Begleitprojekt zur Einführung der neuen Pflegeausbildung im Land Brandenburg wird vom Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz Brandenburg (MSGIV) gefördert.

4 Gesetz zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz – PflBRefG). Artikel 1. Gesetz über die Pflegeberufe (Pflegeberufegesetz – PflBG). Vom 17. Juli 2017. Bundesgesetzblatt Jahrgang 2017 Teil I Nr. 49, ausgegeben zu Bonn am 24. Juli 2017, 2581.

lich der Qualitätsanforderungen überprüft und angepasst werden müssen (vgl. Jürgensen 2019, S. 7). Diesbezügliche Entscheidungen auf Bundesebene stehen derzeit noch aus.

Im Rahmen des Projekts zur Pflegefachassistenzausbildung *Neksa-Pass*, dass wir hier vorstellen, wurden Berufsfeldanalysen im Bereich der Pflegeassistenz durchgeführt. Ebenso wurde der aktuelle Diskussionsstand zur Pflegeassistenz in Deutschland und darüber hinaus aufgezeigt (vgl. Walter, Herzberg & Alheit 2022; Jürgensen 2019). Ein Ergebnis des Projekts war die empirische Generierung eines *Kompetenzprofils* für die Pflegefachassistenz. Auf dieser Basis wurden mit einer Arbeitsgruppe aus Lehrenden und Projektmitarbeitenden für Brandenburg Rahmenpläne für die Pflegefachassistenzausbildung entwickelt. Aktuell werden im Projekt weiterhin Lernsituationen für den schulischen Teil der Ausbildung erarbeitet.

2 Die Ausgangslage der Studie und der aktuelle Diskussionsstand

In der Studie von Walter, Herzberg und Alheit (2022) sind die Ausgangslage und der Diskussionstand zur Pflegefachassistenz ausführlich dargelegt. In diesem Beitrag werden ausgewählte Aspekte nur knapp umrissen (zur Situation in den Bundesländern vgl. ebd., S. 10 ff.).

Nach der Prognose der *Rothgang-Studie* (2020) soll insbesondere der Bedarf an Pflegehilfe und Pflegeassistenz um ein hohes Maß erweitert werden. Muths und Darmann-Finck (2013) gehen in ihrer explorativen berufswissenschaftlichen Studie des Handlungsfeldes der Pflegeassistenz bei der Bestimmung des Aufgabenprofils der generalistischen Pflegeassistenz von einem *geschichteten* Qualifikationsniveau aus, das Pflegeassistentinnen und -assistenten mit zweijähriger und mit einjähriger Ausbildung von Helfenden ohne Ausbildung abgrenzt (vgl. dazu auch Darmann-Finck & Baumeister 2017, S. 18). Darmann-Finck u. a. (2016) empfehlen für den stationären Bereich eine aktive Orientierung der Leitungsebene auf den Pflegemix. Pflegeassistentinnen und -assistenten mit einer zweijährigen generalistischen Ausbildung können in der stationären Versorgung von *stabilen* Patient:innen einfache pflegerische sowie medizinisch-diagnostische und therapeutische Aufgaben, ggf. auch ausgewählte kompliziertere Aufgaben, übernehmen, die ein hohes Ausmaß an Standardisierung aufweisen. Die Etablierung eines integrierten Gesamtkonzepts, in welchem niveauentsprechende Kompetenzen, Aufgaben- und Verantwortungsbereiche definiert sind, wäre die Voraussetzung dafür.

Internationale Befunde weisen im Vergleich zu Deutschland einen deutlich höheren Anteil an Pflegehelfenden am Gesamtpersonal der Krankenhäuser auf (vgl. Lehmann & Behrens 2016, S. 59). Diese Feststellung gilt allerdings nicht für den ambulanten und stationären Langzeitpflegebereich, wo der Einsatz von Pflegehelfenden überall hoch ist. Einen Überblick über die Situation der Pflegeassistenzausbildung in Europa gibt die Studie *Core Competences for Healthcare Assistants in Europe* (CC4HCA) (EU

2018). Dabei handelt es sich um eine Untersuchung zur Position der Pflegeassistenz (*health care assistants*, HCAs) in 28 Ländern der EU sowie zur Machbarkeit der Etablierung eines gemeinsamen Rahmenausbildungsplans (*common training framework*). Aufgrund der wachsenden Zahl der HCAs in allen Mitgliedsstaaten und ihrer Relevanz für die Versorgung sowie aufgrund der notwendigen Verbesserung multiprofessioneller Zusammenarbeit, der Versorgungseffizienz, der Patientensicherheit und der innereuropäischen Mobilität sei die Klärung der Rollen, Kernkompetenzen und Verantwortlichkeiten von HCAs innerhalb von Versorgungsteams dringliche Aufgabe. Die Studie hatte zum Ziel, einen *common training framework* für HCAs zu entwickeln. Dafür wurden Expert:innen und Berufsorganisationen zur Mitarbeit identifiziert, ein Netzwerk zur Erarbeitung der Kernkompetenzen etabliert und Material für Interessierte im weiteren Entwicklungsprozess bereitgestellt. Über eine Dokumentenrecherche, eine Delphi-Studie und zwei Workshops wurden diese Ziele methodisch verfolgt. Als zentrales Ergebnis zum Status quo der HCAs in Europa wurde festgehalten, dass der Beruf *uneinheitlich* definiert ist. In 14 Mitgliedsstaaten ist der Beruf reguliert, die Ausbildung in 22 Mitgliedsstaaten. Auf nationalem Niveau haben fast alle Mitgliedsstaaten ein Curriculum. Erhebliche Unterschiede gibt es beim Berufszugang, dem Zugangsalter und der Ausbildungsdauer. Weiterhin hat die Analyse der Curricula gezeigt, dass sie in der Regel auf die alltägliche Pflegepraxis bezogen sind: Die Unterstützung bei den Aktivitäten des täglichen Lebens steht im Mittelpunkt (ebd., S. 10 f.). Diese und folgende weitere Befunde sind in unsere Studie eingeflossen:

Auf der Grundlage des Europäischen Qualifikationsrahmens wurde in einigen Ländern ein gestuftes Kompetenzmodell für Pflegeberufe entwickelt (vgl. Darmann-Finck u. a. 2016, S. 2). In unserer Studie haben wir Anregungen aus verschiedenen Modellen für die Pflegeassistenz aufgenommen. Weiterhin sind Ergebnisse der vergleichenden Studie zur *„Bestandsaufnahme der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen im europäischen Vergleich"* (GesinE) (Lehmann u. a. 2014) eingeflossen, die die Ausbildungssituation in Deutschland, Frankreich, Großbritannien, den Niederlanden und Österreich analysiert hat. In allen einbezogenen Vergleichsländern gibt es Pflegeassistenzausbildungen mit einer Dauer von ein bis zwei Jahren. Im Gegensatz zu den heterogenen Länderregelungen in Deutschland basiert die Ausbildung in den untersuchten Ländern auf einheitlichen Vorgaben (vgl. Lehmann & Behrens 2016, S. 59).

3 Anlage der Studie

Berufsfeldanalysen dienen der Eruierung aktueller und zukünftiger Tätigkeitsfelder und sind Instrumente zur Identifikation beruflichen Könnens resp. beruflicher Kompetenzen. Sie orientieren sich am beruflichen Handeln. Das berufspraktische Wissen in konkreten Situationen wird darüber zur Basis der beruflichen Bildung und der Ableitung eines berufsbezogenen Curriculums. Berufsfeldanalysen sind u. a. inspiriert durch die arbeitsprozessorientierte Didaktik (vgl. Becker 2013; Walter 2015; Schneider, Kuckeland & Hatziliadis 2019). Sie werden in der Regel anhand von Fallstudien – vor

allem durch teilnehmende Beobachtungen der Arbeitssituationen sowie Experteninterviews – methodisch gesichert. Bei den teilnehmenden Beobachtungen wird das berufliche Handlungsfeld fokussiert und von der performativen Ebene auf die dahinterliegenden Kompetenzen geschlossen. In den Experteninterviews sollen auch nicht beobachtbare handlungsleitende Orientierungen und subjektive Sinnsetzungen im beruflichen Handeln sowie berufsbiografisch relevante Aspekte identifiziert werden. Nach der empirischen Fallanalyse erfolgt eine Kontrastierung mit dem gewachsenen professionellen Pflegeverständnis, mit aktuellen Wissensbeständen und mit neuen gesellschaftlichen Anforderungen an den Beruf, um auf dieser Basis eine Überarbeitung von Rahmenplänen und Curricula vorzunehmen (vgl. Becker 2013; Schneider, Kuckeland & Hatziliadis 2019).

4 Methodisches Design

Die methodische Anlage der Studie nutzte eine qualitative Methodentriangulation: Im Zentrum stand eine Diskursanalyse von Experteninterviews (vgl. Meuser & Nagel 2009) – u. a. zum Thema „Wie müsste eine moderne Pflegeassistenzausbildung heute aussehen?“. Zu den Befragten gehörten administrativ Verantwortliche (n = 2), Repräsentantinnen und Repräsentanten der Pflegewissenschaft (n = 2), Lehrende an Pflegeschulen (n = 14), leitende Pflegepersonen der stationären Akutpflege (n = 14), der stationären Langzeitpflege (n = 11) sowie der ambulanten Pflege (n = 5[5]), also 48 Expertinnen und Experten. Insgesamt wurden die Befragten möglichst kontrastiv[6] ausgewählt, um das Feld einflussreicher Akteurinnen und Akteure theoretisch überzeugend abzubilden. Der zweite Zugang wurde durch ethnografische Beobachtungen eines Arbeitstages von Pflegeassistentinnen und -assistenten in Kliniken (n = 4), Pflegeheimen (n = 5) und ambulanten Pflegediensten (n = 4) umgesetzt. Dabei interessierten uns besonders eingeschliffene Routinen sowie Problemsituationen, über die in anschließenden fokussierten Interviews gesprochen wurde. Die methodische Verknüpfung der beiden qualitativen Zugänge entstand durch die Nutzung des Forschungsinstrumentes „mentales Feld“ (vgl. Alheit & Herzberg 2021), das sich zur Darstellung als besonders geeignet erwies. Mentale Felder ermöglichen die Identifikation von „Bildern“ sozialer Spannungen, die sich in einem konkreten sozialen Aktivitätsraum zwischen relevanten Polarisierungen ergeben können.

Das methodologische Rahmenkonzept der gesamten Studie, das in diesem Beitrag jedoch nicht ausgeführt wird, war die *Grounded Theory* (vgl. Strauss & Corbin 1990 sowie deren Weiterentwicklungen in Herzberg, Walter & Alheit 2022, S. 15 ff.). Die Analyseschritte der *Grounded Theory* wurden sowohl bei den Experteninterviews als auch bei den ethnografischen Beobachtungen verfolgt.

5 Die geringe Anzahl hat mit der extrem hohen Belastung besonders kleiner ambulanter Pflegedienste sowie mit dem Beginn der Coronakrise zu tun.

6 Bei größeren Gruppen, etwa den Lehrenden oder Schulleitenden an Pflegeschulen, unter Berücksichtigung der zu erwartenden Kontrastinteressen zwischen der klassischen Altenpflege (7 Befragte) und der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege (7 Befragte).

5 Ergebnisse der Diskursanalyse

Zur Einführung in alle Ergebnisse: Wie bereits erwähnt, arbeiteten wir mit dem Forschungsinstrument des mentalen Feldes. Für den Bereich der Pflegeassistenz konnten wir zwei zueinander quer liegende Spannungen identifizieren: ein Modernisierungskontrast zwischen den Polen „traditionelle Befehlsempfängerin/traditioneller Befehlsempfänger" und „reflektierte Praktikerin/reflektierter Praktiker" sowie ein Strategiekontrast zwischen eher „strategisch-medizinischer" resp. „ethisch-kommunikativer Orientierung". Die Modernisierungsachse ist vertikal positioniert, die Strategieachse horizontal. In der Positionierung zwischen diesen Spannungen entstehen Profile, die auf Öffnungs- und Entwicklungsprozesse im Feld der Pflegeassistenz bzw. auf Blockaden hinweisen (Abb. 1).

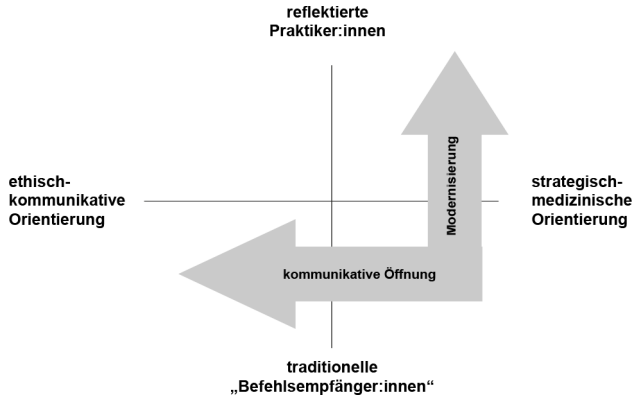


Abbildung 1: Das „mentale Feld" einer Öffnung der Pflegeassistenzausbildung

Das Konzept der reflektierten Praktikerin/des reflektierten Praktikers haben wir Donald Schöns Theorie des *reflective practitioner* (1983, 1987) entliehen. Schön stellt darin *Reflexivität* in den Fokus seiner Überlegungen über Könnerschaft in der beruflichen Praxis. Über Beobachtungen zum beruflichen Können kommt er zu dem Schluss, dass berufliche Kompetenz mit der Fähigkeit zu tun hat, neue, unbekannte und riskante Situationen professionell zu bewältigen (Schön 1987, S. 22). In dieser Fähigkeit verbirgt sich *spontanes Wissen*. Schön nennt es *knowing-in-action* – eine Art Wissen, das auf langjähriger praktischer Erfahrung beruht, ohne dass die Akteurinnen und Akteure sagen könnten, warum und auf welche Weise sie wissen, was sie tun. In unseren Beobachtungsdaten fanden sich Beispiele für solcherart intuitive Handlungen. Dass diese besondere Expertise beim *Pflege lernen* von zentraler Bedeutung ist, belegen auch Fichtmüller und Walter (2007) sowie Benner (2012). Ihre Studien zeigen, dass Pflege gerade nicht nur die technische Umsetzung eines Regelwissens ist, sondern die intuitive Beherrschung komplexer Anforderungen (vgl. Herzberg & Walter 2023).

Mithilfe des mentalen Feldes, das gleichsam ein Ergebnis der Studie darstellt, werden im Folgenden ausgewählte Ergebnisse präsentiert.

Das Profil der Pflegeassistenz in den Pflegeschulen. Die Experteninterviews aus den Pflegeschulen deuten auf ein ausgesprochen widersprüchliches Bild. Bei der Betrachtung der Streuung der Einzelpositionen lassen sich zwei kontrastive Deutungscluster unterscheiden: eine Kumulation von Einschätzungen im rechten unteren Sektor des mentalen Feldes und eine besonders durch zwei außergewöhnlich umfangreiche Interviews vertretene *Image-Cloud* im linken mittleren Bereich des mentalen Raums (Abb. 2).

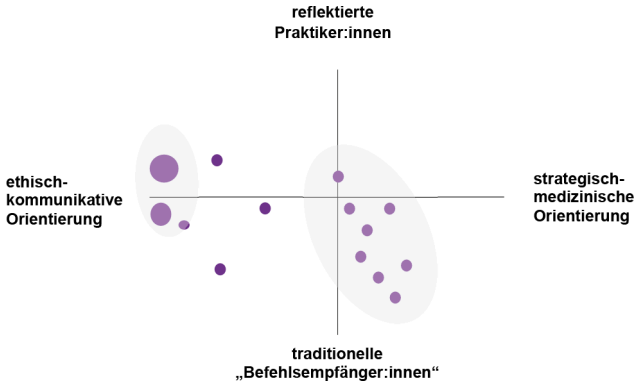


Abbildung 2: Das „mentale Feld“ der Pflegeschulen

Die Bedeutung dieses Bildes[7] lässt sich am Datenmaterial überzeugend zeigen. Insgesamt erstaunt, dass sich die zum Teil abwertende Distanz zur Pflegehilfe gerade im *Schulsample* so ausgeprägt darstellt. Demgegenüber steht eine wertschätzende pädagogische Position, wie sie von dem kleinen Kontrastsample repräsentiert wird. An den Pflegeschulen des Landes Brandenburg, die in der Pflegeassistenz ausbilden, scheinen zwei konventionelle Dispositionen dominant zu sein: (a) eine auf *Fachwissen* (statt auf Handlungskompetenz) konzentrierte Didaktik und (b) eine vor allem auf *medizinisches* Wissen fokussierte Fächerstruktur. Dies könnte eine Erklärung dafür sein, dass die Pflegeassistenz bei der Mehrzahl der befragten Pflegelehrenden ein eher negatives Image zu haben scheint und dass die Pflegehelfer:innen in ihrer Professionalität subtil abgewertet werden. Gewiss ist unser Schulsample nicht repräsentativ, die Befragung streut jedoch über alle Regionen Brandenburgs.

Das Profil der Pflegeassistenz in den Kliniken. Auch das Kliniksample kann keine Repräsentativität für sich in Anspruch nehmen. Aber die Strategie des theoretischen Samplings garantiert einen realitätsnahen Blick auf die Dynamiken im Feld der Kliniken. Bei einer ersten Übersicht über die Platzierung der Expertenmeinungen über-

7 Die Punkte repräsentieren die einzelnen Experteninterviews aus dem Schulsample. Ihre Platzierung im mentalen Feld der Pflegeassistenz ist das Ergebnis eines kommunikativen Validierungsprozesses, also eine durch Vergleich mit anderen Einzelfällen von einer Forschergruppe vorgenommenen Positionierung jedes Experteninterviews im beschriebenen Spannungsfeld der Orientierungen. Solche Platzierungen bleiben naturgemäß ein wenig ungenau, aber sie geben in ihrer Gesamtheit doch einen durchaus nachvollziehbaren Eindruck von den Meinungsspannungen und den Orientierungsverdichtungen im untersuchten Feld.

rascht im Vergleich zum Schulsample ein bemerkenswertes Cluster im linken Bereich des mentalen Feldes (Abb. 3).

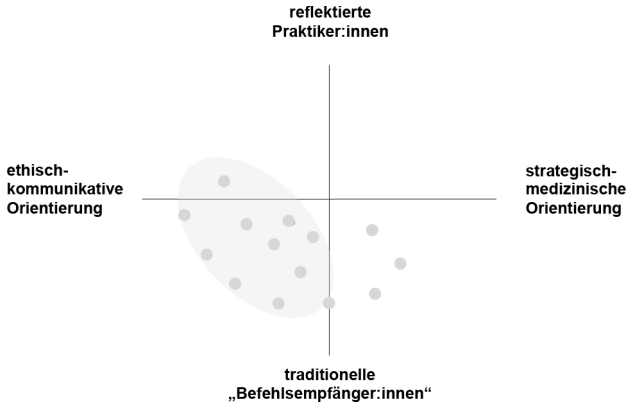


Abbildung 3: Das „mentale Feld“ der Klinik

Das identifizierte Cluster streut im linken unteren Segment des mentalen Feldes – das Bild der Pflegeassistenz ist eher positiv. Hervorgehoben werden Teamfähigkeit, Fleiß, Verlässlichkeit und kommunikative Kompetenz der Assistentinnen und Assistenten. Aber das Gesamtimage ist nach wie vor weit entfernt vom *Modernisierungspol*, d. h., die von einigen Sprecherinnen und Sprechern geforderte *Gleichrangigkeit* des Berufsprofils bleibt vorläufig ein Desiderat.

Das Profil der Pflegeassistenz in den Pflegeheimen. Beim Blick auf das Meinungscluster im Pflegeheimsample identifizieren wir eine dritte Formation: Ähnlich wie beim Kliniksample liegt die Mehrzahl der Voten im linken Bereich des mentalen Feldes. Neu ist allerdings die vergleichsweise geringe Streuung der Einzelmeinungen (Abb. 4).

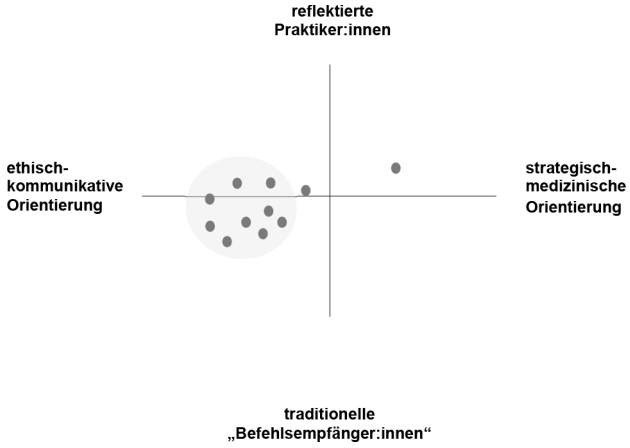


Abbildung 4: Das „mentale Feld“ des Pflegeheims

Wir beobachten – anders als im Kliniksample – keine Streuung der Mehrheitsvoten im linken unteren Segment des mentalen Feldes, sondern eine Verdichtung des Diskursclusters in der linken Mitte, relativ nah am ethisch-kommunikativen Pol, mit überraschend wenigen Abweichungen. Die Wertschätzung der Pflegehilfe erscheint in diesem Sample noch positiver und die Teamkonstellation mit den Pflegefachkräften – von den wenigen Ausnahmen abgesehen – noch egalitärer und solidarischer zu sein.

Das Profil der Pflegeassistenz in der ambulanten Pflege. Eigentlich wäre die ambulante Pflege eine Art *Seismograf* für die Bedeutung der Pflegehilfe. In diesem Bereich sind vermutlich die meisten Pflegehelfenden tätig. Nach der Prognose der Rothgang-Studie (2020) soll insbesondere hier der Bedarf an Pflegehelfenden um ein hohes Maß erweitert werden, weshalb in der Untersuchung eine nähere Betrachtung auch in der ambulanten Pflege von besonderem Interesse wäre. Tatsächlich ist der Forschungszugang zur ambulanten Pflege allerdings komplizierter. Während der Pandemie war er wegen der Überlastung der Pflegepersonen praktisch ausgeschlossen. Das uns vorliegende qualitative Datenmaterial ist deshalb begrenzt und die vorsichtig konstatierten Befunde haben nur dort eine gewisse Plausibilität, wo sie strukturelle Übereinstimmungen zeigen, die von den bisher identifizierten Diskursclustern deutlich abweichen. Bei den fünf Einzeldaten, die uns vorliegen, zeigen sich zumindest in vier Fällen Strukturparallelen, die diskussionswürdig sind (Abb. 5).

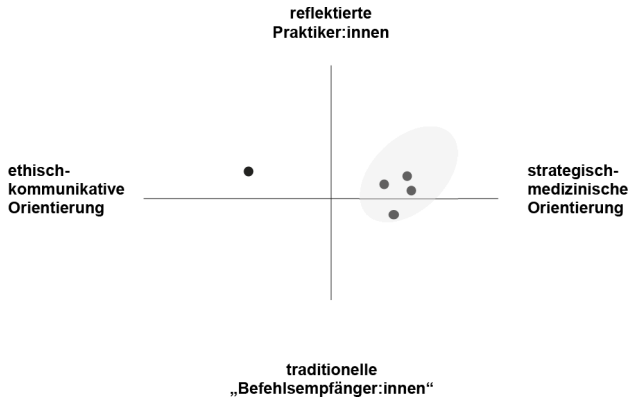


Abbildung 5: Das „mentale Feld“ der ambulanten Pflege

In der kleinen *Meinungs-Cloud* im mittleren rechten Bereich geht es um die Option einer *vorsichtigen Erweiterung* der medizinisch orientierten Kompetenzen der Pflegehilfe. Dahinter steht nicht selten ein klares ökonomisches Kalkül. Interessanterweise kommt diese Option dem überraschenden Befund im Schulsample am nächsten. Das fünfte Einzelbeispiel – es betrifft einen körperlich eingeschränkten Akteur, der selbst eine ambulante Intensivpflegestation gegründet hat – ist ebenso beispielhaft wie ungewöhnlich.

Tendenzen und Verdichtungen. Wir haben die qualitative Datenlage in den einzelnen Arbeitsfeldern der Pflegehilfe sorgfältig analysiert und überraschende Befunde

entdeckt. Dazu gehört das *Distanzierungscluster* des Schulsamples: Die Mehrheit der von uns befragten Lehrenden an Pflege(hilfe)schulen vertritt ein Bild der Pflegehilfe, das (a) ausdrücklich die *Nachordnung* hinter die Fachpflege betont und (b) konsequenterweise eine stärkere Orientierung an *medizinischem Wissen* präferiert. Dass es ein *kontrastives Minderheitencluster* (besonders in Altenpflegeschulen) gibt, bei dem eine ethisch-kommunikative Orientierung des Pflegehilfebildes hervorgehoben wird, erscheint bedeutsam. Erstaunt hat beim Kliniksample die ausdrückliche *Betonung des kommunikativ-sozialen Kompetenzaspekts* der Pflegehilfe. Insbesondere in der Klinik wäre eine stärkere Orientierung am *Medizinpol* erwartbar gewesen. Die starke Verdichtung der Voten im linken mittleren Bereich des mentalen Feldes beim Sample *Pflegeheim* dagegen erschien uns weniger überraschend. Die Öffnung zum Medizinpol beim zahlenmäßig kleinen Mehrheitscluster der ambulanten Pflege war naheliegend und entspricht den Belastungssituationen im Feld.

6 Ethnografische Profile in den Berufsdomänen

Pflegeassistenz in den Kliniken. Die Ergebnisse der Beobachtungen eines Arbeitstages lassen sich ebenso als *ethnografische Profile* im mentalen Feld abbilden: Wir entdeckten Aspekte impliziter Könnerschaft, die mit Schöns Begriff der *reflection-in-action* (1983, S. 276 ff.) charakterisiert werden können und in den unteren Teil des linken oberen Segments des Mentalitätsraums gehören. Wir identifizierten die Kernaktivität in der *Grundpflege* – unabhängig davon, ob sie gelingt oder problematische Praktiken hervorbringt – im linken Bereich des Feldes nahe der Mitte. Und wir waren konfrontiert mit einer mehr oder weniger geduldeten Alltagspraxis der Übernahme von Aktivitäten der Fachpflege, die eher in die Mitte des rechten Feldbereichs zu gehören scheinen – insgesamt ein Cluster, das weit streut (Abb. 6).

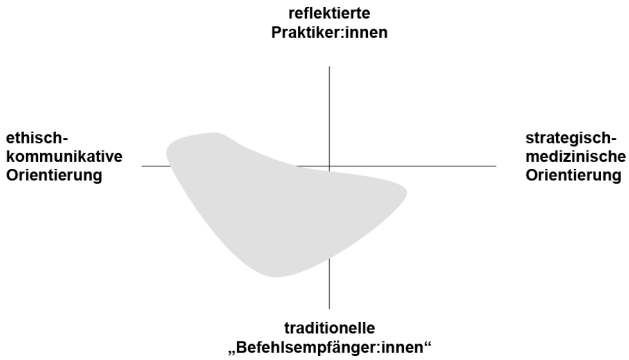


Abbildung 6: Ethnografisches Profil *„Kliniken“*

Pflegeassistenz in den Pflegeheimen. Das ethnografische Datenmaterial aus dem Pflegeheimsetting ist bedingt durch das Setting weniger komplex als die Beobachtungen aus den Kliniken. Während in der Klinik Szenen häufiger wechseln und Beziehungen zwischen Pflegehelfenden und zu pflegenden Menschen eher kurzfristig angelegt sind, ist die Pflegebeziehung in der stationären Langzeitpflege durch längere Zeitzyklen geprägt. Das hat einerseits den Effekt, dass stabilere Beziehungen mit emotionaler Tiefe entstehen können, dass andererseits aber auch die Alltagsroutinen gleichsam „monotoner" werden und der Alltag weniger abwechslungsreich erscheint. Dennoch sind hier ebenso Spuren jener *impliziten Könnerschaft* zu finden, die die Pflegeassistenz professionstheoretisch so interessant macht. Auch hier wird ein Aspekt der Beruflichkeit berührt, der – nahe der *ethisch-kommunikativen Orientierung* – in das linke obere Segment des mentalen Feldes zeigt. Anders als in der Klinik erscheint der Kernbereich der Grundpflege in der Langzeitpflege durchaus verbesserungsbedürftig und rutscht im mentalen Feld in die untere linke Hälfte ab. Öffnungen des Kompetenzrahmens blieben im Datenmaterial selten (Abb. 7).

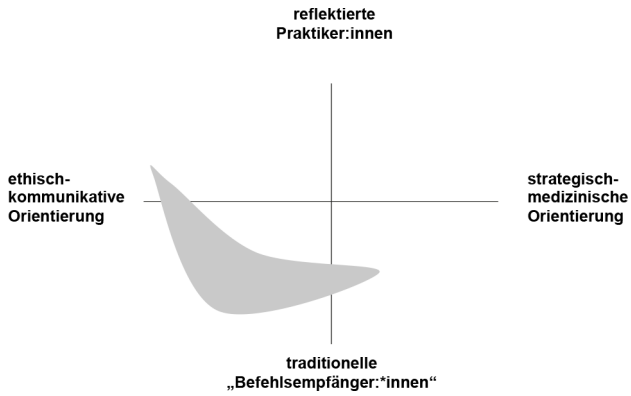


Abbildung 7: Ethnografisches Profil *„Pflegeheime"*

Pflegeassistenz in der ambulanten Pflege. Es wurde bereits angedeutet, dass der Zugang zur ambulanten Pflege komplizierter war. Die wenigen Eindrücke, die wir in der ambulanten Pflegehilfe empirisch gewonnen haben, lassen ein ethnografisches Profil im mentalen Feld entstehen, das sich deutlich von den beiden anderen Domänen unterscheiden könnte. Mit Vorsicht kann gesagt werden, dass selbst in der ambulanten Pflege Dimensionen jener impliziten Könnerschaft nachzuweisen sind, die wir mit Schöns *reflection-in-action* assoziieren können. Aber der weitaus größere Teil der Pflegeaktivitäten scheint – schon aufgrund der Zeitvorgaben der Pflegekassen – eine *reduzierte Grundpflege* zu sein sowie ein deutlicher an Förderungsmöglichkeiten (SGB-V-Bedingungen oder wechselnden Vorgaben der Arbeitsverwaltung) orientiertes ökonomisches Kalkül. Die Qualität der Pflegeassistenz ist dabei oft zweitrangig, droht abzurutschen in Richtung des Traditionspols des Feldes und entfernt sich eindeutig vom Pol *ethisch-kommunikative* Orientierung (Abb. 8).

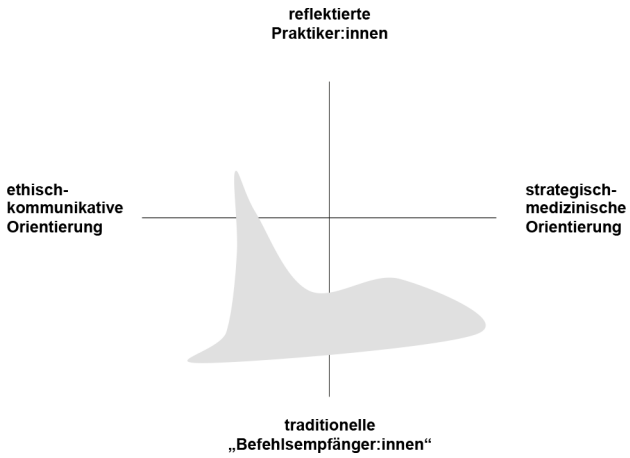


Abbildung 8: Ethnografisches Profil *„ambulante Pflege“*

7 Zusammenfassung der Datenanalyse

Die Perspektiven, die wir für eine Betrachtung der Realität der Pflegeassistenz im Land Brandenburg genutzt haben, koinzidieren in einer Vorstellung über die *Kernkompetenz* dieses Berufes, dessen Professionalisierung sich zweifellos noch in Entwicklung befindet: Es ist die Idee einer *personzentrierten Grundpflege pflegebedürftiger Menschen*, deren Fokus nicht auf der „Versorgungsoberfläche“ (vgl. Sander 2003), sondern auf der intensiven Verbindung, präziser noch: der *Integration* pflegerischer Aktivität und kommunikativer Sensibilität liegt. Die Positionierung in dem von uns als methodisches Instrument genutzten *mentalen Feld* macht dies anschaulich: Es geht um einen Platz im Mentalitätsraum der Pflegeassistenz, der im Einflussbereich *ethisch-kommunikativer Orientierung* liegt und sich zum Pol *reflektierter Praxis* hin öffnet. Sowohl die Diskurse der Expertinnen und Experten als auch die Akteursprofile und die ethnografischen Beobachtungen weisen mit deutlicher Tendenz in diese Richtung. Dabei sollen die Minderheitsvoten nicht ignoriert werden. Auch sie repräsentieren (z. B. ökonomische) Interessen und leistungsrechtliche Rahmenbedingungen, die möglicherweise den Minderheitenstatus sogar relativieren. Entscheidend ist, was bei dieser Kernkompetenz im Mittepunkt steht und welche Operationalisierungen daraus folgen könnten. Dass Pflege mit Personen zu tun hat, erscheint selbstverständlich. Die Nähe von Pflege zu Körper und Leib wurde uns in der Pandemie unmittelbar bewusst. Aber dass Pflege (und vor allem Pflegehilfe) auf *je konkrete* Menschen bezogen ist – Menschen, die aus einem bestimmten sozialen Umfeld kommen und eine jeweils eigene Lebensgeschichte mitbringen –, ist nicht selbstverständlich *gelebter* Grundbestand pflegerischen Wissens und Könnens. Diese Pflege setzt eine intuitive Reflexionsfähigkeit voraus, die auf Erfahrung aufbaut und die wir im Anschluss an Schön als *reflection-in-action* bezeichnet haben (vgl. Müller & Hellweg 2013). Dabei geht es nicht um

Empathie, die bereits mitgebracht wird, sondern um eine Könnerschaft, die im jüngeren US-amerikanischen Diskurs als *compassion* bezeichnet worden ist (vgl. Gilbert & Choden 2013; Ricard 2013; Bloom 2016). Compassion schließt empathisches Mitgefühl ein, aber geht darüber hinaus. Sie beschreibt nicht nur die Fähigkeit, sich in das Leiden eines anderen hineinzuversetzen, sondern auch die intuitive Kompetenz, damit *aktiv* umzugehen. Die in unserer Studie entdeckte Kernkompetenz der Pflegehilfe nimmt dies auf: Es geht um die Fähigkeit, mit einem konkreten Menschen nicht nur „mitzufühlen", sondern mit pflegend-reflexiver Aktivität seine Autonomie zu fördern. Compassion, aktive Zuwendung und reflection-in-action, intuitive Reflexion in der Pflegesituation, die biografiesensibel wahrnimmt, nicht nur *welche* Pflegeaktivität die Autonomie des zu pflegenden Menschen stützen und fördern könnte, sondern auch *wie* diese Person im Pflegeprozess angesprochen und versorgt werden kann, ist also der Schlüssel zu einem Kompetenzprofil, das im Folgenden differenzierter dargestellt werden soll. Weitere pflegewissenschaftliche und pflegedidaktische Diskurse zur Pflegefachassistenz können an diesen Befunden ansetzen.

8 Das Kompetenzprofil

Die Erschließung der Kompetenzen resp. die Entwicklung des Kompetenzprofils erfolgte im Rahmen eines Interpretations-, Aushandlungs- und kommunikativen Validierungsprozesses in der Gruppe der Forschenden. Beim Kompetenzprofil für die Pflegefachassistentinnen und -assistenten[8] (PFA) gehen wir davon aus, dass jeweils eine Pflegefachkraft darüber entschieden hat, ob eine Pflegesituation von einer PFA zu bewältigen ist. Leitende Kriterien für diese Entscheidung sind das Ausmaß an Verantwortung (Prozess- oder Durchführungsverantwortung), der Schwierigkeitsgrad, die Stabilität und die Standardisierung einer Pflegesituation. Wenn PFAs z. B. häufig vorkommende Pflegeanlässe und Pflegebedarfe in dauerhaften Pflegesituationen einschätzen, tun sie dies demnach nur in Situationen, die im Hinblick auf ihr Kompetenzniveau angemessen sind. Dazu muss jedoch angemerkt werden, dass Pflegesituationen, die bewältigt werden (sollen), von den Akteurinnen und Akteuren im Feld uneinheitlich und zum Teil unkonkret beschrieben werden. Bei Muths und Darmann-Finck (2013) sowie Darmann-Finck, Baumeister und Greiner (2016) ist die Rede von „stabilen", „einfachen" oder „wenig komplexen" Pflegesituationen. Diese Charakterisierung legt nahe, dass damit Pflegesituationen gemeint sind, in denen die PFAs allein und selbstverantwortlich tätig sein können, vernachlässigt jedoch den Aspekt der Zusammenarbeit mit Pflegefachpersonen. Unsere Beobachtungen haben gezeigt, dass sich Pflegesituationen je nach Setting mehr oder weniger mit diesen Attributen beschreiben lassen. Allen von uns beobachteten Situationen ist gemein, dass die Beziehungen

8 Zur Berufsbezeichnung: In den Interviews fiel auf, dass weder die Expertinnen und Experten noch die Akteurinnen und Akteure eine einheitliche Berufsbezeichnung verwendeten, ohne sie von Helfenden ohne staatliche Anerkennung (z. B. Pflegebasiskurs) abzugrenzen. Wir plädieren für die Berufsbezeichnung *Pflegefachassistentin/Pflegefachassistent*, da sich in diesem Begriff Ergebnisse unserer Forschung widerspiegeln (vgl. Walter, Herzberg & Alheit 2022).

zwischen PFAs und zu pflegenden Menschen durch eine hohe Nähe und Kontinuität geprägt sind. Zugleich weisen die Situationen, die alltäglich bewältigt werden, eine hohe Dynamik auf. Diese Dynamik entsteht durch die Unvorhersehbarkeit menschlichen Verhaltens, Fühlens und Denkens einerseits und durch pflegerische bzw. medizinische Verläufe sowie eine Veränderung der Ursachen für Pflegebedürftigkeit andererseits. Nähe und Kontinuität führen wiederum dazu, dass PFAs oft diejenigen sind, die diese Veränderungen als Erste wahrnehmen und entsprechend reagieren müssen. Ob sie in Situationen, die ein verändertes pflegerisches Handeln erfordern, über eine längere Zeit allein bleiben oder sofort Unterstützung einholen können, ist vom Setting abhängig. Um den PFAs und den delegierenden Pflegefachpersonen einerseits Sicherheit im Handeln zu geben und andererseits die Patientensicherheit zu gewährleisten, muss der Blick weg von der Zustandsbeschreibung scheinbar stabiler Pflegesituationen hin zur Ausbildung der Fähigkeit zur Wahrnehmung, Beobachtung und Einschätzung der wechselnden *Risikobehaftetheit* von Pflegesituationen gewendet werden.

Das entwickelte Kompetenzprofil für die PFA-Ausbildung umfasst 11 Kompetenzbereiche. In diesem Beitrag werden nur ausgewählte Kompetenzen[9] vorgestellt (Tab. 1).

Tabelle 1: Das Kompetenzprofil der Pflegefachassistentinnen/-assistenten (gekürzt)

Kompetenzbereich 1 – Pflegefachassistentin/Pflegefachassistent sein
Pflegefachassistentinnen und -assistenten • verfügen über ein berufliches Selbstverständnis als Assistenzkräfte in der Pflege. • verfügen über eine Vorstellung von professioneller Pflege und welche Kernbereiche sie als Pflegefachassistentin/Pflegefachassistent übernehmen. • sind für die Unterscheidung von Pflegesituationen nach den Kriterien Ausmaß an Verantwortung (Prozess- oder Durchführungsverantwortung), Schwierigkeitsgrad, Stabilität, Standardisierung sensibilisiert und wirken an der Feststellung der für sie zu bewältigenden Pflegesituationen und sonstigen Aufgaben mit. • gehen selbstfürsorglich mit sich um und tragen zur eigenen Gesunderhaltung bei. • reflektieren ihre Kompetenzen in konkreten Pflegesituationen und gehen verantwortungsbewusst mit erkannten Grenzen der eigenen Fähigkeiten um.
Kompetenzbereich 2 – Personen- und situationsbezogen kommunizieren
Pflegefachassistentinnen und -assistenten • reflektieren eigene Emotionen sowie Deutungs- und Handlungsmuster in der Interaktion. • bauen kurz- und langfristige Beziehungen mit Menschen unterschiedlicher Altersgruppen und ihren Bezugspersonen auf und gestalten sie wertschätzend, achtsam und kongruent. • tarieren in der Pflegebeziehung professionelle Nähe und Distanz aus. • nutzen ihre Möglichkeiten zur Gestaltung von intensiven Gesprächssituationen aufgrund der Häufigkeit ihrer Nähe zu Menschen, die pflegebedürftig sind. • reagieren auf unerwartete Situationen während der Pflegeinteraktion flexibel und angemessen. • informieren Menschen aller Altersstufen zu gesundheits- und pflegebezogenen Fragestellungen und leiten bei der Selbstpflege an.

9 Wenige Kompetenzen sind aus der APrV (Anlage 1) für die dreijährige Pflegeausbildung übernommen.

(Fortsetzung Tabelle 1)

Kompetenzbereich 3 – Menschen bei der Lebensgestaltung – auch in kritischen Lebenssituationen – lebenswelt-orientiert unterstützen
Pflegefachassistentinnen und -assistenten • wirken an der Erhebung pflegerelevanter biografischer Informationen des zu pflegenden Menschen mit und berücksichtigen diese in der spezifischen Pflegesituation. • respektieren Menschenrechte, Ethikkodizes sowie religiöse, kulturelle, ethnische und andere Gewohnheiten von zu pflegenden Menschen in unterschiedlichen Lebensphasen. • berücksichtigen bei der Planung und Gestaltung von Alltagsaktivitäten die Bedürfnisse und Erwartungen, die kulturellen und religiösen Kontexte sowie die Lebens- und Entwicklungsphase der zu pflegenden Menschen. • wirken bei tagesstrukturierenden Maßnahmen mit. • wirken bei sinnstiftenden Aktivitäten zur kulturellen Teilhabe, zum Lernen und Spielen mit und fördern damit die Lebensqualität der zu pflegenden Menschen. • arbeiten mit Bezugspersonen, Laien und anderen Berufsgruppen zusammen. • begleiten zu pflegende Menschen zu behördlichen und Arztterminen. • wahren das Selbstbestimmungsrecht des zu pflegenden Menschen. • reflektieren konkurrierende ethische Prinzipien und unterstützen zu pflegende Menschen bei der selbstbestimmten Lebensgestaltung.
Kompetenzbereich 4 – Zu pflegende Menschen in der Bewegung und Selbstversorgung unterstützen
Pflegefachassistentinnen und -assistenten • wirken an der Erhebung pflegebezogener Daten von Menschen aller Altersstufen mit gesundheitlichen Problemlagen sowie zugehöriger Ressourcen und Widerstandsfaktoren mit und erklären sich die vorliegenden Daten anhand von grundlegenden pflegeberuflichen Erkenntnissen. • schätzen häufig vorkommende Pflegeanlässe und Pflegebedarfe in unterschiedlichen Lebens- und Entwicklungsphasen in dauerhaften Pflegesituationen ein und holen ggf. Hilfe von Pflegefachpersonen ein. • unterstützen zu pflegende Menschen unter Einbeziehung ihrer Ressourcen insbesondere beim An- und Auskleiden, bei der Ernährung, beim Ausscheiden, bei der Körperpflege und beim Ruhen und Schlafen. • schätzen Risiken zu pflegende Menschen mit Bewegungseinschränkungen systematisch personen- und umgebungsbezogen ein und führen in Absprache mit Pflegefachpersonen individuelle prophylaktische Maßnahmen durch. • unterstützen zu pflegende Menschen unter Einbeziehung ihrer Ressourcen bei mobilitätsbezogenen Alltagsaktivitäten – insbesondere bei Positions- und Ortswechseln und hilfreichen Bewegungsabläufen – und folgen dabei Bewegungskonzepten. • nehmen körperliche und seelische Veränderungen zu pflegende Menschen und eigene Unsicherheiten situativ wahr, richten ihr Handeln daran aus bzw. geben ihre Beobachtungen und eigene Unsicherheiten an Pflegefachpersonen weiter. • reflektieren ihr pflegerisches Handeln kritisch und ziehen daraus Konsequenzen für ihr zukünftiges Handeln. • integrieren grundlegende Anforderungen der Qualitätssicherung in ihr Pflegehandeln.
Kompetenzbereich 5 – Bei diagnostischen und therapeutischen medizinischen Maßnahmen mitwirken[10]
Pflegefachassistentinnen und -assistenten • wirken entsprechend der rechtlichen Bestimmungen an der Durchführung ärztlich veranlasster Maßnahmen der medizinischen Diagnostik und Therapie mit. • assistieren Pflegefachpersonen bei therapeutischen und diagnostischen Maßnahmen. • wirken an diagnostischen Maßnahmen mit: z. B. ermitteln Vitalwerte (...). • schätzen die Werte ein und geben Ergebnisse weiter.

10 Dieser Abschnitt ist in der Vollversion vergleichsweise ausführlich, weil in den Beobachtungen und Interviews große Unterschiede und Unsicherheit aufgefallen sind.

(Fortsetzung Tabelle 1)

• wirken an therapeutischen medizinischen Maßnahmen auf Anweisung mit: z. B. führen subkutane Injektionen und Einreibungen durch, verabreichen orale Medikamente, wirken bei der Kompressionstherapie mit (...). • beobachten die mit einem medizinischen Eingriff verbundenen Pflegephänomene und Komplikationen und geben die Beobachtungen weiter. • übernehmen die Durchführungsverantwortung für übernommene Aufgaben.
Kompetenzbereich 6 – In Akutsituationen sicher handeln
Kompetenzbereich 7 – Einhalten und Umsetzen von Hygiene und Sicherheit
Kompetenzbereich 8 – Menschen in der letzten Lebensphase begleiten
Pflegefachassistentinnen und -assistenten • schätzen häufig vorkommende Pflegeanlässe und Pflegebedarfe von schwerstkranken und sterbenden Menschen und ihren Bezugspersonen ein und holen ggf. Unterstützung von Pflegefachpersonen ein. • wirken an der Begleitung von schwerstkranken und sterbenden Menschen aller Altersgruppen mit und respektieren dabei deren spezifische körperliche und spirituelle Bedürfnisse. • begleiten den Trauerprozess von Bezugspersonen empathisch und kongruent. • versorgen verstorbene Menschen würdevoll.
Kompetenzbereich 9 – Im Team zusammenarbeiten
Pflegefachassistentinnen und -assistenten • übernehmen die Durchführungsverantwortung für die ihnen übertragenen Tätigkeiten und holen ggf. Unterstützung von Pflegefachpersonen ein. • nehmen an Dienstbesprechungen teil und informieren fachgerecht über ihre Beobachtungen und Wahrnehmungen zu den von ihnen gepflegten Menschen. • sind sich der Bedeutung von Abstimmungs- und Koordinierungsprozessen in qualifikationsheterogenen Teams bewusst und kennen die jeweils unterschiedlichen Verantwortungs- und Aufgabenbereiche. • beteiligen sich an Teamentwicklungsprozessen und gehen im Team wertschätzend miteinander um.
Kompetenzbereich 10 – Im Haushalt und im Wohnbereich unterstützen
Kompetenzbereich 11 – Bei Logistik und Arbeitsorganisation mitwirken

9 Rahmenbedingungen für den Einsatz von Pflegefachassistentinnen und -assistenten

Die Studie hat einige institutionelle Bedingungen offengelegt, die für einen gelingenden Einsatz von PFAs förderlich sind. Die Einstellung der Leitungspersonen und des Pflegeteams gegenüber dieser Berufsgruppe hat sich als grundlegend erwiesen. Sie können PFAs als „Helfende für alles" betrachten oder ihnen konkrete, relativ eigenständige Tätigkeitsbereiche zuweisen. Ebenso ist der Umgang mit informell erworbenen Kompetenzen ein bedeutsamer Aspekt. PFAs verfügen häufig über umfassende berufsbiografische Erfahrungen in der Pflegetätigkeit, bevor sie in die Ausbildung eintreten. In Einstellungsverfahren sollten deshalb Einschätzungen von informell erworbenen Kompetenzen erfolgen. Weiterhin empfehlen wir, Stellenbeschreibungen mit konkreten Tätigkeitsbereichen sowie settingspezifische Aufgabenkataloge zu erstellen. Insgesamt ist dringend eine Erarbeitung spezifischer Konzepte für den Einsatz ver-

schieden ausgebildeter Pflegepersonen angezeigt, um mehr Sicherheit bei der Übertragung und Übernahme von Aufgaben zu erreichen. Darüber hinaus müssen Pflegefachfrauen und -männer über Kompetenzen im Hinblick auf die Zusammenarbeit mit Pflegepersonen anderer Qualifikationslevels verfügen. Sie „übernehmen Verantwortung für die Organisation, Steuerung und Gestaltung des Pflegeprozesses bei Menschen aller Altersstufen" (APrV, Anlage 2, I.1b). Dies umfasst auch die Entscheidung und die Verantwortung darüber, wer zu pflegende Menschen in welchen Situationen begleiten soll (vgl. Kompetenzen III.1a und III.1b in der APrV, Anlage 2). Ein klares Profil der PFAs sowie gute Konzepte für eine intraprofessionelle Zusammenarbeit helfen den Pflegefachfrauen und -männern, dieser Verantwortung gerecht zu werden.

10 Didaktische Implikationen und die pädagogische Haltung

Lehrende beschreiben in unseren Interviews ihre Auszubildenden in der Pflegeassistenz als eine sehr heterogene Gruppe. Dies betrifft Altersunterschiede sowie die konkreten Lebenssituationen der Lernenden. Auszubildende, die direkt von der allgemeinbildenden Schule in die Ausbildung einmünden, treffen auf jene, deren Schulbesuch Jahrzehnte zurückliegt. Ein Teil der Auszubildenden verfügt über langjährige Berufserfahrungen in der Pflegehilfe ohne Ausbildung, während andere vollkommenes Neuland betreten. Hinzu kommen verschiedene Schul-, Berufs- oder Studienabschlüsse (vgl. auch Walter 2018). Um diesen Lernenden einen Kompetenzerwerb zu ermöglichen, bedarf es didaktischer Überlegungen, die den Lebensumständen Rechnung tragen. Unterricht muss situations- und in besonderem Maße handlungsorientiert gestaltet werden und an die Lebenswelten der Auszubildenden anknüpfen. Um die geforderten Reflexionskompetenzen auszubilden, bedarf es angemessener Lehr- und Lernformate, die das Reflektieren beruflichen Handelns ermöglichen. Auf Lernherausforderungen sollte individuell eingegangen werden, z. B. durch gezielte Sprachförderung. Solche subjektorientierten, individualisierten Lehr- und Lernformate sind aus unserer Sicht nur über einen zweijährigen Ausbildungszeitraum sicherzustellen.

Lehrende nehmen einen erheblichen Einfluss auf das berufliche Selbstverständnis der Auszubildenden (vgl. Fichtmüller & Walter 2007). Die befragten Lehrenden in unserer Studie betonen, was PFAs im Vergleich zu Pflegefachpersonen *nicht* dürfen und können, dass ihnen die Fachlichkeit fehle oder dass sie nicht in der Lage wären, komplexe Zusammenhänge zu verstehen. Damit transportieren sie ein eher problematisches berufliches Selbstverständnis. PFAs in der Ausbildung bewegen sich dadurch in einem Spannungsfeld zwischen Anerkennung und Nicht-Anerkennung. Dies führt zu einer unnötigen Verunsicherung im Prozess beruflicher Sozialisation. Das berufliche Selbstverständnis wiederum beeinflusst die Qualität der Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Angehörigen des Pflegeberufs. Der beschriebene pädagogische Blick läuft auch der in der Rothgang-Studie (2020) festgestellten Bedeutung von PFAs zuwider. Wir halten es deshalb für dringend geboten, dass Lehrende ihre Haltung ge-

genüber den Auszubildenden in der Pflegefachassistenz reflektieren und diese als eigenständige Berufsgruppe mit einem eigenen Berufsprofil anerkennen. Das von uns entwickelte Kompetenzprofil unterstützt diese Sichtweise und lenkt den Blick darauf, dass sich beide Berufsgruppen mit ihren spezifischen Profilen sinnvoll ergänzen können. Als Kernmerkmale der Tätigkeit der PFAs haben sich in den Beobachtungen die große (auch körperliche) Nähe, die Häufigkeit der Kontakte und die Kontinuität der Beziehungen zu den zu pflegenden Menschen gezeigt. Dies sollten die Beteiligten am Ausbildungsprozess würdigen und die Berufsgruppe entsprechend darauf vorbereiten.

11 Rahmenpläne und ein Ausblick

Auf der Grundlage des empirisch erarbeiteten Kompetenzprofils für die PFA-Ausbildung wurden im Rahmen des *Neksa-Projektes* mit Lehrenden und Projektmitarbeitenden ein Rahmenlehr- und ein Rahmenausbildungsplan (vgl. Denkel & Walter 2022) entwickelt[11]. Wir gehen davon aus, dass der Rahmenlehrplan in jedem Falle anschlussfähig ist, falls die Ausbildung auf Bundesebene geregelt werden sollte. Innerhalb der curricularen Einheiten[12] haben wir uns *strukturell* an den Rahmenlehrplänen der Fachkommission nach § 53 PflBG (2020) orientiert (bspw. werden die Elemente *Kompetenzen, Situationsmerkmale, Anregungen für das Lernen in simulativen Lernumgebungen, Lern- und Arbeitsaufgaben, didaktische Kommentare* aufgenommen). Die in diesem Dokument konsequent eingelöste Kompetenz- und Situationsorientierung bietet auch für die PFA-Ausbildung einen geeigneten Rahmen. Zudem sind die Lehrenden mit der Logik vertraut. Ebenso wurde ein Rahmenausbildungsplan für die praktische Ausbildung erarbeitet, dessen Darlegung von der Struktur der derzeitigen Rahmenausbildungspläne der Fachkommission abweicht, da sich Praxisanleitende ein konkreteres Dokument gewünscht haben[13]. Die grundlegende Kompetenzorientierung zeigt sich bereits in der Titelformulierung der curricularen Einheiten (vgl. Tab. 2).

Die im Rahmenlehrplan dargelegten Situationsmerkmale können ebenso für die Erstellung schulinterner curricularer Lerneinheiten resp. konkreter Lernsituationen verwendet werden. Besonderes Augenmerk wird auf eine Integration vielfältiger Unterstützungsangebote für Lernende und Sprachsensibilität gelegt (vgl. Walter 2018). Die Lehrenden der Arbeitsgruppe im Rahmen des *Neksa-Projektes* haben sich dafür ausgesprochen, konkrete Lernsituationen zu entwickeln – u. a., weil sie Unsicherheiten im Hinblick auf die Ausgestaltung dieser Lernangebote im Unterschied zur dreijährigen Ausbildung zum Ausdruck gebracht haben. Das Kompetenzprofil hilft dabei, die Spezifik der Aufgaben von PFAs nicht aus dem Blick zu verlieren.

11 In Brandenburg existieren ein Entwurf für ein Gesetz über die Einführung der PFA-Ausbildung sowie ein Entwurf für die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung.

12 Wir bleiben hier aufgrund der Bekanntheit bei der Bezeichnung „curriculare Einheiten", obwohl sie eher auf schulische Prozesse verweist.

13 Auch die Fachkommission überarbeitet derzeit den Rahmenausbildungsplan aus diesen Gründen.

Tabelle 2: Überblick über die curricularen Einheiten mit Stundenumfang

CE Nr.	CE-Titel	empfohlener Stundenumfang
01	Pflegefachassistent:in werden	100
02	Zu pflegende Menschen bei der Selbstversorgung und Bewegung unterstützen und personen- und situationsbezogen kommunizieren	300
03	In Akutsituationen sicher handeln	80
04	Menschen bei der Lebensgestaltung lebensweltbezogen unterstützen	120
05	Zu pflegende Menschen und ihre Bezugspersonen in ausgewählten Pflegesituationen begleiten	200
06	Menschen in der letzten Lebensphase begleiten	120
	Zur freien Verfügung	80

Weiterführende Forschungsfragen (neben den bereits aufgeworfenen) müssen z. B. die konkrete *intra*professionelle Zusammenarbeit im Sinne einer *Praxisentwicklungsforschung* fokussieren. Anhand von beobachteten exemplarischen Pflegesituationen könnte das Zusammenwirken verschieden ausgebildeter Berufsfeldangehöriger untersucht werden. Ebenso bedarf es weiterer pflegewissenschaftlicher und pflegepädagogischer Diskurse zur Pflegefachassistenz. Eine bundeseinheitliche Regelung der Ausbildung begrüßen wir vor dem Hintergrund unserer Ergebnisse ausdrücklich.

Literatur

Alheit, P. & Herzberg, H. (2021). Das „mentale Feld" als Forschungstool der qualitativen Pflegeforschung. In S. U. Nover & B. Panke-Kochinke (Hg.), *Qualitative Pflegeforschung. Eigensinn, Morphologie, Gegenstandsangemessenheit*, S. 345–358. Baden-Baden: Nomos.

ASMK – Arbeits- und Sozialministerkonferenz (2012). *Eckpunkte für die in Länderzuständigkeit liegenden Ausbildungen zu Assistenz- und Helferberufen in der Pflege*. 89. Arbeits- und Sozialministerkonferenz 2012. Ergebnisprotokoll.

BAnz – Bundesanzeiger AT, 17.02.2016, B3. *Bekanntmachung der von der 89. Arbeits- und Sozialministerkonferenz 2012 und der 86. Gesundheitsministerkonferenz 2013 als Mindestanforderungen beschlossenen „Eckpunkte für die in Länderzuständigkeit liegenden Ausbildungen zu Assistenz- und Helferberufen in der Pflege" vom 29. Januar 2016.*

Becker, M. (2013). Arbeitsprozessorientierte Didaktik. *bwp@ Berufs- und Wirtschaftspädagogik – online*, 24, 1–22. Verfügbar unter http://www.bwpat.de/ausgabe24/becker_bwapt24.pdf (Zugriff am: 06.10.2020).

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

Bloom, P. (2016). *Against Empathy. The Case for Rational Compassion*. New York: HarperCollins.

Darmann-Finck, I. & Baumeister, A. (2017). Qualifikationsmix in der stationären Krankenpflege. Einsatzpotenziale für Pflegehelferberufe. *BWP – Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis* (1), S. 16–19.

Darmann-Finck, I., Baumeister, A. & Greiner, A.-D. (2016). *Projektbericht „Qualifikationsmix in der stationären Versorgung im Krankenhaus"*. Bremen: Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP).

Denkel, F. & Walter, A. (2022). *Rahmenlehrplan für die Pflegefachassistenzausbildung im Land Brandenburg*. TU Dresden, Fakultät Erziehungswissenschaften, erstellt unter Mitwirkung der Projektmitarbeitenden und Lehrenden im Land Brandenburg (unveröffentlicht).

EU-European Union (2018). *Core Competences of Healthcare Assistants in Europe (CC4HCA). An exploratory study into the desirability and feasibility of a common training framework under the Professional Qualifications Directive*. Luxembourg: Publications Office of the EU.

Fachkommission (2020). *Rahmenpläne der Fachkommission nach § 53 PflBG*. 2. überarbeitete Auflage. Verfügbar unter www.bibb.de/dokumente/pdf/geschst_pflgb_rahmenplaene-der-fachkommission.pdf (Zugriff am: 01.03.2020).

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

Gilbert, P. & Choden (2013). *Mindful Compassion*. London: Robinson.

Herzberg, H. & Walter, A. (2023). Zur Professionalität von Lehrenden in den Gesundheitsfachberufen. In I. Darmann-Finck & K.-H. Sahmel (Hg.), *Pädagogik im Gesundheitswesen*, S. 553–569. Heidelberg: Springer.

Herzberg, H., Walter, A. & Alheit, P. (2022). *Der „Generalistik-Diskurs" im Feld der Pflege im Land Brandenburg. Eine qualitative Studie zur Vorbereitung eines innovativen curricularen Entwicklungsprozesses für die reformierte Pflegeausbildung*. Bd. 4 der Schriftenreihe des Instituts für Gesundheit. Senftenberg: BTU Cottbus-Senftenberg.

Jürgensen, A. (2019). *Pflegehilfe und Pflegeassistenz – Ein Überblick über die landesrechtlichen Regelungen für die Ausbildung und den Beruf*. Bonn: Bundesinstitut für Berufsbildung.

Lehmann, Y. & Behrens, J. (2016). Akademisierung der Ausbildung und weitere Strategien gegen Pflegepersonalmangel in europäischen Ländern. In K. Jacobs, A. Kuhlmey, S. Greß, J. Klauber & A. Schwinger (Hg.), *Pflege-Report 2016. Schwerpunkt: Die Pflegenden im Fokus*, S. 51–71. Stuttgart: Schattauer.

Lehmann, Y., Beutner, K., Karge, K., Ayerle, G., Heinrich, S., Behrens, J. & Landenberger, M. (2014). *Bestandsaufnahme der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen im europäischen Vergleich*. Bonn & Berlin: Bundesministerium für Bildung und Forschung.

Meuser, M. & Nagel, U. (2009). Das Experteninterview – konzeptionelle Grundlagen und methodische Anlage. In S. Pickel, G. Pickel, H.-J. Lauth & D. Jahn (Hg.), *Methoden der vergleichenden Politik- und Sozialwissenschaft*. Opladen: VS Verlag.

Müller, K. & Hellweg, S. (2013). *Wertschätzungserleben von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in der Pflege*. Abschlussbericht zum Forschungsvorhaben Pro-Wert-Produzentenstolz durch Wertschätzung. Teilvorhaben Pflegewissenschaft. Bielefeld: Fachhochschule der Diakonie. Verfügbar unter https://www.fh-diakonie.de/obj/Bilder_und_Dokumente/ProWert/FH-D_ProWert_Bericht_2013_web.pdf (Zugriff am: 13.02.2012).

Muths, S. & Darmann-Finck, I. (2013). Aufgaben von Pflegeassistent/innen im Rahmen abgestufter Qualifikationen. *bwp@ Spezial 6 – Hochschultage Berufliche Bildung 2013, Fachtagung 14*, S. 1–18. Verfügbar unter http://www.bwpat.de/ht2013/ft14/muths_darmann-finck_ft14-ht2013.pdf (Zugriff am: 16.08.2019).

Ricard, M. (2013). *Altruism. The Power of Compassion to Change Yourself and the World*. New York: Little, Brown and Company.

Rothgang, H. u. a. (2020). *Zweiter Zwischenbericht des Projekts Entwicklung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach quantitativen und qualitativen Maßstäben gemäß § 113e SGB XI (PeBeM)*. Bremen: Universität Bremen.

Sander, K. (2003). Biographie und Pflege. In K. Schneider, E. Brinker-Meyendriesch & A. Schneider (Hg.), *Pflegepädagogik für Studium und Praxis*, S. 35–56. Berlin & Heidelberg: Springer.

Schneider, K., Kuckeland, H. & Hatziliadis, M. (2019). Berufsfeldanalyse in der Pflege. Ausgangspunkt für die curriculare Entwicklung einer generalistisch ausgerichteten Pflegeausbildung. *Zeitschrift für Berufs- und Wirtschaftspädagogik,* 115(1), S. 6–38.

Schön, D. A. (1987). *Educating the Reflective Practitioner. Toward a New Design for Teaching and Learning in the Professions*. San Francisco: Jossey Bass.

Schön, D. A. (1983). *The Reflective Practitioner. How Professionals Think in Action*. Aldershot: Ashgate.

Strauss, A. L. & Corbin J. (1990). Grounded Theory Research: Procedures, Canons and Evaluative Criteria. *Zeitschrift für Soziologie,* 19, S. 418–427.

Walter, A. (2018). Auszubildende in der Altenpflegehilfe – sozialpädagogische Begleitung und diversitätssensible Lernangebote als Antworten auf komplexe Problemlagen. In D. Buschfeld & M. Cleef (Hg.), *Vielfalt des Lernens im Rahmen berufsbezogener Standards*, S. 43–56. Münster & New York: Waxmann.

Walter, A. (2015). Der phänomenologische Zugang zu authentischen Handlungssituationen – ein Beitrag zur empirischen Fundierung von Curriculumentwicklungen. *bwp@ Spezial 10 – Berufsbildungsforschung im Gesundheitsbereich*, S. 1–22. Verfügbar unter http://www.bwpat.de/spezial10/walter_gesundheitsbereich-2015.pdf (Zugriff am: 19.11.2015).

Walter, A., Herzberg, H. & Alheit, P. (2022). *„Pflegefachassistenz". Handlungsempfehlungen für die Anpassung von in Landeszuständigkeit liegenden Ausbildungen in Assistenzberufen in der Pflege als Folge des Pflegeberufereformgesetzes*. Bd. 6 der Schriftenreihe des Instituts für Gesundheit. Senftenberg: BTU Cottbus-Senftenberg.

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1 Das „mentale Feld“ einer Öffnung der Pflegeassistenzausbildung 122
Abb. 2 Das „mentale Feld“ der Pflegeschulen 123
Abb. 3 Das „mentale Feld“ der Klinik 124
Abb. 4 Das „mentale Feld“ des Pflegeheims 124
Abb. 5 Das „mentale Feld“ der ambulanten Pflege 125
Abb. 6 Ethnografisches Profil *„Kliniken“* 126
Abb. 7 Ethnografisches Profil *„Pflegeheime“* 127
Abb. 8 Ethnografisches Profil *„ambulante Pflege“* 128

Tabellenverzeichnis

Tab. 1 Das Kompetenzprofil der Pflegefachassistentinnen/-assistenten 130
Tab. 2 Überblick über die curricularen Einheiten mit Stundenumfang 135

Autorinnen



Dr. phil. **Anja Walter** ist Professorin für Gesundheit und Pflege/Berufliche Didaktik im Institut für Berufspädagogik und Berufliche Didaktiken an der TU Dresden. Ihre Arbeits- und Forschungsschwerpunkte sind die Didaktik der Gesundheitsberufe, Phänomenologische Fallarbeit und Lehrer:innenbildung für die Gesundheitsberufe/Professionalisierung. Sie arbeitet in verschiedenen Projekten mit Pflegeschulen an der curricularen Umsetzung des Pflegeberufegesetzes.



Prof. Dr. **Heidrun Herzberg** ist Professorin für Bildungswissenschaften und Berufspädagogik in Gesundheitsberufen an der BTU Cottbus-Senftenberg, Fak. 4, Institut für Gesundheit. Ihre Arbeitsschwerpunkte sind: Qualitative Bildungs- und Biografieforschung im Feld der Gesundheitsberufe, Versorgungs- und Professionsforschung.

Das Pflegebildungssystem zwischen intendierter Einheitlichkeit und tatsächlicher Diversität am Beispiel der Pflegeassistenzausbildungen

Jan Braun, Karin Reiber

Abstract

Durchlässigkeit spielt auf allen Ebenen des Bildungssystems der Domäne Pflege eine bedeutende Rolle und erfährt in den letzten Jahren verstärkte Aufmerksamkeit. Insbesondere auf der Ebene der Pflegeassistenzausbildungen, die häufig den Eintritt in das Pflegebildungssystem darstellen, konkurrieren der Anspruch auf einen niederschwelligen Zugang mit Blick auf Fachkräftegewinnung und der Bedarf einer adäquaten Vorbereitung auf den Beruf bzw. für den Einstieg in die Fachkraftausbildung. Ziel der vorliegenden Untersuchung ist, die Ausgestaltung der Pflegeassistenzausbildungen bezogen auf Faktoren, die Zugang und Durchlässigkeit beeinflussen, darzustellen und die Befunde in den Kontext berufspolitischer Diskussionen einzuordnen. Im Rahmen einer Dokumentenanalyse wurden die Pflegeassistenzausbildungen betreffende Ordnungsmittel kriteriengeleitet ausgewertet, um ihre Durchlässigkeitspotenziale zu analysieren. Es zeigt sich ein stark heterogenes Bild der auf Länderebene geregelten Pflegeassistenzausbildungen. Auch wenn Berufs- und Fachverbände schon seit Langem auf eine Harmonisierung drängen, besteht weiterhin Heterogenität im Hinblick auf die Ausgestaltung der Pflegeassistenzausbildung.

Schlagworte: Bildungsdurchlässigkeit, Pflegeassistenzausbildung, Ordnungsmittel

Permeability plays an important role at all levels of the nursing education system and has received increased attention in recent years. Particularly at the level of education for nursing assistants, which often represents the entry into the nursing education system, the demand for low-threshold access to this system competes with the demand for high-quality preparation for higher levels of the nursing education system. The aim of this study is to survey and present the design of nursing assistant education programs in Germany in terms of factors that influence access to and permeability of these programs, and to place them in the context of professional policy discussions. Within the framework of a regulatory analysis, the legal norms relating to nursing assistant education were evaluated based on criteria to analyze the permeability factors. A highly heterogeneous picture of the nursing assistant education programs regulated at the state level emerged. Even though professional associations and societies have long been

pushing for harmonization, there is still heterogeneity in the training of nursing assistants.

Keywords: Permeability in education, nursing assistant education, regulatory analysis

1 Hintergrund

Durchlässigkeit ist die Voraussetzung für Bildungsmobilität, flexible Ausbildungswege und somit auch für soziale Mobilität im Dienste der Chancengleichheit. Unter Durchlässigkeit sind die Zu- und Übergangswege zwischen verschiedenen Bildungsgängen, -stufen und -bereichen zu verstehen (vgl. Hemkes 2018, S. 7). Gesetzliche Vorgaben und ergänzende Ordnungsmittel legen implizit die Ausprägung der potenziellen Durchlässigkeit innerhalb eines Systems fest (vgl. Düggeli & Oesch 2016, S. 178), indem sie die Zugangsvoraussetzungen und Eignungsprüfungen regeln sowie ggf. Anrechnungsmöglichkeiten definieren (vgl. Bernhard & Powell 2017, S. 342). Für die Nutzung von Durchlässigkeitsoptionen sind die Vergleichbarkeit von Bildungsabschlüssen und Qualifikationen sowie die Transparenz bezüglich erworbener Kompetenzen bedeutsam (vgl. Vogel 2017, S. 18). Insbesondere im Kontext des lebenslangen Lernens werden primär die strukturellen bzw. institutionellen Aspekte der Durchlässigkeit betrachtet, da diese die Übergänge zwischen unterschiedlichen Bildungsbereichen in den Blick nehmen (vgl. Bernhard 2017; Freitag 2018, S. 4; Cendon 2021, S. 19).

Besonders potenzielle Auszubildende der Pflegeassistenzausbildungen haben ihre Bildungs- und Berufslaufbahn oft nicht in der Pflege begonnen und bringen daher unterschiedliche berufliche Erfahrungen mit. Die Entscheidung für eine Tätigkeit in der Pflege begründet sich meist aus privaten und/oder beruflichen Erfahrungen (vgl. Stuckatz 2019, S. 140). Insbesondere unter Hauptschulabsolventinnen und -absolventen, denen die Pflegeassistenzausbildung im Gegensatz zur Ausbildung zur Pflegefachperson offensteht, gilt die Pflege als attraktives Berufsfeld (vgl. Ebbinghaus 2022, S. 15). Auch unter diesem Aspekt ist die Pflegeassistenzausbildung ein wichtiges Zutrittstor in das Pflegebildungssystem.

Ausbildung spielt eine zentrale Rolle für die Fachkräftesicherung (vgl. Mohr & Reiber 2022, S. 107 f.), dem Eintritt in die Fachkraftausbildung über eine Assistenzausbildung kommt dabei eine bedeutsame Rolle zu. Dazu zählt die Zugangserleichterung zur Pflegeausbildung für Personen mit einer Pflegeassistenzausbildung, wie bspw. ihre Anrechnung auf die Ausbildung zur Pflegefachperson, wodurch sich diese verkürzt (vgl. Siecke 2019, S. 70). Angeboten werden Ausbildungen in der Pflegeassistenz an staatlichen und staatlich anerkannten Schulen auf Landesebene sowie bei öffentlichen und privaten Fortbildungsträgern (vgl. Badel & Schüle 2019, S. 25). Die Regelungen für diese Bildungsgänge auf Landesebene variieren in vielerlei Hinsicht: Die Abschlussbezeichnungen sind ähnlich, die Aufgabengebiete und Eintrittsbedingungen sind vergleichbar, lediglich Curricula und Ausbildungsdauer unterscheiden sich stärker (vgl. ebd.). Eine grundlegende Gemeinsamkeit aller Pflegeassistenzausbildungen ist, dass Pflegeassistenzkräfte Pflegefachpersonen unterstützen (vgl. a. a. O., S. 26). Der Anteil an Pflegeassistenzkräften in der Altenpflege steigt kontinuierlich (vgl. Schwarz

2019, S. 63). Im Abschlussbericht des Projekts „Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI (PeBeM)“ wird vorgeschlagen, mehr Pflegeassistenzpersonal auszubilden und einzusetzen (vgl. Rothgang 2020, S. 417). Im vorgesehenen Qualifikationsmix besteht gemäß dieser Studie ein mehr als doppelt so hoher Bedarf an ausgebildeten Pflegeassistenzkräften als derzeit vorhanden (vgl. a. a. O., S. 255).

Wenngleich die Pflegeassistenzausbildung auf Länderebene geregelt ist, konnten sich die Länder auf „Eckpunkte für die in Länderzuständigkeit liegenden Ausbildungen zu Assistenz- und Helferberufen in der Pflege“ (Banz AT 17.02.2016 B3) einigen: Sie beinhalten die von der Arbeits- und Sozialministerkonferenz 2012 und der Gesundheitsministerkonferenz 2013 beschlossenen Aussagen zum Berufsbild, zur Ausbildungsdauer, zu Praxiseinsätzen, Zugangsvoraussetzungen sowie zur Prüfung und zum Berufsabschluss. Diese Angaben sind als gemeinsame Mindestanforderungen der Länder zu betrachten. Die ebenfalls enthaltene Forderung, eine erfolgreich abgeschlossene Pflegeassistenzausbildung auf eine Pflegefachkraftausbildung anzurechnen und diese um ein Jahr zu verkürzen, wurde im Zuge des neuen Pflegeberufegesetzes[1] erfüllt (PflBG § 12 Abs. 2).

Der Deutsche Bildungsrat für Pflegeberufe (DBR) veröffentlichte bereits 2007 sein als „Pflegebildung offensiv“ bezeichnetes Bildungskonzept für die Pflege (vgl. Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe 2007) und bekräftigte die dort formulierten Vorstellungen 2016 in einer Stellungnahme zum damaligen Entwurf des Pflegeberufegesetzes (vgl. Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe 2016, S. 4) und 2020 in seinen Empfehlungen für pflegeberufliche Weiterbildung (vgl. Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe 2020, S. 2 ff.). Für die Pflegeassistenzausbildung schlägt der DBR eine zweijährige Ausbildung zur Assistentin/zum Assistenten Pflege (vgl. Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe 2007, S. 41 ff.) bzw. zur/zum Gesundheits- und Pflegeassistentin/-assistenten (vgl. Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe 2016, S. 4) vor, die mit einem vorher erworbenen Hauptschulabschluss absolviert werden kann und bei der durch den erfolgreichen Abschluss der Ausbildung neben der genannten Berufsbezeichnung auch die Fachoberschulreife erworben wird. Eine zweijährige Ausbildungsdauer würde auch dem Berufsbildungsgesetz entsprechen (§ 5 BBiG[2]) und somit als vollwertige Ausbildung anerkannt werden, was bei einer kürzeren Gesamtdauer nicht zweifelsfrei gegeben wäre. Der wohl bedeutendste Unterschied, in dem sich die Pflegeassistenzausbildung im Bildungskonzept des DBR von den Eckpunkten der Bundesländer und dem Pflegeberufegesetz unterscheidet, ist, dass der DBR die Anrechnung der Pflegeassistenzausbildung auf eine dreijährige Ausbildung zur Pflegefachkraft explizit ausschließt, wenn diese gleichzeitig als Zugangsmöglichkeit genutzt wird (vgl. Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe 2007, S. 42; Deutscher Bildungsrat für Pflege-

1 Gesetz zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz – PflBRefG). Artikel 1. Gesetz über die Pflegeberufe (Pflegeberufegesetz – PflBG). Vom 17. Juli 2017. Bundesgesetzblatt Jahrgang 2017 Teil I Nr. 49, ausgegeben zu Bonn am 24. Juli 2017, 2581.

2 Berufsbildungsgesetz. Vom 4. Mai 2023. Bundesgesetzblatt Jahrgang 2023 Teil I Nr. 217, ausgegeben zu Bonn am 16. August 2023, 920.

berufe 2016, S. 3 f.). Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) lehnt seine Position zur Pflegeassistenzausbildung an das Bildungskonzept des DBR an, formuliert aber weitergehende Strukturmerkmale und Kritik an der aktuellen Situation (vgl. Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe 2020). So fordert der DBfK für die Pflegeassistenzausbildung zusätzlich eine Ausrichtung der Ausbildung auf alle pflegerischen Versorgungsbereiche sowie die Schaffung einer Durchlässigkeit in höhere Qualifizierungsangebote in der Pflege (vgl. ebd., S. 1). Kritisiert werden insbesondere die unterschiedlichen Kompetenzniveaus und -profile von Pflegeassistenzkräften, die zwar ähnlichen, aber doch uneinheitlichen Berufsbezeichnungen und Qualifikationswege, die Beibehaltung der Trennung von Alten- und Gesundheits- und Krankenpflege, die unterschiedlichen Ausbildungsdauern und die Unterschiede bzgl. der Vermittlung allgemeinbildender Inhalte während der Ausbildung. An den Eckpunkten der Bundesländer wird explizit kritisiert, dass diese unzureichend durch die Länder umgesetzt wurden und die darin festgelegten Kompetenzen überarbeitungsbedürftig sind (vgl. ebd.).

Der Bundesverband Lehrende Gesundheits- und Sozialwesen (BLGS) positioniert sich ebenfalls zur Pflegeassistenzausbildung (vgl. Bundesverband Lehrende Gesundheits- und Sozialwesen 2021). Er fordert ebenfalls eine generalistische Ausrichtung der Pflegeassistenzausbildung, die bundesweit einheitliche Berufsbezeichnung „Pflegefachassistenz", eine zweijährige Ausbildungsdauer mit bundesweit einheitlichem Ausbildungsziel und kompetenzorientierten Ausbildungsmitteln. Dazu sollen, wie für die dreijährige Pflegeausbildung, durch eine länderübergreifende Fachkommission verbindliche Rahmenpläne erarbeitet werden (vgl. ebd., S. 3 f.). Daneben fordert der BLGS einen zehnjährigen qualifizierten Schulabschluss als Zugangsvoraussetzung für die Ausbildung und fordert eine Anpassung der Anforderungen an Lehrende, Praxisanleitung und -begleitung an das Pflegeberufegesetz, wobei langfristig ein Lehrenden-Auszubildenden-Verhältnis von 1:15 angestrebt werden soll (vgl. ebd., S. 4). Der BLGS bekräftigte seine Forderung 2022 und kritisierte gleichzeitig, dass trotz mehrerer reformierter Pflegeassistenzausbildungen weiterhin eine ausgeprägte Heterogenität besteht, die Ausbildungen weiterhin nicht sinnvoll aufeinander aufbauen und die jeweiligen Kompetenzen sich im Qualifikationsmix nicht passgenau ergänzen (vgl. Bundesverband Lehrende Gesundheits- und Sozialwesen 2022).

Im Deutschen Qualifikationsrahmen (DQR) sind die Abschlüsse der Pflegeassistenzausbildungen dem Niveau 4 zugeordnet (vgl. DQR 2022, S. 21). Die pauschale Zuordnung der unterschiedlichen Pflegeassistenzausbildungen ergibt sich aus der Rahmenvereinbarung über die Berufsfachschulen (vgl. KMK 2022), die eigentlich nur Pflegeassistenzausbildungen betrifft, die die vereinbarten Anforderungen erfüllen. Da die Länder aber beschlossen haben, landesrechtlich geregelte Pflegeassistenzausbildungen gegenseitig anzuerkennen (BAnz AT 17.02.2016 B3, S. 2), können in der praktischen Handhabung alle Pflegeassistenzausbildungen als dem DQR-Niveau 4 zugeordnet betrachtet werden. Pflegeassistenzausbildungen, die offiziell keinem DQR-Niveau zugeordnet sind, werden trotzdem so behandelt, als wären sie dem Niveau 4 zugeordnet, obwohl diese sich teilweise stark voneinander unterscheiden und den entsprechenden Prozess zur Zuordnung nicht durchlaufen haben (vgl. DQR 2013, S. 26 f.).

Das Ziel des DQR, Transparenz und Vergleichbarkeit herzustellen, wird dadurch untergraben. Gleichzeitig wird die offizielle Zuordnung zu diesem DQR-Niveau häufig ignoriert und stattdessen die Pflegeassistenzausbildung auf dem Niveau 3 verortet (z. B. Knigge-Demal u. a. 2013; Rothgang 2020, S. 92).

Ziel des vom Bundesinstitut für Berufsbildung beauftragten Projekts „career@care – Durchlässigkeit und Bildungspfade in der Pflege" ist es, einen Überblick über die Herausforderungen und Chancen im Pflegebildungssystem herzustellen und Empfehlungen zur Steigerung der sozialen und beruflichen Mobilität im Pflegebildungssystem zu entwickeln. Mittels einer Ordnungsmittelanalyse soll aufgezeigt werden, wie die Übergänge zwischen den einzelnen Ebenen des Pflegebildungssystems rechtlich gestaltet sind, einschließlich des Eintritts in das Pflegebildungssystem aus allgemeinbildenden Schulen. Dabei ist sowohl die vertikale als auch die horizontale Durchlässigkeit von besonderer Bedeutung.

Ziel der vorliegenden Untersuchung ist, die Ausgestaltung der Pflegeassistenzausbildungen in Deutschland bezogen auf Faktoren, die den Zugang zu diesen und deren Durchlässigkeit beeinflussen, zu erheben und darzustellen sowie diese in den Kontext berufspolitischer Diskussionen einzuordnen. Handlungsleitend für die Analyse ist demnach die Frage, wie die unterschiedlichen Pflegeassistenzausbildungen in Bezug auf Durchlässigkeitsfaktoren gestaltet sind und wie diese Faktoren sich in den einzelnen Pflegeassistenzausbildungen unterscheiden.

2 Methodisches Vorgehen

Im Vordergrund der Ordnungsmittelanalyse steht ein Erkenntnis- und Verwendungsinteresse, das auf die Analyse und Darstellung der aktuellen Situation und die Optimierung der Pflegeassistenzausbildung hinsichtlich der Durchlässigkeit abzielt (vgl. Hoffmann 2018, S. 84). Als Datenbasis für die Dokumentenanalyse dienen Ordnungsmittel, die die jeweiligen Pflegeassistenzausbildungen verbindlich regeln (vgl. Driesner & Arndt 2020, S. 417). Unter dem Begriff Ordnungsmittel werden Rechtsnormen und alle aus diesen abgeleiteten Dokumente subsummiert, mit denen die einzelnen Bildungsgänge verbindlich geregelt werden (vgl. Ranke 2016, S. 711).

In der Literatur zur Berufsbildungsforschung werden nur wenige methodische Verfahren zur Ordnungsmittelanalyse beschrieben. Auf geeignete standardisierte Verfahren kann daher nicht zurückgegriffen werden (vgl. Arens 2022, S. 91 ff.). Das Vorgehen zur Ordnungsmittelanalyse erfolgt in Anlehnung an Arens (2022), der sich wiederum an Verfahren der Inhalts-, Dokumenten- und Aktenanalyse orientiert (vgl. Glaser 2010, S. 365 ff.; Mayring 2003, S. 42 ff.; Wolff 2000, S. 502 f.). Den Ordnungsmitteln werden Aussagen entnommen, um anhand festgelegter Kriterien einen Querschnitt im Sinne einer Gesamtzusammenfassung des analysierten Datenmaterials zu erstellen (vgl. Arens 2022, S. 93).

Erwartbare Aussagen der Ordnungsmittel ergeben sich aus den bereits beschriebenen Eckpunkten der Bundesländer für die Ausbildung zu Assistenz- und Helferberufen in der Pflege (BAnz AT 17.02.2016 B3). Die in diesen Eckpunkten enthaltenen

Aussagen zu Rahmenbedingungen der Pflegeassistenzausbildungen, die sich auf die Durchlässigkeit der Bildungsangebote auswirken, decken sich zwar nicht inhaltlich, aber strukturell auch mit den im vorherigen Kapitel dargestellten Vorschlägen bzw. Forderungen der pflegerischen Interessenvertretungen (vgl. Bundesverband Lehrende Gesundheits- und Sozialwesen 2021; Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe 2020; Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe, 2007). Lediglich das Kriterium „Erwerb eines allgemeinbildenden Schulabschlusses", das erfassen soll, ob in diesen Ordnungsmitteln die Möglichkeit des Erwerbs eines allgemeinbildenden Schulabschlusses vorgesehen ist, ist in den Eckpunkten der Bundesländer nicht enthalten, ist aber Bestandteil von Veröffentlichungen der pflegerischen Interessenvertretungen (vgl. Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe 2007, S. 42; Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe 2020, S. 1; BAnz AT 17.02.2016 B3). Aus den Analysekriterien wurden konkrete Analysefragen formuliert, die die Kriterien inhaltlich abfragen und anhand derer die Ordnungsmittel ausgewertet werden (vgl. Arens 2022, S. 94).

Nach der Bestimmung der einzubeziehenden Dokumente in Form von Ordnungsmitteln werden diese recherchiert. Dazu werden Webseiten der Bundesländer und des Bundes, Portale der Bundesländer zum Landesrecht und des Bundes zum Bundesrecht genutzt. Dabei werden nur Ordnungsmittel berücksichtigt, die öffentlich über das Internet zugänglich sind (vgl. ebd., 95 f.). Die Recherche fand im Zeitraum vom 01.04.2022 bis zum 30.06.2022 statt. Neben verbindlichen Ordnungsmitteln wird auf Webseiten von Berufsverbänden, Fachgesellschaften u. ä. nach Positionspapieren, Stellungnahmen oder ähnlichen Dokumenten gesucht, die Aussagen über die wünschenswerten zukünftigen Bildungsangebote enthalten. Die Verbände und Gesellschaften werden der Auflistung des ZAFH care4care entnommen (https://www.zafh-care4care.de/schwerpunktthema/interessenvertretung/wo-kann-ich-mich-engagieren/).

Die Dokumente wurden deduktiv ausgewertet, im Folgenden werden die Ergebnisse anhand der Analysekriterien vergleichend aufgezeigt (vgl. Arens 2022, S. 94).

3 Ergebnisse

Insgesamt wurden 26 auf Länderebene geregelte Pflegeassistenzausbildungen identifiziert. Diese werden im Folgenden anhand der oben genannten Kriterien dargestellt. Es wurden nur Ausbildungsgänge berücksichtigt, die auf Tätigkeitsbereiche primär in der Pflege vorbereiten, auslaufende und nicht mehr angebotene Ausbildungsgänge wurden nicht einbezogen.

Seit der Darstellung aller in Deutschland gültigen Pflegeassistenzausbildungen von Jürgensen (2019) haben sich einige Änderungen ergeben. In Bayern beträgt der Umfang der theoretischen und praktischen Anteile der Ausbildungen zur/zum Pflegefachhelfer:in nun jeweils 750 (Theorie) bzw. 850 Stunden (Praxis) (Anlagen 3 und 4 BFSO Gesundheit[3]). In Berlin ersetzt die Ausbildung zur/zum Pflegefachassistentin/

3 Berufsfachschulordnung Gesundheitswesen (BFSO Gesundheit) vom 31. Mai 2022 (GVBl. S. 322, BayRS 2236-4-1-2-K), die zuletzt durch § 1 der Verordnung vom 20. Juni 2023 (GVBl. S. 347) geändert worden ist.

Pflegeassistenten die bisherige Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflegehilfe; diese dauert insgesamt 18 Monate und enthält 1000 Stunden theoretische Anteile sowie 1200 Stunden praktische Anteile (§ 7 Abs. 1 f. PflFAG[4]), nach Absolvierung der ersten zwei Ausbildungsdrittel der dreijährigen Fachkraftausbildung oder nach endgültigem Nichtbestehen der Abschlussprüfung dieser kann eine Externenprüfung absolviert werden, um sich als Pflegeassistenzperson zu qualifizieren (§ 12 PflFAG). In der hessischen Altenpflegehilfeausbildung wurden die theoretischen Anteile auf 750 Stunden, die praktischen Anteile auf 950 Stunden geändert (§ 4 Abs. 2 HAltPflHG[5]). In Nordrhein-Westfalen ersetzt die Pflegefachassistenzausbildung die bisherigen Ausbildungen in der Alten- und Krankenpflegehilfe, diese dauert insgesamt 12 Monate und besteht aus 700 Stunden theoretischen und 950 Stunden praktischen Anteilen (§ 5 PflfachassAPrV[6]). Die rheinland-pfälzische Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflegehilfe ergänzt die Altenpflegehilfeausbildung, sie dauert insgesamt 12 Monate und besteht aus 700 Stunden theoretischen und 850 Stunden praktischen Anteilen (§ 2 Abs. 1 KrPflHiAPrV RP[7]). Im Saarland ersetzt die Ausbildung in der Pflegeassistenzausbildung die bisherigen Ausbildungen in der Alten- und Krankenpflegehilfe, sie dauert insgesamt 23 Monate und umfasst 1300 Stunden theoretische und 1600 Stunden praktische Anteile (§ 1 Pflegeassistenz-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung[8]). In Sachsen-Anhalt ersetzt die Ausbildung in der Pflegehilfe die bisherigen Ausbildungen in der Alten- und Pflegehilfe, sie dauert insgesamt 12 Monate und besteht aus 700 Stunden theoretischen und 800 Stunden praktischen Anteilen (§§ 52 ff. BbS-VO[9]; Ministerium für Bildung Sachsen-Anhalt, 2021). In Schleswig-Holstein wird die bisherige Altenpflegehilfeausbildung um die Ausbildung in der Krankenpflegehilfe ergänzt, deren Rahmenbedingungen denen der bestehenden Altenpflegehilfeausbildung entsprechen (PflHBVO[10]). In den Ausbildungen in der Altenpflegehilfe sowie der Gesundheits- und Krankenpflegehilfe in Thüringen wurde jeweils der Umfang der theoretischen Anteile auf 700 Stunden geändert (§ 3 Abs. 1 ThürSOPflH[11]).

Im Folgenden wird auf die einzelnen Aspekte der Durchlässigkeit aller Pflegeassistenzausbildungen in einer Gesamtschau eingegangen.

4 Gesetz über den Beruf der Pflegefachassistenz im Land Berlin (Pflegefachassistenzgesetz – PflFAG) vom 14. September 2021, verkündet als Artikel 1 des Gesetzes über die Einführung einer Pflegefachassistenzausbildung für Berlin vom 14. September 2021 (GVBl. S. 1020).

5 Hessisches Gesetz über die Ausbildung in der Altenpflegehilfe (Hessisches Altenpflegehilfegesetz – HAltPflHG) vom 5. Juli 2007, verkündet als Artikel 1 des Gesetzes zur Änderung des Altenpflegerechts und anderer Vorschriften vom 5. Juli 2007 (GVBl. I S. 381), zuletzt geändert durch Artikel 6 des Gesetzes vom 22. März 2023 (GVBl. S. 160, 167).

6 Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für den Beruf der generalistisch ausgebildeten Pflegefachassistentin und des generalistisch ausgebildeten Pflegefachassistenten (Ausbildungs- und Prüfungsverordnung Pflegefachassistenz – PflfachassAPrV), GV. NRW. 2020 S. 1216.

7 Landesverordnung über die Ausbildung, Prüfung und Führung der Berufsbezeichnung der Gesundheits- und Krankenpflegehelferin und des Gesundheits- und Krankenpflegehelfers vom 2. September 2019, GVBL. 2019, 268.

8 Verordnung über die Ausbildung und Prüfung zur Pflegeassistenz (Pflegeassistenz-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung) vom 30. September 2020, Amtsbl. I S. 958.

9 Verordnung über Berufsbildende Schulen (BbS-VO) vom 10. Juli 2015, GVBl. LSA 2015, 322, 652, zuletzt geändert durch Verordnung vom 17. Juni 2022 (GVBl. LSA S. 137).

10 Landesverordnung über die Berufe in der Pflegehilfe (Pflegehilfeberufeverordnung – PflHBVO) vom 1. November 2019, verkündet als Artikel 1 der Landesverordnung über die Berufe in der Pflegehilfe und zur Aufhebung der Landesverordnung über die Ausbildung und Prüfung in der Altenpflegehilfe vom 1. November 2019 (GVOBl. S. 484), zuletzt geändert durch Art. 1 LVO vom 15.06.2021, GVOBl. S. 836.

11 Thüringer Schulordnung für die Helferberufe in der Pflege (ThürSOPflH) vom 30. März 2009, GVBL. 2009, 338, zuletzt geändert durch Verordnung vom 1. August 2020 (GVBl. S. 443).

3.1 Zugangsvoraussetzungen

Die Zugangsvoraussetzungen zu den Pflegeassistenzausbildungen stellen sich äußert heterogen dar. Je nach Ausbildung existieren vielfältige Zugangsmöglichkeiten. In Hamburg wird kein allgemeinbildender Schulabschluss, keine Berufserfahrung oder Ähnliches gefordert. Ein Hauptschul- oder gleichwertiger Abschluss ermöglicht, unabhängig von den erreichten Noten, den Zugang zu 23 verschiedenen Pflegeassistenzausbildungen in 14 Bundesländern. Abweichend davon reicht im Saarland ein regulärer Hauptschulabschluss nicht aus, um in die Pflegeassistenzausbildung aufgenommen zu werden. Hier wird ein erweiterter Hauptschulabschluss, ein Realschulabschluss oder eine auf einen regulären Hauptschulabschluss folgende berufliche Vorbildung gefordert. Aber auch ohne Hauptschulabschluss kann unter unterschiedlichen Voraussetzungen eine Pflegeassistenzausbildung aufgenommen werden. In Thüringen und Nordrhein-Westfalen kann mit Genehmigung der zuständigen Behörde und bei Vorliegen einer positiven Eignungsprognose die Ausbildung ohne weitere Auflagen begonnen werden, in Hessen ist ein Zugang auf Vorschlag der Schulleitung mit Genehmigung des zuständigen Ministeriums möglich. Ansprüche an die Noten eines Hauptschulabschlusses werden in der Bremer Altenpflegeassistenzausbildung gestellt. So kann dieser dort nur als Zugangsmöglichkeit genutzt werden, wenn ein Notendurchschnitt von mindestens befriedigend in den Fächern Deutsch, Englisch und Mathematik erreicht wurde oder alternativ der Notendurchschnitt dieser Fächer in einem erweiterten Hauptschulabschluss bei mindestens ausreichend liegt.

Wer bereits eine Berufsausbildung erfolgreich abgeschlossen hat, kann in sechs Ausbildungen bzw. in fünf Bundesländern ebenfalls eine Pflegeassistenzausbildung beginnen. In Bremen kann die Ausbildung zur/zum Gesundheits- und Krankenpflegehelfer:in mit generalistischer Ausrichtung (g. A.) auch aufgenommen werden, wenn bereits ein Jahr der Ausbildung nach dem Pflegeberufegesetz absolviert wurde.

Wer über eine mindestens zweijährige berufliche Tätigkeit in der Alten- oder Krankenpflegehilfe verfügt, kann in Mecklenburg-Vorpommern ohne weitere Anforderungen eine Pflegeassistenzausbildung aufnehmen.

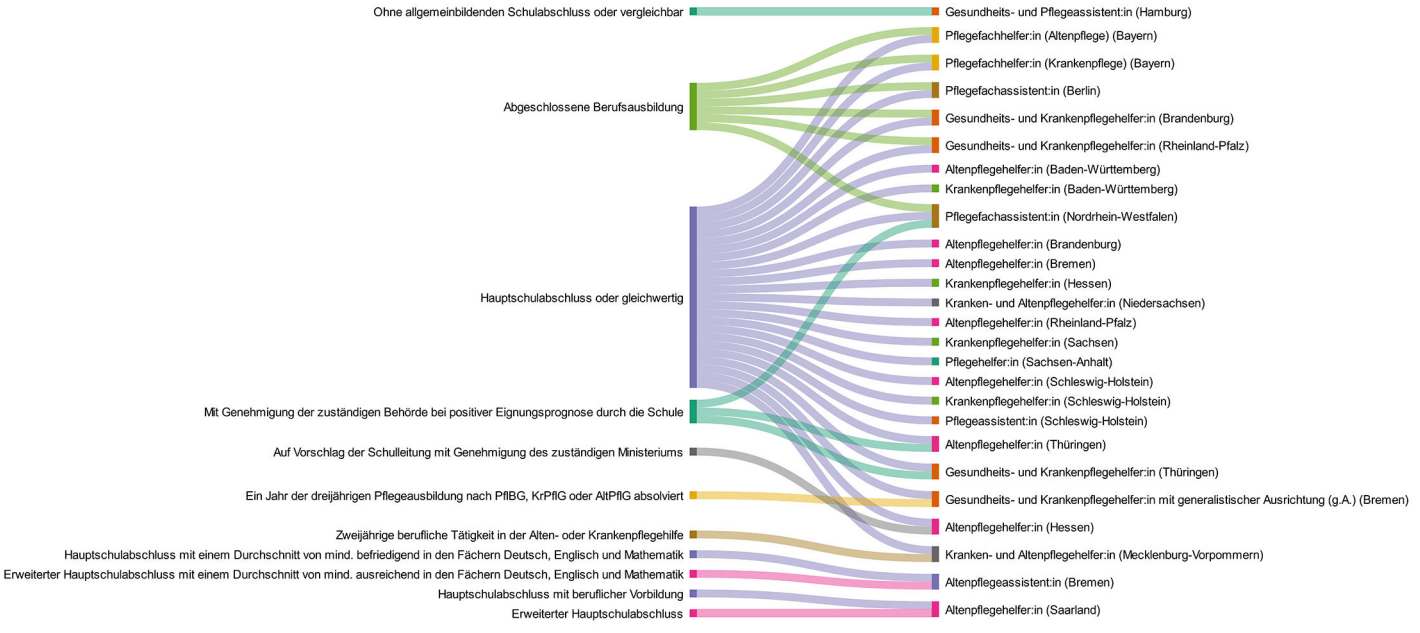


Abbildung 1: Zugangsmöglichkeiten zu den Pflegeassistenzausbildungen

3.2 Ausbildungsdauer und -umfang

Die Gesamtdauer der Pflegeassistenzausbildungen weicht stark voneinander ab. Die verschiedenen Ausbildungen dauern in Vollzeit entweder 12, 18, 23 oder 24 Monate. Die Mehrheit der Pflegeassistenzausbildungen dauert (in Vollzeit) 12 Monate (63 %), mit deutlichem Abstand zur Ausbildungsdauer von 24 Monaten (26 %). Die baden-württembergische Ausbildung zur/zum Gesundheits- und Krankenpflegehelfer:in dauert wahlweise 12 oder 24 Monate, die saarländische Ausbildung der Pflegeassistenz 23 Monate und zwei Ausbildungen dauern 18 Monate.

Auch der Umfang von theoretischen und praktischen Ausbildungsanteilen in den einzelnen Pflegeassistenzausbildungen offenbart ein äußerst heterogenes Bild. Der Umfang des Unterrichts und der Praxisphasen weicht je nach Ausbildung stark voneinander ab. Der Unterrichtsumfang bewegt sich zwischen 600 und 2720 Stunden, der Umfang der Praxiseinsätze zwischen 600 und 2240 Stunden. Durchschnittlich dauert eine Pflegeassistenzausbildung 15,96 Monate (SD = 5,47) und besteht aus 988,76 Stunden theoretischen (SD = 489,02) und 1084,56 Stunden praktischen Anteilen (SD = 388,27). Im Median dauert eine Pflegeassistenzausbildung 12 Monate (IQR = 11,5), bestehend aus 750 Stunden theoretischen (IQR = 419,6) und 920 Stunden praktischen Anteilen (IQR = 250).

3.3 Anrechnungsmöglichkeiten

In neun Pflegeassistenzausbildungen ist eine Anrechnung auf die Ausbildung nicht vorgesehen. In den übrigen Ausbildungen sind unterschiedliche Anrechnungen möglich. Die verschiedenen Anrechnungsmöglichkeiten können in elf Kategorien zusammengefasst werden.

Tabelle 1: Anrechnungsmöglichkeiten auf die Pflegeassistenzausbildungen

Anrechnungsmöglichkeit	Gegeben in … Ausbildungen
Andere Ausbildungen	16
Berufserfahrung in der Pflege	8
Teile einer Ausbildung	4
Fort- und Weiterbildungen und Qualifizierungsmaßnahmen (z. B. §§ 43b, 53b SGB XI)	4
Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen und Qualifizierungsmaßnahmen in Verbindung mit Berufserfahrung	3
Teile einer dreijährigen Pflege(fachkraft)ausbildung	3
Spezielle (Berufs-; Berufsfach-)Schulabschlüsse bzw. Besuch spezieller (Berufs-, Berufsfach-)Schulen	2
Sanitätsprüfung in Verbindung mit Sanitätsdienst u. ä.	2
Andere Ausbildung in Verbindung mit Berufstätigkeit	1
Ehrenamtliche Tätigkeit im Betreuungsdienst des Katastrophenschutzes	1
Verkürzung um ein Jahr möglich, wenn zu erwarten ist, dass das Ausbildungsziel in der gekürzten Zeit erreicht und die Durchführung der Ausbildung nicht gefährdet wird	1

3.4 Externenprüfungen

In sieben der Pflegeassistenzausbildungen ist die Möglichkeit einer Externenprüfung nicht vorgesehen. In den übrigen 19 Ausbildungen variieren die Voraussetzungen, um eine solche zu absolvieren.

Eine der am häufigsten vertretenen Zugangsmöglichkeiten zur Externenprüfung ist das Absolvieren einer dreijährigen Pflegeausbildung, wobei in der Regel die ersten zwei Ausbildungsdrittel absolviert sein müssen. Daneben berechtigt vor allem eine praktische Tätigkeit in der Pflege von unterschiedlicher Mindestdauer zur Teilnahme an einer Externenprüfung, wobei in diesem Fall unterschiedliche zusätzliche Auflagen, wie bspw. die anteilige Arbeit unter Anleitung einer geeigneten Pflegefachperson oder der Nachweis eines anderweitigen Kompetenzerwerbs zu erfüllen sind.

3.5 Möglichkeit des Erwerbs eines allgemeinbildenden Schulabschlusses

In vier Pflegeassistenzausbildungen in drei Bundesländern wird der Erwerb eines allgemeinbildenden Schulabschlusses im Rahmen der Ausbildung explizit ermöglicht, in allen anderen Ausbildungen ist der Erwerb eines allgemeinbildenden Schulabschlusses rechtlich nicht geregelt.

In der Bremer Altenpflegeassistenzausbildung kann die erweiterte Berufsbildungsreife (erweiterter Hauptschulabschluss) erwerben, wer im Besitz der einfachen Berufsbildungsreife ist, am Zusatzunterricht in den Fächern Deutsch, Englisch und Mathematik teilgenommen und die dazugehörenden Prüfungen bestanden hat. Alternativ kann von denen, die bereits im Besitz der erweiterten Berufsbildungsreife sind und bei denen der Notendurchschnitt der Fächer Deutsch, Englisch und Mathematik mindestens 4,0 ist, der Mittlere Schulabschluss erworben werden. Voraussetzung ist die Teilnahme am Unterricht in den Fächern Deutsch, Englisch und Mathematik und die dazugehörigen Prüfungen müssen bestanden werden.

In der Bremer Ausbildung in der generalistisch ausgerichteten Gesundheits- und Krankenpflegehilfe kann durch die Teilnahme an Unterricht in den Fächern Deutsch, Englisch und Mathematik und das Bestehen der Zusatzprüfung der Mittlere Schulabschluss erworben werden. Voraussetzung ist der erweiterte Hauptschul- oder gleichwertige Schulabschluss, unabhängig von den Noten.

In der niedersächsischen Pflegeassistenzausbildung wird bei Abschluss der Ausbildung mit einem Notendurchschnitt von mindestens 3,0 automatisch der Sekundarabschluss I – Realschulabschluss erworben. Ein Erweiterter Sekundarabschluss I erwirbt, wer zusätzlich im Fach Deutsch/Kommunikation, in einer fortgeführten Fremdsprache und dem berufsbezogenen Lernbereich jeweils mindestens befriedigende Leistungen erreicht hat.

In Sachsen wird der mittlere Schulabschluss zuerkannt, wenn der Gesamtnotendurchschnitt auf dem Abschlusszeugnis der Berufsfachschule mindestens 3,0 beträgt.

3.6 Generalistische Ausrichtung

Insgesamt können neun Pflegeassistenzausbildungen als generalistisch ausgerichtet bezeichnet werden. Darunter fallen Ausbildungen, die sich nicht auf ein einzelnes Set-

ting der beruflichen Pflege beschränken. Dazu zählen die Berliner Ausbildung in der Pflegefachassistenz, die Bremer Ausbildung zur/zum Gesundheits- und Krankenpflegehelfer:in mit generalistischer Ausrichtung (g. A.), die hamburgische Ausbildung in der Gesundheits- und Pflegeassistenz, die Ausbildung in der Kranken- und Altenpflegehilfe in Mecklenburg-Vorpommern, die niedersächsische Ausbildung in der Pflegeassistenz, die nordrhein-westfälische Ausbildung in der Pflegefachassistenz, die saarländische Ausbildung in der Pflegeassistenz, die Ausbildung in der Pflegehilfe in Sachsen-Anhalt und die Pflegeassistenzausbildung in Schleswig-Holstein. Die bayerische Ausbildung zum/zur Pflegefachhelfer:in ist augenscheinlich zunächst generalistisch ausgerichtet, allerdings muss zwischen den Schwerpunkten Alten- und Krankenpflege gewählt werden, was jeweils zu einer anderen Berufsbezeichnung führt.

4 Diskussion

Die unterschiedlichen formalen Regelungen der Pflegeassistenzausbildungen der einzelnen Länder zeichnen ein stark heterogenes Bild. Auch wenn von Berufs- und Fachverbänden bereits seit Jahren auf eine Vereinheitlichung gedrängt wird und dieses Ziel auch von der Arbeits- und Sozialministerkonferenz sowie der Gesundheitsministerkonferenz zumindest im Hinblick auf einheitliche Mindeststandards beschlossen wurde, zeigt sich bei Betrachtung der aktuell gültigen Regelungen eine Differenzierung in den Details der formalen Ausgestaltung der Ausbildungen.

Die Heterogenität zeigt sich am deutlichsten im Bereich der Zugangsvoraussetzungen zu den Ausbildungen. Zwar erlaubt ein Hauptschulabschluss in den meisten Fällen den Zugang zur Ausbildung, allerdings wird diese Möglichkeit je nach Ausbildung um teils zahlreiche weitere Optionen ergänzt, die für den Zugang genutzt werden können, falls kein Hauptschulabschluss vorliegt. Entgegen den Positionen von Berufs- und Fachverbänden spielt die Mittlere Reife eine untergeordnete Rolle. Es zeichnet sich eher eine Öffnung der Pflegeassistenzausbildungen mit einer Ausweitung der Zugangsmöglichkeiten ab. Dies lässt sich in vielen Fällen bspw. als Maßnahme gegen den Fachkräfte- und Personalmangel einordnen (vgl. Siecke 2018, S. 91 f.) und beruht auch auf dem höheren Bedarf an qualifiziertem Pflegeassistenzpersonal (vgl. Rothgang 2020, S. 417). Verdeutlicht man sich, dass die staatlich geregelten Pflegeassistenzausbildungen als erste Stufe des Pflegebildungssystems den Einstieg in dieses darstellen, zeigt sich hier die Uneinigkeit zwischen Berufs- und Fachverbänden der Pflege und den Entscheidungsträgern der Politik hinsichtlich der Hürden für den Zugang zum Pflegebildungssystem.

Bei der Betrachtung der Anrechnungsmöglichkeiten auf die Pflegeassistenzausbildungen wird deutlich, dass hauptsächlich andere absolvierte Bildungsangebote, wie etwa Teile anderer Berufsausbildungen, insbesondere der dreijährigen Pflegeausbildung, und Fort- oder Weiterbildungsmaßnahmen auf die Ausbildungen angerechnet werden können. Dies spiegelt die Tatsache wider, das Auszubildende in Pflegeassistenzausbildungen häufig bereits auf Berufs- und Bildungserfahrung zurückgreifen

können (vgl. Stuckatz 2019, S. 140). Berufspraktische Erfahrung spielt für die Anrechnung kaum eine Rolle, was aber in einzelnen Fällen mit der Regelung von Externenprüfungen begründet werden kann. Bei diesen handelt es sich de facto um eine Anrechnung anderweitig erworbener Kompetenzen auf die gesamte Ausbildung, wodurch nur noch die Abschlussprüfung absolviert werden muss, um die Abschlussbezeichnung führen zu dürfen. Diese Möglichkeit ist in der Mehrzahl der Ausbildungen allerdings nicht gegeben, während in den Ausbildungen, in denen sie besteht, die Zulassungsvoraussetzungen stark variieren.

Bezogen auf die Gesamtdauer der Pflegeassistenzausbildungen bewegen sich diese zwischen einem und zwei Jahren.

Die Möglichkeit des gleichzeitigen Erwerbs eines allgemeinbildenden Schulabschlusses ist lediglich in vier Ausbildungen gegeben. Betrachtet man jedoch die Chancen, die mit dem Abschluss einer Pflegeassistenzausbildung unabhängig vom Erwerb eines allgemeinbildenden Schulabschlusses bestehen, so relativiert sich dieser Nachteil (vgl. dazu den Beitrag *Intendierte und potenzielle Bildungswege in der Pflege: Möglichkeiten der beruflichen Entwicklung über Ausbildung, Weiterbildung und Studium* von Braun, Dorn & Reiber in diesem Sammelband).

Durch die über das PflBG reformierte und primär generalistisch ausgerichtete dreijährige Pflegeausbildung wurden auch Reformen für die Pflegeassistenzausbildung mit Blick auf eine generalistische Ausrichtung angestoßen. Allerdings stellen diese eine deutliche Minderheit dar, die überwiegende Mehrheit behält die traditionelle Trennung von Alten- und Gesundheits- und Krankenpflege bei. Eine generalistische Ausrichtung würde der Logik des PflBG folgen und somit den Übergang zwischen Assistenz- und Fachkraftausbildung vereinfachen.

Es lässt sich festhalten, dass keine der Pflegeassistenzausbildungen den eingangs dargestellten Forderungen der Berufs- und Fachverbände genügt und die kritisierte Heterogenität der unterschiedlichen Pflegeassistenzausbildungen nachweislich vorliegt. Auch wenn die Mindestanforderungen der Arbeits- und Sozialministerkonferenz und der Gesundheitsministerkonferenz beinahe von jeder Ausbildung erfüllt werden, wurde eine Einheitlichkeit der Ausbildungen bisher nicht erreicht. Im Sinne der Transparenz sowie im Hinblick auf den Personal- und Fachkräftemangel in der Pflege erscheint eine bundesweit einheitliche Ausbildung wünschenswert, die sich unterhalb der dreijährigen Ausbildungen nach dem PflBG positioniert und einen nahtlosen Übergang in diese ermöglicht.

In die vorliegende Untersuchung wurden ausschließlich zum Zeitpunkt der Erhebung gültige, landesrechtlich geregelte Pflegeassistenzausbildungen einbezogen. Auslaufende und nicht mehr angebotene Ausbildungen sowie aktuelle Reformvorhaben wurden nicht berücksichtigt.

Im Hinblick auf den Mangel an Pflegefachpersonen kann konstatiert werden, dass die Pflegeassistenzausbildung einen niederschwelligen Zugang zum Pflegebildungssystem eröffnet. Allerdings braucht es auch Rahmenbedingungen und Anreize für Individuen, nach erfolgreichem Abschluss der Assistenzausbildung auch die Ausbildung zur Pflegefachperson zu absolvieren (Autor:innengruppe Bildungsbericht-

erstattung 2022, S. 179). Gleichzeitig wird dadurch aber auch der zukünftige Mangel an Pflegeassistenzpersonal verstärkt (vgl. Rothgang 2022, S. 417). Im Sinne der Assistenzpersonal- und Fachkräftegewinnung bedarf es eines transparenten und konsistenten Bildungssystems, das adressatengerecht ausgestaltet wird und für potenzielle Auszubildende attraktiv erscheint.

Literatur

Arens, F. (2022). *Ordnungsmittelanalyse zur beruflichen Pflegeausbildung. Neuordnungen als eigene Angelegenheit der Bundesländer* (Berufsbildungsforschung Pflege und Gesundheit, Band 6). Berlin: Wissenschaftlicher Verlag Berlin.

Autor:innengruppe Bildungsberichterstattung (Hg.) (2022). *Bildung in Deutschland 2022. Ein indikatorengestützter Bericht mit einer Analyse zum Bildungspersonal*. Bielefeld: wbv.

Badel, S. & Schüle, L. M. (2019). Zum aktuellen Stand in der Pflege. In S. Badel & L. M. Schüle (Hg.), *Arbeitsplatzorientierte Grundbildung in der Pflegehilfe. Erfahrungen und Erkenntnisse aus Forschung und Praxis*, S. 17–31. Bielefeld: wbv.

Bernhard, N. (2017). *Durch Europäisierung zu mehr Durchlässigkeit?* Opladen: Budrich UniPress.

Bernhard, N. & Powell, J. (2017). Institutionelle Durchlässigkeit im Bildungs- und Wissenschaftssystem in Deutschland und Frankreich. *WSI Mitteilungen*, 70(5), S. 340–347.

Bundesverband Lehrende Gesundheits- und Sozialberufe (Hg.) (2022). *Pflegeassistenzausbildung jetzt bundesweit reformieren!* Verfügbar unter www.blgsev.de/wp-content/uploads/2022/10/20220714_BLGS_PM_Pflegeassistenzausbildung.pdf (Zugriff am: 29.11.2022).

Bundesverband Lehrende Gesundheits- und Sozialberufe (Hg.) (2021). *Positionspapier. Gestaltung der Pflegehilfs- und Assistenzausbildung*. Verfügbar unter www.blgsev.de/media/files/20210322_BLGS_Positionspapier_Pflegeassistenzausbildung-01.pdf (Zugriff am: 12.07.2022).

Bund-Länder-Koordinierungsstelle für den Deutschen Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (DQR) (Hg.) (2013). *Handbuch zum Deutschen Qualifikationsrahmen. Struktur – Zuordnungen – Verfahren – Zuständigkeiten*. Verfügbar unter www.dqr.de/dqr/shareddocs/downloads/media/content/dqr_handbuch_01_08_2013.pdf (Zugriff am: 03.01.2023).

Cendon, E. (2021). Lebenslanges Lernen an Hochschulen Beiträge zur Durchlässigkeit. In C. Schulz & D. Kuhn (Hg.), *Bildungsaufstieg ermöglichen durch Flexibilisierung und Kompetenzanrechnung: Entwicklungsschritte an Hochschulen*, S. 16–28. Weinheim: Beltz Juventa.

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (Hg.) (2020). *DBfK-Positionspapier zur Pflegeassistenzausbildung*. Verfügbar unter www.dbfk.de/media/docs/download/DBfK-Positionen/DBfK-Positionspapier-Pflegeassistenzausb-2021-01-04-final.pdf (Zugriff am: 12.07.2022).

Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe (Hg.) (2020). *Empfehlungen zur Musterweiterbildungsordnung für Pflegeberufe* (MWBO). Empfehlungen und Strategien für die pflegeberufliche Weiterbildung. Verfügbar unter www.bildungsrat-pflege.de/wp-content/uploads/2022/06/2020-Empfehlungen-fuer-Pflegeberufe-MWBO-PflB-Strategien-fuer-die-pflegeberufliche-Weiterbildung.pdf (Zugriff am: 14.02.2023).

Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe (Hg.) (2016). *Stellungnahme zum Zugang zur beruflichen Pflegeausbildung*. Verfügbar unter www.bildungsrat-pflege.de/wp-content/uploads/2022/02/2016-Positionspapier-zum-Zugang-zur-beruflichen-Pflegeausbildung.pdf (Zugriff am: 12.07.2022).

Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe (Hg.) (2007). *Pflegebildung offensiv*. München, Jena: Elsevier, Urban & Fischer.

DQR – Bund-Länder-Koordinierungsstelle für den Deutschen Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (Hg.) (2022). *Liste der zugeordneten Qualifikationen. Aktualisierter Stand: 1. August 2022*. Verfügbar unter www.dqr.de/dqr/shareddocs/downloads/media/content/2022_dqr_liste_der_zugeordneten_qualifikationen_01082022.pdf?__blob=publicationFile&v=2 (Zugriff am: 03.01.2023).

Driesner, I. & Arndt, M. (2020). Die Qualifizierung von Quer- und Seiteneinsteiger*innen. Konzepte und Lerngelegenheiten im bundesweiten Überblick. *Die Deutsche Schule*, 112(4), S. 414–427.

Düggeli, A. & Oesch, D. (2016). Vergleichende Betrachtungen zur Nutzung der Durchlässigkeit in Bildungssystemen. Die Kategorisierung von Anschlusslösungen beim Übergang in die nachobligatorische Ausbildung. *Tertium comparationis*, 22(2), S. 175–202.

Ebbinghaus, M. (2022). Pflege? Damit kann ich mich (nicht) sehen lassen… *BIBB REPORT*, 16(1), S. 1–20.

Freitag, W. (2018). Das Paradigma Durchlässigkeit und die wissenschaftliche Weiterbildung. In W. Jütte & M. Rohs (Hg.), *Handbuch Wissenschaftliche Weiterbildung*, S. 1–19. Wiesbaden: Springer VS.

Glaser, E. (2010). Dokumentenanalyse und Quellenkritik. In B. Friebertshäuser, A. Langer & A. Prengel (Hg.), *Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft*, 3., vollständig überarbeitete Auflage, S. 365–375. Weinheim, München: Juventa.

Hemkes, B. (2018). Zwischen Studium und Beruf: Formate und Handlungskoordinationen im Kontext von Durchlässigkeit. *bwp@ Berufs- und Wirtschaftspädagogik – online*, 34, S. 1–23. Verfügbar unter www.bwpat.de/ausgabe34/hemkes_bwpat34.pdf (Zugriff am: 10.10.2022).

Hoffmann, N. (2018). *Dokumentenanalyse in der Bildungs- und Sozialforschung. Überblick und Einführung*. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.

Jürgensen, A. (2019). *Pflegehilfe und Pflegeassistenz. Ein Überblick über die landesrechtlichen Regelungen für die Ausbildung und den Beruf*. Verfügbar unter www.bibb.de/dienst/veroeffentlichungen/de/publication/download/10155 (Zugriff am: 11.07.2022).

Knigge-Demal, B., Eylmann, C. & Hundenborn, G. (2013). *Anforderungs- und Qualifikationsrahmen für den Beschäftigungsbereich der Pflege und persönlicher Assistenz älterer Menschen. im Rahmen des Projektes „Erprobung des Entwurfs eines Qualifikationsrahmens für den Beschäftigungsbereich der Pflege, Unterstützung und Betreuung älterer Menschen“*. Bielefeld, Köln: Fachhochschule Bielefeld und Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (dip) e. V.

Mayring, P. (2003). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Weinheim, Basel: Beltz.

Ministerium für Bildung Sachsen-Anhalt (Hg.) (2021). *Lehrplan Fachrichtungsbezogener Bereich Pflegehilfe*. Verfügbar unter lisa.sachsen-anhalt.de/fileadmin/Bibliothek/Politik_und_Verwaltung/MK/LISA/Unterricht/Lehrplaene/BbS/LP_Pflegehilfe_01_08_2021.pdf (Zugriff am: 07.12.2023).

Mohr, J. & Reiber, K. (2022). Auszubildendengewinnung und Ausbildungsgestaltung im Pflegeberuf – eine laufbahnbezogene Perspektive auf den Lernort Praxis. In L. Bellmann, H. Ertl, C. Gerhards & P. Sloane (Hg.), *Konkurrenz um Auszubildende und Fachkräfte. Beiträge zur betrieblichen Berufsbildungsforschung*, S. 97–112. Beiheft der Zeitschrift für Berufs- und Wirtschaftspädagogik. Stuttgart: Steiner.

Ranke, H. (2016). Ordnungsmittel für die berufliche Erstausbildung. In J.-P. Pahl (Hg.), *Lexikon Berufsbildung. Ein Nachschlagewerk für die nicht-akademischen und akademischen Bereiche*, 3., erweiterte und aktualisierte Auflage, S. 711–712. Bielefeld: wbv.

Rothgang, H. (Hg.) (2020). *Abschlussbericht im Projekt Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI (PeBeM)*. Verfügbar unter www.gs-qsa-pflege.de/wp-content/uploads/2020/09/Abschlussbericht_PeBeM.pdf (Zugriff am: 03.01.2023).

Schwarz, S. (2019). Viele Wege führen zum Ziel. Ansätze zur Gewinnung und Qualifizierung von Fachkräften in der Altenpflege. In S. Badel & L. M. Schüle (Hg.), *Arbeitsplatzorientierte Grundbildung in der Pflegehilfe. Erfahrungen und Erkenntnisse aus Forschung und Praxis*, S. 61–69. Bielefeld: wbv.

Siecke, B. (2018). Von der Schule in den Beruf – Herausforderungen für die Pflegeausbildung am Beispiel von Berufsorientierung und Heterogenität. In M. Friese (Hg.), *Reformprojekt Care Work. Professionalisierung der beruflichen und akademischen Ausbildung*, S. 91–105. Bielefeld: wbv.

Siecke, B. (2019). Heterogenität in der Pflegehelferausbildung – erlebte Herausforderungen und Strategien von Lehrkräften. In M. Pils, K. Breuing & S. Schumann (Hg.), *Berufsbildung zwischen Tradition und Moderne. Festschrift für Thomas Deißinger zum 60. Geburtstag*, S. 69–82. Wiesbaden: Springer VS.

Stuckatz, D. (2019). Wege in die Pflegehilfe. Eine qualitative Interviewstudie mit (zukünftigen) Teilnehmenden von Pflegehilfe-Qualifizierungen. In S. Badel & L. M. Schüle (Hg.), *Arbeitsplatzorientierte Grundbildung in der Pflegehilfe. Erfahrungen und Erkenntnisse aus Forschung und Praxis*, S. 133–143. Bielefeld: wbv.

Vogel, C. (2017). *Durchlässigkeit im Bildungssystem. Möglichkeiten zur Gestaltung individueller Bildungswege*. Bonn: Bundesinstitut für Berufsbildung.

Wolff, S. (2000). Dokumenten- und Aktenanalyse. In U. Flick, E. von Kardoff & I. Steinke (Hg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*, S. 502–513. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1 Zugangsmöglichkeiten zu den Pflegeassistenzausbildungen 147

Tabellenverzeichnis

Tab. 1 Anrechnungsmöglichkeiten auf die Pflegeassistenzausbildungen 148

Autorin und Autor



Prof. Dr. habil. **Karin Reiber** ist Professorin für Erziehungswissenschaft mit den Schwerpunkten Berufspädagogik und berufliche Didaktik/Fachrichtung Pflege an der Hochschule Esslingen. Ihr Forschungsgebiet ist die berufliche Bildung und das Berufsbildungspersonal in der Domäne Pflege im Kontext von Fachkräftesicherung und Professionalisierung.
Kontakt: karin.reiber@hs-esslingen.de



Jan Braun, B. A., Pflegepädagoge, ist wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Hochschule Esslingen. Er arbeitet in Forschungsprojekten zu Bildungsstrukturen in der Pflege, der beruflichen Bildung in der Domäne Pflege und zur Lehrerbildung in der Pflege.
Kontakt: jan.braun@hs-esslingen.de

Aktuelle Entwicklungen im Zeichen der Ausbildungsreform

Unterschiede in der Entstehung und Entwicklung der beruflichen Identität bei Auszubildenden in der Pflege

Philipp Struck, Lena Konrad, Julia Holbach

Abstract

Die Entwicklung der beruflichen Identität ist ein zentrales Ziel in der beruflichen Bildung und für die Erwerbsbiografie von Beschäftigten von besonderer Bedeutung. Die Tätigkeit in der Pflege weist berufsspezifische Besonderheiten in der Tätigkeitsmotivation und im beruflichen Interesse auf. Deshalb wird hier untersucht, wie berufliche Identität bei Auszubildenden in der Pflege entsteht und sich entwickelt. Die empirischen Ergebnisse verdeutlichen, dass Auszubildende im zweiten Ausbildungsjahr einen „Bruch" erleben, sodass u. a. ihre berufliche Identität und ihre Arbeitszufriedenheit sinken. Die Erlebnisse und Erfahrungen während der Ausbildung befördern individuell heterogene Entwicklungsverläufe. Bereits im zweiten Jahr hat ein Teil der Auszubildenden entschieden, nicht dauerhaft in der Pflege tätig sein zu wollen. Andere Auszubildende beschreiben hingegen ihre berufliche Tätigkeit mit „Liebe" und können sich persönlich an gesundheitlichen Verbesserungen ihrer Patientinnen und Patienten erfreuen.

Schlagworte: Berufliche Identität, Auszubildende, Pflege

The development of vocational identity is a central target in VET and is of particular importance for the career development of employees. Nursing activities have occupation-specific characteristics in terms of activity motivation and vocational interest. Therefore, this study examines how vocational identity emerges and develops in nursing apprentices. The empirical results illustrate that apprentices experience a "break" in the second year of apprenticeship, so that, among other things, their vocational identity and job satisfaction decrease. The experiences during the apprenticeship promote individually heterogeneous developmental pathways. As early as the second year, some of the apprentices decided that they did not want to work in nursing on a permanent basis. Other apprentices, on the other hand, describe their vocational activity as "love" and can gain personal satisfaction in the health improvements of their patients.

Keywords: Vocational identity, apprentices, nursing

1 Thematische Rahmung und Einführung

Das Pflegeberufereformgesetz (PflBRefG[1]) hat bezogen auf die Inhalte, die Organisation und die Struktur der Ausbildung zu weitreichenden Veränderungen geführt. Hier sei kurz erwähnt, dass die vormals drei Ausbildungsberufe zur Gesundheits- und Krankenpfleger:in, zur Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger:in und zur Altenpfleger:in von nun an zu einem gemeinsamen Berufsbild („Pflegefachfrau/Pflegefachmann") in einer generalistischen Ausbildung zusammengefasst werden. Im Jahr 2021 haben 61.458 Auszubildende eine Ausbildung zur Pflegefachfrau bzw. zum Pflegefachmann in Deutschland begonnen (vgl. Statistisches Bundesamt 2022).

Im Gesundheitswesen insgesamt und speziell in der Pflege zeigt sich eine besondere Problematik in der Gewinnung und Sicherung von Fachpersonal. So besteht sowohl ein Mangel an Ausbildungsbewerber:innen (vgl. Seltrecht 2018, S. 253 ff.) als auch ein Mangel an Lehrkräften in der Pflegebildung. Letzteres kann potenziell den Abbau von Ausbildungskapazitäten zusätzlich verstärken und damit zu einem Absinken der Ausbildungsqualität für die Lernenden in der Ausbildung beitragen.

Ferner klagen Fachkräfte im Schichtdienst über hohe Arbeitsbelastungen. Dies führt teilweise zu vorzeitigen Berufsausstiegen (vgl. Seltrecht 2018, S. 257). Ebenso bemängeln Auszubildende u. a. eine fehlende Wertschätzung (vgl. Friese 2016, S. 6 f.; Struck 2023, S. 96 ff.) und teils (wahrgenommene) Feindseligkeit in der Arbeit und Ausbildung (vgl. Martach & Völkel-Söte 2016, S. 26 ff.).

In einer aktuellen Studie (bezogen auf das Bundesland Bremen) wurde herausgearbeitet, dass examinierte Pflegekräfte in den Beruf zurückkehren oder ihre Arbeitszeit aufstocken würden, wenn die Bedingungen verbessert und die Arbeitsbelastungen reduziert werden. Dazu zählen die Befragten verlässliche Arbeitszeiten, mehr Zeit(en) für eine qualitativ und fachlich hochwertige Pflege sowie für menschliche Zuwendungen gegenüber ihren Patientinnen und Patienten, mehr Wertschätzung durch Vorgesetzte als auch ein höheres Gehalt (vgl. Auffenberg & Heß 2021, S. 5 ff.).

Darüber hinaus weisen Reiber, Fischer und Lämmel (2021) hinsichtlich des Pflegeberufs aktuell auf eine gewisse Ambivalenz zwischen der gesellschaftlichen Wahrnehmung und der offensichtlichen Anerkennung des Berufs (als systemrelevant) hin. Besonders, da die Bedeutung des Berufs keinen Effekt hinsichtlich einer potenziellen Optimierung der Arbeits- und Ausbildungsbedingungen aufweist (vgl. Reiber, Fischer & Lämmel 2021, S. 197 ff.).

Die Arbeitsbedingungen in der Pflege führen, Kersting (2016) zufolge, zu einem „Coolout". Gemeint ist ein Phänomen, welches, verursacht durch die Bedingungen im Gesundheits- und Pflegesektor, bei Beschäftigten auftritt und als Schutzmechanismus gegenüber dem im Beruf erlebten Widerspruch fungiert bzw. wirkt. Der (erlebte) Widerspruch besteht darin, dass Fachkräfte ihre Patientinnen und Patienten professionell pflegen und unterstützen wollen. Die strukturellen Bedingungen im Pflegealltag verhindern dies jedoch und verstärken (dadurch) die (Negativ-)Entwicklung des Phä-

1 Pflegeberufereformgesetz (PflBRefG). Gesetz zur Reform der Pflegeberufe. Bundesgesetzblatt Jahrgang 2017 Teil I Nr. 49, ausgegeben zu Bonn am 24.07.2017.

nomens „Coolout“. Dies umschreibt einen Zustand der Beschäftigten, in dem sie (mehr und mehr) unempfindlich und gleichgültig gegenüber den Bedingungen, Erfahrungen und Erlebnissen im (beruflichen) Pflegealltag werden bzw. geworden sind. Das Fachpersonal muss (für sich) deshalb Strategien für den Umgang und die Bewältigung des beruflichen Alltags entwickeln, trotz der Verletzung des (eigentlichen) pflegefachlichen, professionellen Anspruchs an die eigene berufliche Tätigkeit (vgl. Kersting 2016, o. S.).

Die von Kersting (2016) benannten Aspekte adressieren zwar primär den pflegerischen Berufsalltag, dennoch besteht potenziell die Gefahr, dass diese Tendenzen auch bereits von Auszubildenden bemerkt und erkannt werden. Der Fokus des vorliegenden Artikels liegt (jedoch) verstärkt auf den Auszubildenden. Als konkrete Risikofaktoren für Ausbildungsabbrüche in der Pflege konnten in einer Überblicksarbeit von Garcia-González und Peters (2021) u. a. eine fehlende Unterstützung im praktischen und theoretischen Bereich sowie eine fehlende emotionale Unterstützung und eine unfreundliche Arbeitsatmosphäre herausgearbeitet werden. Darüber hinaus sind eine unzureichende Anleitung, das Gefühl nicht ernst genommen zu werden, Stress und eine fehlende Wertschätzung gegenüber den Auszubildenden Risikofaktoren für Ausbildungsabbrüche in der Pflege (vgl. Garcia-González & Peters 2021, S. 15 ff.).

Diese Erkenntnisse weiterführend wird entlang von zwei (unabhängigen) Teilstudien die Entwicklung der beruflichen Identität bei Auszubildenden in der Pflege untersucht. Dabei werden u. a. Unterschiede zwischen den drei Ausbildungsjahren betrachtet, aber es wird auch eine Typisierung vorgenommen, die auf Basis von zentralen Merkmalen, wie der beruflichen Identität(-ausprägung) und der Berufsbindung, die Auszubildenden in verschiedene Typen einteilen kann. Analysiert werden somit verschiedene (teils negative) Erfahrungen, Belastungserlebnisse, aber auch (komplexere) Zusammenhänge zur Entstehung und Entwicklung einer beruflichen Identität im Kontext der Pflegeausbildung.

2 Die berufliche Identität als eine zentrale Dimension in der beruflichen Bildung

2.1 Berufliche Identität – eine Begriffsklärung

Die Betrachtung der beruflichen Identität als ein Merkmal erfolgreicher beruflicher Bildung hat im Kontext der wissenschaftlichen Analysen in der Berufs- und Wirtschaftspädagogik eine lange Tradition, zugleich erfreut sich der Diskurs aktuell einer gewissen „Renaissance“, wie neuere Publikationen unterstreichen. So kann die berufliche Identität auch gegenwärtig wie weiterhin als zentraler Gegenstand bzw. Zielsetzung der beruflichen Ausbildung erachtet werden und ist für eine besondere und (in spezieller Weise) herausfordernde berufliche Tätigkeit, wie in der Pflege, eine relevante Schablone zur Analyse gegenwärtiger Diskurse um die Gewinnung von Fachkräften sowie die Reduzierung von Ausbildungsabbrüchen.

In der Literatur sind unterschiedliche theoretische Grundlegungen und Operationalisierungen verfasst, eine einheitliche (wissenschaftliche) Definition zu der „beruflichen Identität" besteht nicht. Dennoch ist die Entwicklung einer beruflichen Identität ein Schlüsselaspekt in der beruflichen Bildung, insbesondere da eine ausgeprägte berufliche Identität zu der Entwicklung der beruflichen Handlungskompetenz entscheidend mit beiträgt. Folglich stellt sie eine Voraussetzung dar, um berufliche Anforderungen kompetent und selbstständig ausführen zu können (vgl. Thole 2021, S. 39 ff.; Heinrichs, Wuttke & Kögler 2022, S. 1 ff.).

Die berufliche Identität definiert Rauner (2017, S. 682) wie folgt: *„Berufliche Identität ist das Ergebnis eines Entwicklungsprozesses, der auf das Engste mit der Entwicklung beruflicher Kompetenz verschränkt ist. Genau genommen ist die Entwicklung beruflicher Identität eine Dimension der beruflichen Kompetenzentwicklung."*

Die Ausprägung der beruflichen Identität ist je nach Beruf und Ausbildung verschieden, besonders, da Berufe über unterschiedliche Identifikationspotenziale verfügen, gemeint sind damit Indikatoren für die Attraktivität der Berufe. So ist die Entwicklung entsprechend nicht kontinuierlich. Es braucht vielmehr die aktive Auseinandersetzung des Subjekts mit der individuellen beruflichen Umgebung. Demnach vollzieht sich die Entwicklung der beruflichen Identität entlang einer Wechselwirkung mit den Umweltbedingungen (in der Ausbildung), im Sinne eines subjektiven Erlebens der beruflichen Identität, gestärkt bzw. unterstützt durch selbstreflexive Prozesse des Individuums (vgl. Rauner 2017, S. 682 ff.; Thole 2021, S. 39 ff.; Heinrichs u. a. 2022, S. 1 ff.).

Ergänzend weist Rauner (2017, S. 950 f.) daraufhin, dass bei starker emotionaler Verbundenheit zum erlernten Beruf oftmals berufsbedingte Nachteile, wie z. B. schlechte Bezahlung oder Schichtarbeit, toleriert werden. In einem positiven Verständnis kann erwartet werden, dass durch eine stark ausgeprägte berufliche Identität eine höhere Arbeitszufriedenheit erreicht werden kann sowie eine bessere Leistung im beruflichen Alltag. Folglich kann die berufliche Identität einen Einfluss auf die langfristige Motivation und Aktivität im Beruf haben sowie eine Erhöhung des Verantwortungs- und Qualitätsbewusstseins ermöglichen (vgl. Rauner 2017, S. 652).

2.2 Beeinflussende Faktoren und Aspekte zur Ausprägung einer beruflichen Identität

Einfluss auf die Ausprägung der beruflichen Identität haben bzw. Kriterien, die Effekte zeigten, sind u. a. die Stabilität eines Berufes, das gesellschaftliche Ansehen sowie die Vielseitigkeit des beruflichen Tätigkeitsfeldes. Auf persönlicher Ebene ist zu berücksichtigen, inwieweit der Beruf der eigene Wunschberuf war und eine freie, bewusste Berufswahl vollzogen werden konnte. Ferner ist die Übereinstimmung von eigenen Idealen mit der beruflichen Realität ein wichtiger Faktor für die Entwicklung einer beruflichen Identität. Zu dem Aspekt der Attraktivität der Ausbildung sind neben den Arbeitsbedingungen (z. B. Partizipation in betrieblichen Arbeitsprozessen) ebenso die Ausbildungsqualität bzw. die Lernmöglichkeiten anzuführen. Konkret sind dabei u. a. die Gestaltung und die Organisation von Lernprozessen sowie die Übertragung von

eigenverantwortungsvollen Arbeitsaufgaben zu nennen. Weitere Kriterien sind die erfahrene Anerkennung in der Ausbildung sowie das Betriebs- und Schulklima, die Arbeitsatmosphäre, die Kollegialität und damit die soziale Einbindung (vgl. Klotz, Billett & Winther 2014, S. 4 ff.; Rauner 2017, S. 89 ff.; Thole 2021, S. 110 ff.; Heinrichs u. a. 2022, S. 8 ff.).

Diese Aspekte verdeutlichen zugleich, dass die beiden Lernorte Schule und Betrieb zu der Entwicklung einer beruflichen Identität bei Auszubildenden in der Pflege beitragen können. Als potenzielle Ansatzpunkte sind zunächst die Gestaltung und Organisation von beruflichen Lernprozessen hervorzuheben, denn besonders das Ermöglichen von selbstständigem und eigenverantwortlichem Arbeiten, die Übertragung verantwortungsvoller Aufgaben sowie das Betriebs- und Schulklima tragen entscheidend zu der Entwicklung der beruflichen Identität bei und können entsprechend gewinnbringend gestaltet werden (vgl. Rauner 2017, S. 950 ff.).

Wie durch Klotz u. a. (2014) dargestellt, ist zudem die Berufswahl, hierbei vor allem die Realisierung des persönlichen Wunschberufs, ein wichtiger Faktor. Bezogen auf die Auszubildenden in der Pflege sind speziell der Wunsch nach einer sinnstiftenden Tätigkeit sowie der Wunsch, anderen Menschen helfen zu können, zentrale Motive für die Berufswahlentscheidung (vgl. Reiber, Küpper & Mohr 2021, S. 184 ff.). So wiesen in früheren Studien (u. a. bei Fischer 2013 oder Rauner 2017) Auszubildende aus der Pflege gegenüber anderen Ausbildungsberufen eine vergleichsweise hohe Ausprägung ihrer beruflichen Identität auf.

Des Weiteren ist die Bedeutung der Lehrkraft hervorzuheben, sie symbolisiert die Reputation des Ausbildungsberufs und beeinflusst damit die Identitätsentwicklung bei Auszubildenden. Darüber hinaus konnte (u. a. in Struck 2023) gezeigt werden, wie wichtig Auszubildenden die erlebte Wertschätzung und Anerkennung im Praxisalltag sind. Dieses Ergebnis verdeutlicht, dass eine fehlende Wertschätzung die Identitätsentwicklung verhindern kann (vgl. Struck 2023, S. 96 ff.).

3 Erkenntnisinteresse und Forschungsmethodik

3.1 Die Forschungsfragen

Wie zuvor in Kapitel 2 argumentativ aufgezeigt, hat die berufliche Identität einen (potenziellen) Einfluss auf den Verbleib im Beruf. Somit sollte es ein Ziel sein, auch in dieser Perspektive den Pflegeberuf attraktiv(er) zu gestalten und die Bedingungen sowie die Belastungen, im Sinne von Förderung oder Verhinderung der Entstehung und Entwicklung einer beruflichen Identität bei Auszubildenden in der Pflege, in den (wissenschafts-analytischen) Fokus zu nehmen. Das übergeordnete Erkenntnisinteresse der beiden voneinander unabhängigen (und abgeschlossenen) Studien ist entsprechend in der Entwicklung der beruflichen Identität bei Auszubildenden in der Pflege zu verorten. Dabei soll als perspektivisches Ziel betrachtet werden, Handlungsempfehlungen für die beiden beruflichen Lernorte in der (Pflege-)Schule und der Praxis (z. B.

Klinik) generieren zu können, wie zukünftig die Entwicklung der beruflichen Identität in der Pflegeausbildung gezielt gefördert und unterstützt werden kann.

Aufbauend und weiterführend auf diesen Erkenntnissen sollen im vorliegenden Beitrag zwei Forschungsfragen untersucht werden:

- *Welche (weiteren) Faktoren beeinflussen die Entwicklung der beruflichen Identität bei Auszubildenden in der Pflege?*
- *Welche (individuellen) Unterschiede in der Entwicklung der beruflichen Identität gibt es bei Auszubildenden in der Pflege?*

Zur Annäherung und Beantwortung der aufgestellten Forschungsfragen werden zwei forschungsmethodische Zugänge bzw. zwei kleinere Studien (mit unabhängigen Stichproben) herangezogen, welche im Folgenden vorgestellt werden.

3.2 Die forschungsmethodischen Zugänge

Der erste methodische Zugang ist eine quantitative Erhebung. Mittels standardisiertem Fragebogen (mit geschlossenen Fragen) wurden insgesamt 102 Auszubildende (davon 81 weiblichen Geschlechts) aus der Pflege im Frühjahr 2022 befragt. Die Befragten verteilen sich auf alle drei Ausbildungsjahre, die Teilnahme war freiwillig. Erhoben wurden vier Dimensionen, die der Forschungsliteratur entnommen wurden und sich hinsichtlich der Gütekriterien zuvor bewährt hatten. Die Skalen sind: die berufliche Identität (aus Rauner 2017; hier: $\alpha_{(102)} = .80$; $k = 6$; Beispielitem: *„Ich erzähle anderen gerne, welchen Beruf ich erlerne."*), die berufliche Handlungskompetenz (aus Böhn & Deutscher 2020; hier: $\alpha_{(102)} = .79$; $k = 5$; Beispielitem: *„Ich fühle mich den künftigen beruflichen Herausforderungen gewachsen."*), die Resilienz (aus Schumacher u. a. 2005 bzw. Ratschinski 2014; hier: $\alpha_{(102)} = .85$; $k = 5$; Beispielitem: *„Wenn ich Pläne habe, verfolge ich sie auch."*) und die Arbeitszufriedenheit (aus Barghorn 2010; hier: $\alpha_{(102)} = .88$; $k = 4$; Beispielitem: *„Im Allgemeinen arbeite ich gerne hier."*).

Ferner liegen durch eine qualitative Erhebung elf leitfadengestützte Interviews mit Auszubildenden (7 weiblich) in der generalistischen Pflegeausbildung (2. Ausbildungsjahr) vor. Inhaltlich wurden in den Gesprächen u. a. die Berufswahlmotive, die Identifikation mit dem Beruf und die Berufszufriedenheit thematisiert. Der Leitfaden orientiert sich in seinem Aufbau und seiner Struktur an den Anregungen und Hinweisen von Witzel (2000) hinsichtlich eines problemzentrierten Interviews. Die Durchführung der Interviews erfolgte im April 2022 in Präsenz. Beispielhaft seien hier einzelne Fragen aus dem Leitfaden zu einem besseren Verständnis bzw. mehr Nachvollziehbarkeit dargestellt:

- *„Erzählen Sie mir doch bitte erst mal davon, warum Sie den Pflegeberuf gewählt haben?"*
- *„Beschreiben Sie mir bitte, was Sie mit Ihrem Beruf verbinden?"*
- *„Wenn Sie sich Ihren beruflichen Alltag vor Augen führen, erzählen Sie doch mal bitte, was Ihnen bei der Ausübung der Arbeit wichtig ist?"*

Im Anschluss an die Interviews wurden die Audioaufzeichnungen mittels einfacher wörtlicher Transkription bei mittlerer Genauigkeit weiterbearbeitet. Die Auswertung und Codierung erfolgten entlang einer inhaltlich-strukturierenden sowie anschließenden typenbildenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2016). So ermöglicht die inhaltlich strukturierende Inhaltsanalyse eine methodisch-systematische Auswertung in einem mehrstufigen Verfahren für die Kategorienbildung sowie die Codierung. Durch die Kombination sowohl einer theoriegeleiteten deduktiven als auch einer induktiven Kategorienbildung aus dem Material heraus, konnte eine regelgeleitete Codierung mit dem interpretativen Textverstehen des vorliegenden Datenmaterials im Auswertungsprozess angestrebt werden (vgl. Kuckartz 2016, S. 97 ff.). Als ein Ziel dieses forschungsmethodischen Vorgehens kann die hier realisierte Typisierung der befragten Personen erachtet werden.

4 Auswertung und Analyse

4.1 Empirische Befunde aus der quantitativen (Teil-)Studie

Zunächst sollen hier die Ergebnisse der quantitativen Erhebung vorgestellt werden. Tabelle 1 zeigt die Korrelationsanalyse (nach Pearson) der vier erhobenen Dimensionen. Die Analyse zeigt die jeweiligen Korrelationskoeffizienten in einem Wertebereich von 0–1, je höher der Koeffizient, desto stärker die Korrelation und damit auch der Zusammenhang zwischen den beiden Dimensionen.

Tabelle 1: Korrelationen (n = 102); BHK – Berufliche Handlungskompetenz, AZ – Arbeitszufriedenheit

	Resilienz	Identität	BHK	AZ
Resilienz	1			
Identität	.210*	1		
BHK	.295**	.338**	1	
AZ	.286**	.718**	.518**	1

Die Ergebnisse weisen auf starke Zusammenhänge zwischen der beruflichen Identität und der Arbeitszufriedenheit sowie zwischen der beruflichen Handlungskompetenz und der Arbeitszufriedenheit hin. Auszubildende, die über eine stark ausgeprägte berufliche Identität verfügen, sind (auch) zufriedener mit ihrer Arbeit. Ebenso sind Auszubildende mit einer höheren beruflichen Handlungskompetenz, (auch) zufriedener mit ihrer Arbeit. Diese Zusammenhänge erscheinen insgesamt als plausibel und nachvollziehbar.

Da es sich hier (jedoch) um Korrelationsberechnungen handelt, dürfen diese nicht als kausal interpretiert werden und könnten inhaltlich „in beide Richtungen" interpretiert werden. Jugendliche, die mit ihrer Arbeit zufriedener sind, weisen eine höhere berufliche Identität auf und haben (zudem) ein höheres Zutrauen in ihre berufliche Handlungskompetenz.

Tabelle 2: Mittelwertvergleich; BHK – Berufliche Handlungskompetenz, AZ – Arbeitszufriedenheit; Std-Abw. – Standardabweichung

		Resilienz	Identität	BHK	AZ
1. Jahr	**Mittelwert**	3.45	4.42	5.72	4.39
	n	33	33	33	33
	Std-Abw.	.53	.60	.86	.65
2. Jahr	**Mittelwert**	2.99	3.95	5.28	3.78
	n	33	33	33	33
	Std-Abw.	.64	.78	1.01	.81
3. Jahr	**Mittelwert**	3.32	4.25	5.74	3.95
	n	36	36	36	36
	Std-Abw.	.52	.63	.80	.71
Gesamt	**Mittelwert**	3.25	4.21	5.58	4.04
	n	102	102	102	102
	Std-Abw.	.59	.70	.91	.77

Tabelle 2 zeigt die Mittelwerte und die Standardabweichungen der vier Dimensionen verteilt über die drei Ausbildungsjahre. Die Zahlen deuten das Erleben eines „Bruchs" vom ersten zum zweiten Ausbildungsjahr in allen vier Dimensionen bei den Auszubildenden an. Da es sich bei den vorliegenden Ergebnissen um eine Querschnittsbefragung handelt, kann hier zwar nicht von Verläufen gesprochen werden, jedoch zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den drei befragten Jahrgängen. Die Erlebnisse und Erfahrungen in den ersten zwei Jahren der Pflegeausbildung scheinen bei den Auszubildenden einen Rückgang ihrer beruflichen Identität, ihrer Resilienz, ihrer beruflichen Handlungskompetenz und ihrer Arbeitszufriedenheit zu bewirken. Die Werte im dritten Ausbildungsjahr sind „wieder" etwas höher als im zweiten Jahr. Eine weitere Erkenntnis lässt sich aus den Werten der Standardabweichung herauslesen, die Werte steigen vom ersten zum zweiten Jahr teils deutlich an. Dies erlaubt die Interpretation, dass die Auszubildenden in ihrem Antwortverhalten zunehmend voneinander abweichen. Dies gibt einen Hinweis auf individuell verschiedene Entwicklungen bei den Auszubildenden. Die Tendenz zum Rückgang der dargestellten Dimensionen gilt demnach nicht übergreifend für alle befragten Jugendlichen, vielmehr bestehen individuell verschiedene Entwicklungsverläufe (mit sinkenden und steigenden Werten) und entsprechend keine einheitlichen oder gleichmäßigen Entwicklungsanstiege. Die Erlebnisse, Eindrücke und Erfahrungen in der Ausbildung führen bei den Auszubildenden (also) zu unterschiedlichen Einstellungen und Entwicklungen.

4.2 Empirische Befunde aus der qualitativen (Teil-)Studie

Im weiteren Verlauf dieses Unterkapitels werden zunächst die Codierungen vorgestellt und Zitate aus den Interviews zur Illustration präsentiert. Ein Vorteil der qualita-

tiven Erhebung sind die teils authentischen und ehrlichen Rückmeldungen zu den Erlebnissen und Erfahrungen der Auszubildenden aus dem Alltag im Pflegeberuf. Zudem wurde eine Typisierung der befragten Personen vorgenommen. Die drei am Material entwickelten Typen „Die Beständigen", „Die Bestärkten" und „Die Ungebundenen" werden abschließend erläutert.

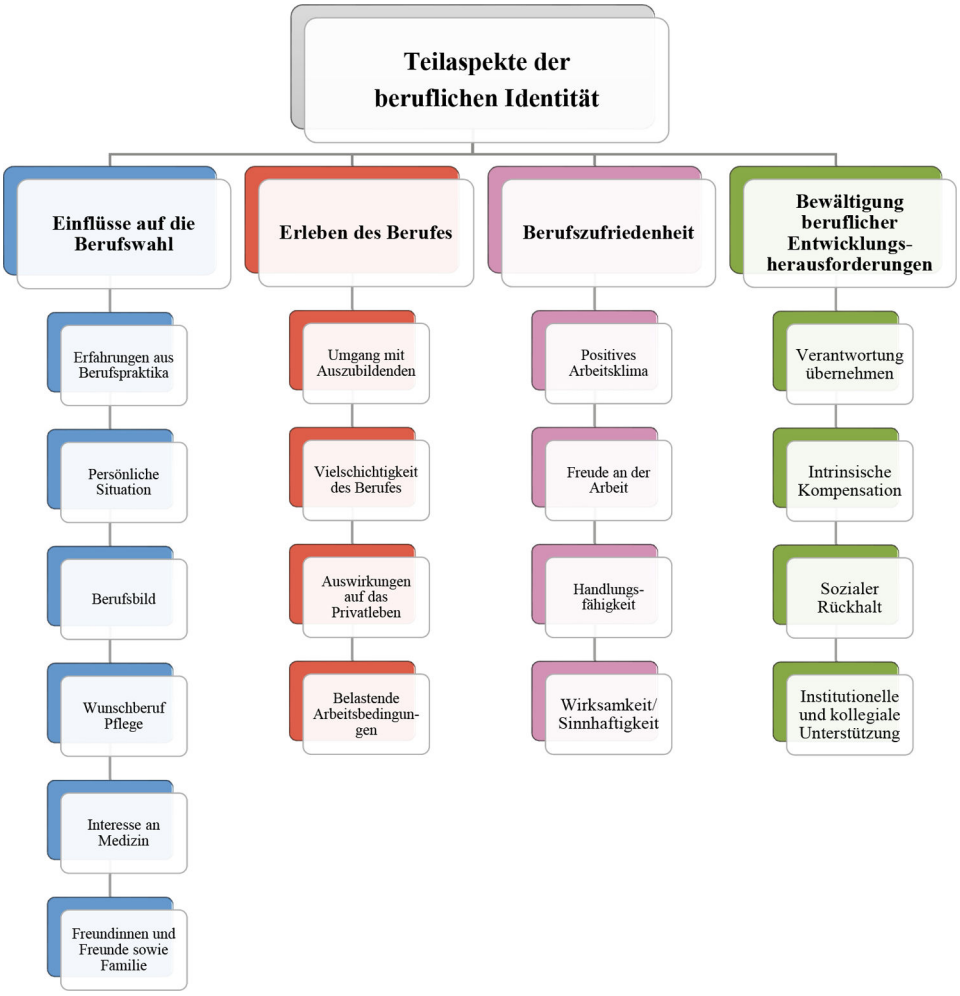


Abbildung 1: Übersicht über die Auswertungskategorien (Teilaspekte der beruflichen Identität)

Die dargestellten Haupt- und Unterkategorien im Sinne von Teilaspekten der beruflichen Identität aus der Abbildung 1 wurden in einem induktiv-deduktiven Verfahren erarbeitet. Diese werden im Folgenden mit Originalzitaten vorgestellt.

Unter die Kategorie „Einflüsse auf die Berufswahl" wurden u. a. Aussagen gefasst wie *„Das hab ich schon ganz früh für mich entschieden. Der Berufswunsch der war also*

schon immer da." oder *„Mich hat der Pflegeberuf schon immer sehr interessiert. Also meine Oma ist gelernte Krankenschwester. Meine Mutter ist gelernte Krankenschwester, meine Tante ist im Rettungsdienst. Meine andere Tante ist Krankenpflegehelferin. Also das ist bei uns in der Familie einfach irgendwie immer gängig gewesen. Und dadurch war auch immer das Interesse dafür da."* (Leyla, 00:01:13).

Unter der Kategorie „Erleben des Berufs" wiederum beschreiben die Auszubildenden (auch) negative Aspekte wie z. B. den *„Personalmangel. Ich glaube das ist aber überall so. Also, dass man tatsächlich wenig Zeit für die Menschen hat und dass es einfach nur noch ein Gehetze ist."* (Marie, 00:09:33). Oder durch Aussagen wie *„Ja einfach der Mangel an Pflegekräften. Wenn sich dann einer krankmeldet, dann hat man schon direkt ein Problem manchmal, oder, dass man zum Beispiel auf einer Inneren alleine Nachtdienst macht, das ist schon so ein bisschen abschreckend. Und das hat man vorher halt gar nicht auf dem Schirm."* (Daria, 00:14:31), ebenfalls werden die Einschränkungen im Privatleben artikuliert: *„Freunde sind im Studium, die haben halt am Samstag und Sonntag frei. Das heißt, ich muss halt irgendwie gucken, wann ich frei habe. Und da bleibt oft was liegen und auch nach der Arbeit was machen, da ist man so todmüde, dass man halt eher zu Hause auf der Couch bleibt."* (Lydia, 00:16:20). Für manche Auszubildenden führt dies (sogar) dazu, dass die eigene Familie versucht, Einfluss zu nehmen, denn *„mein Mann hat schon ganz oft gesagt ‚Bitte, bitte, bitte, denk doch auch mal an uns und denk doch mal an dich und nicht nur an die Arbeit'."* (Marie, 00:12:09).

Zu dem Code der „Berufszufriedenheit" konnten teils sehr emotionale Aussagen gezählt werden wie bspw. *„Liebe, ich würde einfach Liebe zum Beruf sagen. Ja, ich glaube besser kann man es nicht ausdrücken. Das ist wirklich Liebe und Hingabe."* (Marie, 00:07:40). Überdies merken bereits Auszubildende an, welche positiven Gedanken und Gefühle entstehen, wenn es Patientinnen und Patienten wieder besser geht: *„Also ich bin jetzt grade auf einer orthopädischen Station. Und wenn man dann halt wirklich von Tag zu Tag sieht, wie die Leute besser laufen, ein Stückchen weiter schaffen oder auf der Motorschiene das Knie ein Stück weiter geknickt kriegen. Das ist dann wirklich was richtig, richtig Schönes. Und dann sieht man irgendwie okay, das, was ich mache, das bringt was. Und das finde ich sehr angenehm."* (Sara, 00:26:54).

Zu der „Bewältigung beruflicher Entwicklungsherausforderungen" wurden Aussagen gezählt, in denen die Auszubildenden beschreiben, wie sie konkret mit den Belastungen umgehen. Hierbei wurde wiederholt deutlich, dass die Auszubildenden derart stark belastet sind, dass sie in einer gewissen Regelmäßigkeit weinen bzw. dass Weinen eine Form von Routine als Bewältigung angenommen hat: *„Ja also bei mir ist mein größter Support in dem Sinne, meine Mutter. Weil ich ja auch immer nach der Schicht, wenn ich weine, zu ihr kommen kann und sagen, das wars, ich gehe jetzt."* oder *„Also oft lasse ich das über mich ergehen und wie es auch bekannt ist, oft, dass wir Schüler dann auf die Toilette gehen, uns mal die Augen ausweinen und dann weitermachen."* (Lydia, 00:21:14).

Aus den Aussagen der Auszubildenden konnten drei Typen aus dem Material gebildet werden, welche sich insbesondere entlang der beruflichen Identität und der Berufsbindung unterscheiden lassen:

- ***„Die Beständigen"***: Bei den Beständigen hat sich die vor Ausbildungsbeginn bereits vorhandene berufliche Identität gefestigt und auch die Berufsbindung ist gefestigt. Diese Auszubildenden verfügen schon zu Beginn der Ausbildung über eine grundlegende berufliche Identität. Die berufliche Identität konnte „vererbt" werden, ein Großteil dieser Jugendlichen hat ein berufliches Vorbild (z. B. die Mutter, Schwester, Tante), welches zumeist selbst im Gesundheitswesen arbeitet. Der Wunsch, in der Pflege tätig zu sein, besteht seit längerer Zeit, teils ist dieser Berufswunsch eine Herzensangelegenheit für die Auszubildenden. Diese Gruppe hat Freude an der Arbeit und ein langfristiger Verbleib im Beruf ist beabsichtigt.
- ***„Die Bestärkten"***: Bei den Bestärkten hat sich die berufliche Identität stark entwickelt. Eine längerfristige Berufsbindung ist entstanden. Diese Auszubildenden heben die eigene Wirksamkeit und die Sinnhaftigkeit für den Pflegeberuf (selbst nochmals) hervor und zudem bereitet ihre Tätigkeit ihnen persönlich große Freude. Die Entwicklung der beruflichen Identität erfolgte durch die berufliche Bildung bzw. zeitlich innerhalb davon. Auch diese Auszubildenden beabsichtigen den Verbleib im Pflegeberuf.
- ***„Die Ungebundenen"***: Bei den Ungebundenen hat sich die berufliche Identität nur gering in den ersten zwei Jahren der Ausbildung entwickelt. Die Berufsbindung ist begrenzt. Insgesamt kennzeichnet diese Gruppe eine gewisse Heterogenität hinsichtlich der Motivation für den Pflegeberuf zu Beginn der Ausbildung, so hatten manche Auszubildende ursprünglich andere Wunschberufe. Eine Gemeinsamkeit in dieser Gruppe ist jedoch die geringe Weiterentwicklung der beruflichen Identität während der Ausbildungszeit sowie die gleichzeitige Entwicklung von Plänen zu beruflichen Alternativen. Für diese Auszubildenden steht bereits (jetzt, im zweiten Ausbildungsjahr) fest, dass sie in den nächsten Jahren aus dem Pflegeberuf aussteigen werden.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass insbesondere Freundinnen und Freunde sowie die Familie, das Berufsbild, der Wunsch, „anderen helfen zu können", und die eigene Situation einen (besonderen) Einfluss auf die Berufswahl bzw. die Berufswahlentscheidung für die Pflege haben. Zudem sind die Entwicklungsverläufe der beruflichen Identität bei den Auszubildenden individuell sehr verschieden, dies zeigen u. a. die erarbeiteten Typen. Für einen Teil der befragten Auszubildenden entsteht Zufriedenheit mit der eigenen beruflichen Tätigkeit u. a. dadurch, „Fortschritte bei Patientinnen und Patienten" zu sehen. Hingegen ist die erlebte Belastung im Beruf der stärkste Faktor, der die Entwicklung einer beruflichen Identität verhindert. Von den Auszubildenden werden besonders die belastenden Arbeitsbedingungen und die Auswirkungen auf das Privatleben (negativ) hervorgehoben. Somit weisen die hier generierten Erkenntnisse in Teilen (größere) Gemeinsamkeiten mit den Ergebnissen der Arbeit von Garcia-González und Peters (2021) auf.

4.3 Limitationen und Grenzen der beiden Teilstudien

Einschränkend ist hinsichtlich der Ergebnisinterpretation anzumerken, dass es sich um eine Positivauswahl bei den Befragten in beiden Teilstudien handelt. Zudem beruhen die Antworten auf subjektiven Selbsteinschätzungen der Auszubildenden, weshalb nicht auszuschließen ist, dass das Antwortverhalten möglicherweise einer sozialen Erwünschtheit folgt. Darüber hinaus wurden die Auszubildenden nur einmal befragt, weshalb keine Langzeitergebnisse vorliegen, bspw. dahingehend, inwieweit sich die genannten Aspekte über die Zeit verändern. Für die Interpretation ist außerdem limitierend zu berücksichtigen, dass die Stichprobe in beiden Datensätzen verhältnismäßig gering ist und die Befunde somit keine Verallgemeinerung oder Generalisierung erlauben.

Somit leisten die beiden hier vorgestellten Studien einen Beitrag zum Forschungsdiskurs, welcher durchaus in den aktuellen Forschungsstand (wie einleitend dargelegt) eingeordnet werden kann, dennoch aber weiterführender wissenschaftlicher Untersuchungen bedarf. Deshalb ist hier festzuhalten, dass sich die beiden entwickelten Messinstrumente bewährt haben und sensible wie augenscheinlich plausible Erkenntnisse generieren konnten.

4.4 Handlungsempfehlungen zur Förderung der beruflichen Identität

Die Befunde der beiden Teilstudien verdeutlichen individuell verschiedene Entwicklungsverläufe sowie individuell differenzierte Ausgangssituationen (z. B. Vorprägung vor Ausbildungsbeginn), welche durch die Erfahrungen und Erlebnisse im Beruf bzw. in den beruflichen Umwelten (weiter) geprägt und beeinflusst werden. Auszubildende, die am Ende ihrer Ausbildung (in der Pflege wie auch in anderen Berufen) über eine geringe berufliche Identität verfügen, würden eher einen Berufswechsel vollziehen. Entsprechend bedeutsam ist (nicht nur für Arbeitgeber) eine Förderung und zielführende Entwicklungsarbeit zur Stärkung der beruflichen Identität. Insgesamt bestehen mehrere, vielfältige Ansatzmöglichkeiten, wie die berufliche Identitätsentwicklung bei Auszubildenden unterstützt werden kann. Skizzenhaft werden hier ein paar Optionen präsentiert.

Bezogen auf den schulischen Lernort ist die Bedeutung der Lehrkraft hervorzuheben, sie symbolisiert den Beruf, durch eigene Erfahrungen aus der praktischen Tätigkeit und Rahmung der Diskurse im Unterricht (z. B. Erfahrungsberichte aus den Praxiseinsätzen). Spricht sie positiv über das Berufsbild und stärkt somit die Reputation des Berufs, unterstützt dies die Identitätsentwicklung und steigert das Gefühl der Sinnhaftigkeit (in der Pflegetätigkeit). Auch durch Wertschätzung und Anerkennung (für Person, Tätigkeit und Erfahrungen) kann die Lehrkraft Einfluss nehmen. Darüber hinaus kann besonders der schulische Unterricht durch angeleitete Reflexionsübungen eine sinnvolle Begleitung der Erfahrungen und Erlebnisse in den praktischen Einsätzen in der Pflegeausbildung leisten.

Lehrkräfte könnten bspw. eine erfahrene Diskrepanz oder einen erlebten Konflikt aus einem praktischen Einsatz als Lernanlass im Unterricht nutzen. Durch die Gestaltung von Selbstreflexionsprozessen in der beruflichen Bildung kann sowohl eine kon-

tinuierliche Aufarbeitung als auch die Entwicklung neuer Lösungsansätze und Deutungsmuster für den Umgang mit den Erlebnissen aus den praktischen Einsätzen gelingen. Die kritische Auseinandersetzung mit den Erfahrungen und Erlebnissen ermöglicht den Auszubildenden demnach neue Handlungsoptionen (vgl. Thole 2021, S. 234 ff.).

Ergänzend dazu sind der Einbezug einer Schulsozialarbeit zur unterstützenden Bewältigung von Belastungen zu diskutieren sowie die gezielte Förderung der Resilienz, wie u. a. auch von Garcia-González und Peters (2021) angeregt. Solche Aspekte könnten besonders gut gelingen, wenn beide Lernorte entsprechend kooperieren. Denn eine Stärkung der Lernortkooperationen könnte die Nachhaltigkeit der genannten Ansätze fördern und bereits ursächlich die oftmals erlebte Diskrepanz zwischen Schule und Praxis mindern.

Ein weiterer (Ansatz-)Punkt zur Förderung der beruflichen Identität ist die Schaffung von optimalen Lern- und Arbeitsumgebungen, auch dies betrifft beide Lernorte. Hierzu sind verschiedene Aspekte zu zählen wie u. a. Anerkennung und Wertschätzung für Leistungen und Engagement der Auszubildenden sowie die Möglichkeiten für die Entwicklung von Fähigkeiten und Einstellungen und die Vielfalt von Aufgaben und Tätigkeiten (im Sinne der gesamten Breite eines Berufs). Ebenfalls ist die Übertragung von verantwortungsvollen Arbeitsaufträgen (im besten Fall kongruent zu den eigenen Interessen), die selbstständig und eigenverantwortlich zu bewältigen sind, hervorzuheben (vgl. Rauner 2017, S. 950 ff.; Thole, 2021, S. 112 ff.).

Insgesamt sollten die „Erwartungen" zur Förderung der beruflichen Identität nicht allein bei den Lehrkräften verortet sein, denn am Lernort Praxis haben die Praxisanleiter:innen ebenso eine sehr zentrale Funktion. Auch sind sie (bewusst oder unbewusst) Vorbilder für den Beruf, ihr Bild vom Pflegeberuf überträgt sich (in unterschiedlich starker Ausprägung) auf die Auszubildenden. Entsprechend sind die Anregungen für den Lernort Schule zugleich für den Lernort Praxis zu diskutieren.

Eine derartige Ausgestaltung und Organisation beruflicher Lernprozesse würde die Entwicklung einer beruflichen Identität fördern. Auszubildende würden (mehr) Wertschätzung erfahren und könnten sich selbstwirksam erleben, u. a. durch die Übertragung und eigenverantwortliche Bearbeitung relevanter Tätigkeiten (z. B. dem Ausbildungsstand entsprechende Übernahme von Patientengruppen anstatt einzelner Tätigkeiten). So könnte zudem das Erleben der Sinnhaftigkeit der eigenen beruflichen Tätigkeit in der Pflege gestärkt werden.

5 Fazit und Ausblick

Abschließend kann resümiert werden, dass Auszubildende nach Möglichkeit am besten individuell über den Ausbildungsverlauf beratend begleitet und gefördert werden sollten. Es braucht Unterstützung, Reflexion und Strategien, um mit den Anforderungen im Alltag des Pflegeberufs umgehen zu können. Die befragten Auszubildenden beschreiben, dass sie regelmäßig weinen und dadurch ein Ventil für ihr emotionales

Erleben finden. Auf diese Art wird es jedoch nicht gelingen, Fachkräfte langfristig für den Pflegeberuf zu gewinnen, und die Notwendigkeit solcher Kompensationsmechanismen widerstrebt allen Zielen der beruflichen Bildung.

Vielmehr sollten die Berufsinteressen der Auszubildenden am Pflegeberuf, wie anderen Menschen helfen zu wollen, sowie die beschriebenen positiven Erfahrungen aus der Ausbildung, z. B. wenn es Patientinnen und Patienten gesundheitlich wieder besser geht, sichtbar und erlebbar gemacht werden. Eine Förderung könnte somit zu einer langfristigen Berufsbindung bereits ab Ausbildungsbeginn beitragen.

Am Ende bleiben dennoch Fragestellungen unbeantwortet, z. B. danach, wie die „Ungebundenen" in der Pflege gehalten werden können bzw. wie erstrebenswert dies (überhaupt) ist. Zudem sollten weiterführend Kompensationsstrategien entwickelt werden, welche für Auszubildende die arbeitsbezogenen Belastungen abschwächen. Ferner bleibt zu klären, wie perspektivisch die generalistische Ausbildung gezielt genutzt werden kann, um die Entwicklung der beruflichen Identität zu unterstützen.

Bezogen auf den weiterführenden Diskurs aus berufspädagogischer Perspektive sind die hier präsentierten empirischen Befunde auch als Anregung für die Entwicklung aufbauender Forschungsfragen zu verstehen. Die beiden Messinstrumente (gemeint sind die Skalen aus den Fragebogen sowie die Leitfragen aus dem Interviewleitfaden) haben sich im Forschungsprozess bewährt und als geeignet erwiesen. So sind Modellprojekte denkbar, welche gezielt entlang von (pädagogischen) Interventionen zur Förderung der beruflichen Identität bei Auszubildenden in der Pflege diese Zielgruppe in einer Längsschnittstudie (bestmöglich im Kontrollgruppendesign) wissenschaftlich begleiten und die Entwicklungen evaluieren.

Literatur

Auffenberg, J. & Heß, M. (2021). *Pflegekräfte zurückgewinnen – Arbeitsbedingungen und Pflegequalität verbessern*. Bericht zur Studie „Ich pflege wieder, wenn ..." der Arbeitnehmerkammer Bremen und des SOCIUM der Universität Bremen. Bremen: Arbeitnehmerkammer Bremen.

Barghorn, K. (2010). *Einstellungen und Verhalten von Mitarbeitern in betrieblichen Veränderungsprozessen*. Dissertation: Universität Osnabrück.

Böhn, S. & Deutscher, V. (2020). Development and Validation of a Learning Quality Inventory for In-Company Training in VET (VET-LQI). *Vocations and Learning*, 14, S. 23–53.

Fischer, R. (2013). Berufliche Identität als Dimension beruflicher Kompetenz. Entwicklungsverlauf und Einflussfaktoren in der Gesundheits- und Krankenpflege. Bielefeld: wbv.

Friese, M. (2016). Bedeutung inklusiver Berufsbildung für Care Work. *bwp@ Berufs- und Wirtschaftspädagogik – online*, 30, S. 1–13. Verfügbar unter http://www.bwpat.de/ausgabe30/friese_bwpat30.pdf (Zugriff am: 18.10.2016).

Garcia-González, D. & Peters, M. (2021). *Ausbildungs- und Studienabbrüche in der Pflege – ein integratives Review. Forschung zur Pflegebildung und zum Pflegeberuf*. Bonn: Bundesinstitut für Berufsbildung.

Heinrichs, K., Wuttke, E. & Kögler, K. (2022). Berufliche Identität, Identifikation und Beruflichkeit – Eine Verortung aus der Perspektive einer theoriegeleiteten empirischen Berufsbildungsforschung. *bwp@* Profil 7: Perspektiven wirtschafts- und berufspädagogischer sowie wirtschaftsethischer Forschung. Digitale Festschrift für Gerhard Minnameier zum 60. Geburtstag, hrsg. v. R. Hermkes, T. Bruns & T. Bonowski, S. 1–28. Verfügbar unter https://www.bwpat.de/profil7_minnameier/heinrichs_etal_profil7.pdf (Zugriff am: 12.06.2022).

Kersting, K. (2016). *Was ist Coolout?* Verfügbar unter https://opac.hwg-lu.de/repository/DOC000001/B00207512.pdf (Zugriff am: 07.12.2023).

Klotz, V. K., Billett, S. & Winther, E. (2014). Promoting workforce excellence: formation and relevance of vocational identity for vocational educational training. *Empirical Research in Vocational Education and Training*, 6, S. 1–20.

Kuckartz, U. (2016). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. Weinheim: Beltz.

Martach, D. & Völkel-Söte, C. (2016). „Bist du blöd, oder was?": Feindseligkeit in der Pflegeausbildung. *Die Schwester, der Pfleger*, 55(8), S. 26–30.

Ratschinski, G. (2014). Berufswahlbereitschaft und -fähigkeit als Metakompetenz aus Identität, Adaptabilität und Resilienz. Eine neue Konzeptualisierung der Zielgröße von Berufsorientierungsmaßnahmen. *bwp@ Berufs- und Wirtschaftspädagogik – online*, 27, S. 1–29. Verfügbar unter http://www.bwpat.de/ausgabe27/ratschinski_bwpat27.pdf (Zugriff am: 07.12.2023).

Rauner, F. (2017). *Grundlagen beruflicher Bildung. Mitgestalten der Arbeitswelt*. Bielefeld: wbv.

Reiber, K., Fischer, G. & Lämmel, N. (2021). Lauter Beifall für stilles Heldentum – Ambivalenzen der Anerkennung für den Pflegeberuf (nicht nur in Pandemiezeiten). *Pflege & Gesellschaft*, 26(3), S. 197–208.

Reiber, K., Küpper, A. & Mohr, J. (2021). Wunsch und Wirklichkeit in der Pflegeausbildung – eine laufbahnbezogene Perspektive auf Berufsorientierung im Kontext von Fachkräftebedarf. In U. Weyland, B. Ziegler, K. Driesel-Lange & A. Kruse (Hg.), *Entwicklungen und Perspektiven in der Berufsorientierung. Stand und Herausforderungen*, S. 179–195. Berichte zur Beruflichen Bildung. Bonn: Bundesinstitut für Berufsbildung.

Schumacher, J., Leppert, K., Gunzelmann, T., Strauß, B. & Brähler, E. (2005). Die Resilienzskala – Ein Fragebogen zur Erfassung der psychischen Widerstandsfähigkeit als Personmerkmal. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 53(1), S. 16–39.

Seltrecht, A. (2018). Sicherung des Verbleibs von Pflegekräften im Beruf. In R. W. Jahn, A. Diettrich, M. Niethammer & A. Seltrecht (Hg.), *Demografie, Bildung und Fachkräftesicherung in den ostdeutschen Bundesländern. Befunde und Problemlagen aus berufs- und wirtschaftspädagogischer Perspektive*, S. 253–263. Bielefeld: wbv.

Statistisches Bundesamt (2022). *Pressemitteilung Nr. 135 vom 29. März 2022*. Verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2022/03/PD22_135_212.html (Zugriff am: 07.12.2023).

Struck, P. (2023). Entwicklungs- und Verbesserungsperspektiven für berufliche (Aus-) Bildungsprozesse im Gesundheitswesen. In M. Friese & R. Braches-Chyrek (Hg.), *Care Work in der gesellschaftlichen Transformation. Beschäftigung, Bildung, Fachdidaktik*, S. 91–103. Bielefeld: wbv.

Thole, C. (2021). *Berufliche Identitätsarbeit als Bildungsauftrag der Berufsschule. Am Beispiel der dualen Ausbildung im Einzelhandel*. Bielefeld: wbv.

Witzel, A. (2000). Das problemzentrierte Interview. *Forum qualitative Sozialforschung*, 1(1), S. 1–13.

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1 Übersicht über die Auswertungskategorien (Teilaspekte der beruflichen Identität) 167

Tabellenverzeichnis

Tab. 1 Korrelationen (n = 102); BHK – Berufliche Handlungskompetenz, AZ – Arbeitszufriedenheit 165

Tab. 2 Mittelwertvergleich; BHK – Berufliche Handlungskompetenz, AZ – Arbeitszufriedenheit; Std-Abw. – Standardabweichung 166

Autor und Autorinnen



Prof. Dr. phil. habil. **Philipp Struck**, Professor für Berufspädagogik im Gesundheitswesen, Katholische Hochschule Mainz. Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Lehrerbildung, Unterrichtsgestaltung, Berufswahl- und Berufsbildungsforschung, Peer Learning in der beruflichen Bildung und Berufliche Förderpädagogik.
Kontakt: philipp.struck@kh-mz.de



Lena Konrad, cand. M. A. in „Pädagogik in Gesundheit und Pflege“ an der Katholischen Hochschule Mainz. Lehrtätigkeit am Bildungszentrum für Gesundheitsberufe Mainz. Kontakt: lena.konrad@marienhaus.de



Julia Holbach, M. A. in „Pädagogik in Gesundheit und Pflege“ an der Katholischen Hochschule Mainz. Lehrerin für Pflegeberufe am Bildungscampus Koblenz.
Kontakt: j.holbach@bbtgruppe.de

Kompetenzorientierung reloaded – jetzt aber wirklich!?

Petra Reiber, Anita Rölle, Karin Reiber, Maik H.-J. Winter

Abstract

Die generalistische Pflegeausbildung zielt auf die Vermittlung von Kompetenzen für die selbstständige, umfassende und prozessorientierte Pflege von Menschen aller Altersstufen. Berufliche Handlungskompetenz als Ausbildungsziel war bereits in den vorherigen Berufsgesetzen der Alten- und Krankenpflege verankert. Im Projekt UP-GradE berichten Leitungspersonen von Pflegeschulen und Verantwortliche für die Praxisanleitung vermehrte Herausforderungen für alle an der Ausbildung Beteiligten durch eine konsequentere Umsetzung der Kompetenzorientierung unter den neuen Vorgaben. Daraus leitet sich die Vermutung einer höheren Verbindlichkeit von Kompetenzorientierung als didaktischem Leitprinzip in der aktuellen Pflegeausbildung ab. Die vorliegende Analyse von Ordnungsmitteln und Arbeitshilfen der generalistischen Pflegeausbildung im Vergleich zu denjenigen der bisherigen Pflegeausbildungen bestätigt dies. Herausforderungen und Chancen der aktuellen Vorgaben werden diskutiert.

Schlagworte: generalistische Pflegeausbildung, Ausbildungsgrundlagen, Ordnungsmittel, Pflegepädagogik

The training for general nurses teaches the professional and personal skills required to independently provide comprehensive and individualized nursing care to persons of all ages. Professional competencies had served as an explicit pedagogical objective in former nursing education laws. As part of the UP-GradE-project, directors of nursing schools and those responsible for practical training have reported increased challenges with the implementation of competence orientation under the new requirements. An analysis was conducted to compare the current and former nursing professions acts as well as the working guidelines for generalist nursing training with those of previous nursing training programs to examine whether professional competencies are now being more strongly emphasized. The challenges and opportunities of the current requirements are discussed.

Keywords: generalistic nursing education, nursing education guidelines, nursing education law, nursing pedagogy

1 Einführung

Der Begriff der Kompetenz ist – wenn auch kontrovers diskutiert (vgl. Dütthorn 2015, S. 3–7) – in den letzten Dekaden aus der beruflichen Bildung, und damit auch aus der Pflegeausbildung, nicht mehr wegzudenken. Kompetenz kann allgemein verstanden werden als individuelles Handlungsvermögen, basierend auf Wissen, Fertigkeiten, Fähigkeiten, Motiven, Bereitschaften und Werthaltungen, „die zum Bewältigen einer Situation zusammenspielen müssen" (Brater 2016, S. 200). Mit Blick auf Berufsbildung „wird Kompetenz somit im beruflichen Handeln von Personen sichtbar" (Weyland, Wittmann & Kaufhold 2023, S. 480). Kompetenzstrukturmodelle wie das Modell der beruflichen Handlungskompetenz der Kultusministerkonferenz (KMK) schlüsseln Teilkompetenzen und deren Zusammenwirken auf. In diesem Verständnis umfasst berufliche Handlungskompetenz die Vernetzung von „Fach-, Selbst- und Sozialkompetenz" (KMK 2011, S. 12). Gleichzeitig kritisieren Weyland u. a. (2023, S. 480), dass sowohl die domänenbezogene begriffliche Schärfung beruflicher Handlungskompetenz als auch eine entsprechende Operationalisierung des Begriffs vielfach noch ausstehen. Die berufliche Kompetenzentwicklung muss sich dabei an zwei Zielperspektiven ausrichten: zum einen an den für das Berufsfeld und die Berufsaufgaben erforderlichen Kompetenzen (funktionale Zielperspektive), zum anderen an den individuellen Ressourcen des Subjektes (subjektbezogene Zielperspektive) (vgl. a. a. O., S. 481 f.). Diese beiden Blickpunkte bilden den roten Faden für die Definition kompetenzorientierter Lernziele.

Bereits im Krankenpflege- und im Altenpflegegesetz inklusive der jeweiligen Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen, welche die Pflegeausbildungen von 2003/2004 bis Ende 2019 regelten, war berufliche Handlungskompetenz ein zentraler Bezugspunkt (vgl. Hundenborn 2007, S. 7–13) und zentrales Ausbildungsziel. Seit Inkrafttreten des Pflegeberufegesetzes (PflBG) zum 1. Januar 2020 ist die Ausbildung von Pflegefachpersonen in Deutschland generalistisch ausgerichtet und setzt auf die Vermittlung von Kompetenzen, die „für die selbstständige, umfassende und prozessorientierte Pflege von Menschen aller Altersstufen in akut und dauerhaft stationären sowie ambulanten Pflegesituationen" (PflBG § 5[1]) erforderlich sind. Dabei wird lebenslanges Lernen als ein Prozess der eigenen beruflichen Biografie verstanden und die fortlaufende persönliche sowie fachliche Weiterentwicklung als notwendig erachtet (vgl. a. a. O.).

Das kooperative Forschungsprojekt UP-GradE (**U**msetzung der **P**flegeberufereform **– Grad**messer der **E**ntwicklung in Baden-Württemberg) der Hochschulen Ravensburg-Weingarten (RWU) und Esslingen (HE) untersuchte von Juni 2021 bis Mai 2023 die aktuelle Umsetzung des PflBG in Baden-Württemberg. Gefördert wurde das Projekt vom Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst Baden-Württemberg. Im Mittelpunkt des Erkenntnisinteresses standen Fragen nach der Bewältigung

1 Gesetz über die Pflegeberufe (Pflegeberufegesetz – PflBG) v. 17. Juli 2017. Bundesgesetzblatt Jahrgang 2017 Teil I Nr. 49, ausg. zu Bonn am 24. Juli 2017, 2581.

struktureller sowie qualifikatorischer Herausforderungen, die das neue Ausbildungsgesetz mit sich bringt.

Kompetenzorientierung im Fokus des Berufsbildungspersonals

Der vorliegende Beitrag geht der Frage nach, welche Bedeutung dem Prinzip der Kompetenzorientierung in der aktuellen Pflegeausbildung aus Sicht von Ausbildungsverantwortlichen an den Lernorten Schule und Praxis beigemessen wird, welche Herausforderungen sich in diesem Zusammenhang stellen und womit sich wahrgenommene Veränderungen erklären lassen. In einem ersten Schritt werden empirische Projektergebnisse aus der Onlinebefragung (n = 130) von und den qualitativen Interviews (n = 17) mit verantwortlichen Ausbildungsakteurinnen und -akteuren vorgestellt. Die Analyse deckt an beiden Lernorten Schwierigkeiten in Zusammenhang mit dem Thema Kompetenzorientierung auf.

Die Präsenz der Thematik beim Berufsbildungspersonal überrascht vor dem Hintergrund der Verankerung von Kompetenzorientierung bereits in den Vorgängergesetzen: Aus den vorliegenden Erkenntnissen wird die Vermutung abgeleitet, dass Kompetenzorientierung durch das PflBG eine höhere Verbindlichkeit an den verschiedenen Lernorten der Pflegeausbildung erfährt.

Daraus ergibt sich die Frage, wie sich diese höhere Verbindlichkeit begründen lässt. Im zweiten Teil des Beitrags werden daher gesetzliche Grundlagen der generalistischen Pflegeausbildung und Arbeitshilfen der Fachkommission nach § 53 PflBG sowie des Bundesinstituts für Berufsbildung (BIBB) analysiert und Unterschiede zu den bisherigen Pflegeausbildungen herausgearbeitet. Abschließend werden Herausforderungen und Chancen diskutiert, die aus diesem Vergleich abgeleitet werden können.

2 Kompetenzorientierung aus Sicht der zwei Lernorte

Methodik

In der ersten Projektphase von „UP-GradE“ wurde zu Beginn des Jahres 2022 eine Onlinebefragung durchgeführt, die Leitungspersonen aller Pflegeschulen in Baden-Württemberg sowie Verantwortliche für die Praxisanleitung in allen akut- und langzeitstationären Pflegeeinrichtungen zweier exemplarischer Regionen adressierte. Nach der Datenbereinigung flossen die Antworten von 98 Schulleitungen und 32 Praxisvertreterinnen und -vertretern in die deskriptive Auswertung ein. Antworten auf offene Frageformate wurden inhaltsanalytisch nach Kuckartz (2014) ausgewertet. Darauf aufbauend wurden anschließend leitfadengestützte Interviews mit ausgewählten Personen derselben Zielgruppen (Leitungspersonen an Pflegeschulen n = 5; Verantwortliche für die Praxisanleitung n = 7) und zusätzlich mit fünf Koordinatorinnen und Koordinatoren für die generalistische Pflegeausbildung der Landkreise geführt. Alle Interviews wurden aufgezeichnet und inhaltlich-semantisch transkribiert. Die Auswertung erfolgte ebenfalls inhaltsanalytisch nach Kuckartz (2014) unter Nutzung der Software MAXQDA 2022. Im Folgenden werden ausgewählte qualitative Ergebnisse der Untersuchung berichtet.

Kompetenzorientierung am Lernort Praxis

Die Verantwortlichen für die Praxisanleitung beschreiben in den Interviews, dass sie zum Zeitpunkt der Befragung, gut zwei Jahre nach Inkrafttreten des PflBG, weiterhin damit beschäftigt sind, die Regelungen der generalistischen Pflegeausbildung *„so Stückchen für Stückchen zu verstehen"* (IPP_G_25). Sie nehmen das Thema Kompetenzen zum ersten Mal als Leitprinzip und Auftrag für die Ausgestaltung der Praxisanleitung bewusst wahr:

> *„Was sich ganz arg geändert hat, dass man jetzt nach diesen Kompetenzen schaut […], da muss man sich erstmal mit befassen."* (IPP_J_55)

Ein möglicher Grund, warum Kompetenzorientierung bisher weniger als handlungsleitendes Prinzip in Erscheinung trat, wird in einer mangelhaften Thematisierung in den bisherigen Qualifizierungsmaßnahmen für Praxisanleitende vermutet. Inzwischen hat augenscheinlich die Novellierung des Berufsgesetzes auch eine inhaltliche Anpassung der Weiterbildungsangebote für das betriebliche Berufsbildungspersonal zur Folge.

> *„Diejenigen, die natürlich jetzt ne Weiterbildung machen, die erleben ja auch jetzt schon diese Kompetenzbereiche innerhalb von dieser Weiterbildung. Das ist natürlich für die Bestandspraxisanleiter wesentlich schwerer gewesen, sich da einzuarbeiten."* (IPP_L_39)

Als weiterer Aspekt der Kompetenzorientierung kristallisiert sich heraus, dass Praxisanleitung in der generalistischen Pflegeausbildung komplexer geworden ist (IPP_J_60). Lernen soll nicht nur handlungs-, sondern auch situations- und kontextbezogen gestaltet werden.

> *„Ich kann jetzt nicht einfach nur Blutdruck messen zeigen. Klar, kann ich auch. Bringt bloß nichts. Weil ich sage, hey, wenn ich jetzt bei Bewohner XY Blutdruck mess, warum mess ich den Blutdruck? Welche Auswirkungen hat das Blutdruckmessen? Welcher Zusammenhang besteht denn mit meinen Diagnosen, meinen Medikamenten, dem Umfeld eventuell?"* (IPP_H_29)

Gleichzeitig wendet sich der Situations- und Kontextbezug des pflegerischen Handelns von einem Leistungskatalog ab und verdeutlicht, *„dass diese Leistungen, die Fähigkeiten, eingebunden sind in einen PFLEGEPROZESS"* (IPP_H_37). Damit rücken die der Berufsgruppe vorbehaltenen Tätigkeiten stärker in den Fokus.

In diesem Zusammenhang hat sich auch der Stellenwert verschiedener Anleitungsinhalte durch die Einführung der generalistischen Pflegeausbildung verschoben:

> *„Also damals war der Schwerpunkt wirklich bei der Körperwaschung. […] Und das ist jetzt nicht mehr so. Ja. Das lernen die. In zwei, drei Wochen können die das. Dafür braucht man keine drei Jahre lernen, ja. Und deswegen haben die auch das Praxis-Curriculum, dass man mal sieht, dass es ja auch noch viele, viele andere Themen gibt."* (IPP_I_183–185)

Verstärkt wird dies dadurch, dass nun ausgearbeitete Materialien (z. B. Rahmenausbildungsplan, Handreichungen, Vorlagen für Lernaufgaben) für den Lernort Praxis zur

Verfügung stehen. Sie stellen die Grundlage für die betriebliche Umsetzung der strukturierten Anleitung dar.

Drei weitere Aspekte spiegeln die didaktische Ausrichtung auf Kompetenzerwerb wider: Erstens stellen die Verantwortlichen am Lernort Praxis fest, dass Sachthemen nicht als in sich geschlossene Einheiten unterrichtet werden. Die Auszubildenden erwerben Grundlagen zu einem Thema, welche dann im weiteren Verlauf der Ausbildung im Sinne eines Spiralcurriculums aufbauend erweitert werden.

> *„Damals war's ja eher so, dass ein Thema komplett abgehandelt wurde. […] Von A bis Z, wurde alles unterrichtet. Da war der Auszubildende da fit, sozusagen. Und jetzt, also das ist auch die Rückmeldung, die ich […] krieg. Wird das Thema nur, also erstmal die Grundlagen vermittelt, ja. Und erst später kommt der Rest".* (IPP_I_73)

Zweitens bedeutet Lernen in der generalistischen Ausbildung, dass die Auszubildenden *„mehr in Verantwortung gezogen"* (IPP_F_15) werden und die Verantwortung für ihren Lernprozess selbst übernehmen müssen. Daraus resultiert drittens eine Individualisierung von Lernen, auch im Rahmen der Praxisanleitung. Die Herausforderung besteht darin, „den Auszubildenden die Potentiale und Wege ihrer individuellen Kompetenzentwicklung in den jeweiligen Lernsituationen aufzuzeigen" (Löwenstein 2022, S. 34) und dabei die Anleitung am jeweiligen Kompetenzstand auszurichten, um alle zum Berufsabschluss zu führen.

> *„Wiederum die andere sag ich, hey, da kann ich Mitte Orientierungseinsatz schon anfangen, teilweise vom Pflichteinsatz Themenfelder mit rein zu bauen. Also dieses INDIVIDUALISIEREN, ist so arg wichtig. Und natürlich auch dadurch die große Herausforderung, am Ende der drei Jahre müssen alle den gleichen Stand haben."* (IPP_H_55)

Die Ergebnisse machen deutlich, dass Kompetenzorientierung als pädagogisches Leitprinzip in das Bewusstsein der Verantwortlichen für die Praxisanleitung gerückt ist. Sie erleben eine erforderliche Neuorientierung ihres didaktisch-pädagogischen Handelns, was neben veränderter Perspektiven auf das Lernen auch das Verständnis für die Bedeutung pflegerelevanter Inhalte reformiert. Die Orientierung am Pflegeprozess als „Grundphilosophie des Pflegeberufegesetzes" (Reiber 2022, S. 5) und Bezugspunkt professionellen Handelns erfährt in der Anleitung am Lernort Praxis neue Anerkennung.

Kompetenzorientierung am Lernort Schule

Die befragten Leitungspersonen von Pflegeschulen nehmen wahr, dass die Ausbildung sich jetzt deutlicher an den zu erlangenden Kompetenzen orientiert:

> *„Das hat sich jetzt so entwickelt […], dass die Kompetenzen diesen Prozessen zugeordnet werden, da sind wir jetzt so gut dabei. Im Sinne des Constructive Alignment, […] Was soll am Ende gezeigt werden? Und: Was muss aber auch tatsächlich stattfinden, damit der Lernende überhaupt die Möglichkeit hat, das am Ende zu zeigen. Die Kompetenzen über die Performanz."* (IPS_E_11)

Die Schulleitungen sehen im Kollegium jedoch Probleme in der Umsetzung dieser konsequenteren Orientierung:

> *„Aber ich merke, dass sich die Kollegen auch schwergetan haben am Anfang mit dieser Kompetenzorientierung."* (IPS_C_40)

Eine besondere Herausforderung scheint dabei die kompetenzorientierte Bewertung zu sein. Eine Schulleiterin einer bisherigen Altenpflegeschule sieht diese Probleme vor allem beim Lehrendennachwuchs:

> *„Und weil wir jetzt viele JUNGE Kollegen haben, die jetzt ganz aktuell Abschlüsse haben, die sich doch dann schwertun: Was ist kompetenzorientierte Bewertung?"* (IPS_C_40)

Es wird eine stringente Orientierung an den zu erreichenden Kompetenzen in Unterricht und Prüfungen festgestellt:

> *„Dass sie einfach mehr sich auseinandersetzen, weil das ja auch was mit dem Prüfungsformat zu tun haben wird, ne? Die [...] Kompetenzen müssen ja dann auch in den Prüfungsformaten sich wiederfinden."* (IPS_E_11)

Die Bewertung von Prüfungsleistungen auf Basis von Kompetenzen erfordert eine andere Systematik, was eine weitere Herausforderung darstellt:

> *„Wie kommt die Note zustande? Jetzt habe ich sechs Klausuren, hab die unterschiedlichen Kompetenzbereiche gestreift, also die Berechnung; das ist eine Schwierigkeit, auch so tatsächlich die Transparenz der Noten."* (IPS_C_74)

Schulen sind hier gefordert, Notendefinitionen und kompetenzorientierte, fallbasierte schriftliche Prüfungen zu entwickeln. Professionelles pflegerisches Handeln bedarf der Verschränkung von Regelwissen mit Falllogik, um ein hermeneutisches Fallverständnis zu erreichen (vgl. Bohrer u. a. 2021, S. 10). Dies erfordert in der Folge ein Ausweiten des Erwartungshorizonts bei Prüfungen (vgl. a. a. O.). Das daraus resultierende größere interpretative Moment bei der Beurteilung von Prüfungsleistungen scheint dabei eine Herausforderung darzustellen.

Schulleitungen berichten, dass auch die Auszubildenden in die neuen Ausbildungsprinzipien eingeführt werden (müssen), indem man ihnen die Systematik und die Struktur der Ausbildung erläutert. Dies geschieht zum einen in einleitenden Informationsveranstaltungen und wiederkehrenden Erklärungen:

> *„Also die kriegen am Anfang eine Einführung, die CEs[2] und Kompetenzbereiche. [...] Dann erkläre ich das und damit tun die sich schwer, das muss man immer wieder erklären."* (IPS_C_74)

2 CEs/CE = Curriculare Einheiten

Zum anderen wird der Bezug zu erreichenden Kompetenzen auch kleinschrittig in der Ausgestaltung von Lehrmaterialien sichtbar:

> *„Weil die Kompetenzbereiche, also auch diese Strukturierung der Kompetenzbereiche bis runter zu den Kompetenzen, das ist etwas, was wir überall irgendwo stehen haben auf allen Arbeitsblättern, um den Schülern Orientierung zu geben."* (IPS_B_56)

Auch die Umrahmung und Auseinandersetzung mit den angestrebten Kompetenzen in einem Lernfeld wird als Strategie genannt, um das Verständnis der Auszubildenden dazu zu fördern:

> *„Zum Beispiel jetzt haben wir dann auch den Vorschlag erarbeitet, dass man dann, wenn man das Lernfeld beginnt, auch die Auszubildenden damit noch mal konfrontiert und dann auch noch mal auf den Anhang geht mit den Kompetenzen und man sagt so: Das sind so diese abstrakten Kompetenzen, die sind jetzt diesem Lernfeld zugeordnet."* (IPS_E_9)

Es wird von Schwierigkeiten der Auszubildenden berichtet, sich mit der neuen Systematik zurechtzufinden – eine Schulleiterin vermutet die Ursache dieser Schwierigkeiten u. a. in der fächerorientierten Prägung der allgemeinbildenden Schule (IPS_C_74).

Die Pflegeschulen sind bestrebt, Auszubildenden zu vermitteln, was es bedeutet, Kompetenz zu entwickeln und wie in diesem Verständnis Noten definiert sind; allerdings scheint dies keine einfache Aufgabe zu sein:

> *„Was bedeutet es, eine Kompetenz erlangt zu haben? Und – genau, ihnen das zu vermitteln. Und die Notendefinitionen, die kriegen sie, die sind auch immer mit den Kompetenzbereichen; also Note 2 heißt das, Note 1 ist das, und da tun sie sich schwer."* (IPS_C_80)

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass Kompetenzorientierung an den Schulen als zentrales, strukturierendes Element erlebt wird. Herausforderungen in der Umsetzung dieses Prinzips werden vor allem in der Vermittlung dieser Systematik an Auszubildende, bei der Prüfungsgestaltung und der Bewertung wahrgenommen.

Die dargelegten Befunde weisen im Vergleich zu den bisherigen Pflegeausbildungen auf einen höheren Umsetzungsgrad von Kompetenzorientierung im Rahmen der generalistischen Pflegeausbildung an beiden Lernorten hin.

Die Interviews waren vorab auf eine Probandenanzahl begrenzt und wurden nicht erst nach Erreichen einer Datensättigung beendet, sodass möglicherweise relevante Aspekte nicht erfasst wurden. Diese Limitation kann auch durch die zusätzlich durchgeführten Expertiseinterviews mit Koordinatorinnen und Koordinatoren für die generalistische Pflegeausbildung der Landkreise nicht vollständig entkräftet werden. Das Forschungsprojekt war auf Baden-Württemberg regional begrenzt, sodass eine Übertragbarkeit auf Pflegeausbildungseinrichtungen in ganz Deutschland nur bedingt gegeben ist.

Nachfolgend wird beleuchtet, was diesen höheren Umsetzungsgrad von Kompetenzorientierung begründen könnte und welche Unterschiede zwischen den Vorgängerausbildungen und den aktuellen Regelungen bestehen.

3 Konzeption von Kompetenzorientierung in den Pflegeausbildungen

Die Ausrichtung an zu erwerbenden Kompetenzen war bereits in den Ausbildungen nach dem Krankenpflegegesetz (§ 3 KrPflG[3]) und implizit nach dem Altenpflegegesetz (§ 3 AltPflG[4]) definiert. In der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für den Beruf der Altenpflegerin und des Altenpflegers (AltPflAPrV[5]) fand mit der Übernahme des Lernfeldkonzeptes darüber hinaus eine explizite Orientierung an einem berufspädagogischen Reformkonzept statt, das seit Mitte der 1990er-Jahre strukturgebend in den Rahmenlehrplänen der KMK für berufliche Ausbildungen ist (vgl. Hundenborn & Kühn 2003, S. 17).

Zentrale Änderungen des PflBG beinhalten neben der Formulierung vorbehaltener Tätigkeiten von Pflegefachpersonen (§ 4 Absatz 2 PflBG) die Aufwertung strukturierten Lernens in der Praxis (mind. 10 % der zu leistenden Einsatzzeit, § 18 Absatz 1 PflBG, § 4 PflAPrV[6]) und eine Anhebung der Qualifikationsanforderungen für das Berufsbildungspersonal: Für Lehrende an Pflegeschulen ist ein Abschluss auf Masterniveau gefordert (§ 9 Absatz 1 PflBG), für Praxisanleitende wurde der Umfang der berufspädagogischen Weiterbildung auf mindestens 300 Stunden erhöht zuzüglich einer kontinuierlichen Fortbildungsverpflichtung von 24 Stunden pro Jahr (§ 4 PflAPrV). Die Pflegeausbildung nach dem PflBG basiert auf einem Gesamtkonzept, das stringent moderne pädagogisch-didaktische Prinzipien berücksichtigt und damit die Inhalte des theoretischen und praktischen Curriculums an den zu erreichenden Kompetenzen ausrichtet. Das Ausbildungsziel der beruflichen Handlungskompetenz nach § 5 PflBG bildet die Grundlage für die in fünf Kompetenzbereiche (I bis V) geordneten und in den Anlagen 1 bis 4 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (PflAPrV) beschriebenen Kompetenzen. Diese Kompetenzbereiche sind jeweils in zwei bis sechs Kompetenzschwerpunkte unterteilt, welche in insgesamt über 80 Kompetenzen untergliedert sind (vgl. Jürgensen & Dauer 2021, S. 32–33). Im PflBG ist die bislang vorherrschende Auffächerung in fachliche, methodische, personale und soziale Kompetenzen auf die „erforderlichen fachlichen und personalen Kompetenzen einschließlich der zugrunde liegenden methodischen, sozialen, interkulturellen und kommunikativen Kompetenzen und der Lernkompetenzen sowie die Fähigkeit zum Wissenstransfer und zur Selbstreflexion“ (§ 5 Abs. 1 PflBG) weiter aufgeschlüsselt (Saul & Jürgensen 2021, S. 18).

3 Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz – KrPflG) vom 16. Juli 2003 (Bundesgesetzesblatt Jahrgang 2003 Teil I Nr. 36, ausg. zu Bonn am 21. Juli 2003, 1442).

4 Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (Altenpflegegesetz – AltPflG) vom 17. November 2000 (Bundesgesetzesblatt Jahrgang 2000 Teil I Nr. 50, ausg. zu Bonn am 24. November 2000, 1513).

5 Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für den Beruf der Altenpflegerin und des Altenpflegers (Altenpflege-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung – AltPflAPrV) vom 26.11.2002 (Bundesgesetzesblatt Jahrgang 2002 Teil I Nr. 81, ausg. zu Bonn am 29. November 2002).

6 Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (Pflegeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung – PflAPrV) vom 2. Oktober 2018 (Bundesgesetzesblatt Jahrgang 2018 Teil I Nr. 34, ausg. zu Bonn am 10. Oktober 2018).

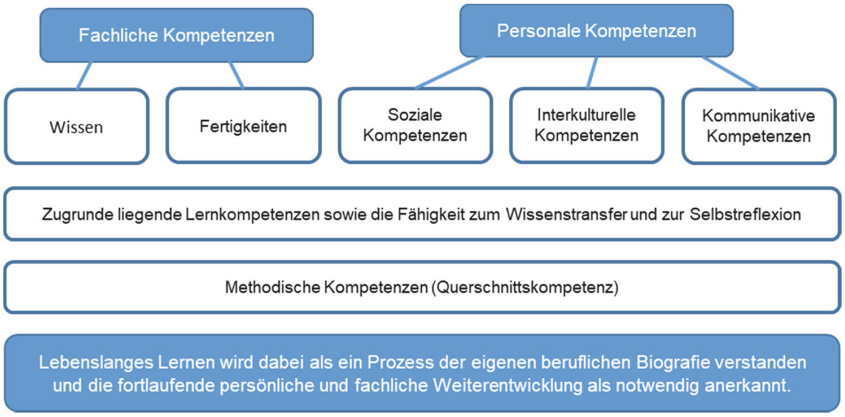


Abbildung 1: Kompetenzen nach § 5 Abs. 1 PflBG (Quelle: Saul & Jürgensen 2021, S. 19)

Dies wird vor allem in den Rahmenplänen der Fachkommission nach § 53 PflBG deutlich, die als konzeptionelle Grundlage für den Aufbau schulinterner Curricula und betrieblicher Ausbildungspläne dienen. Dass es erstmals bundesweit einheitliche Rahmenpläne mit empfehlender Wirkung sowohl für den theoretischen und praktischen Unterricht als auch für die praktische Ausbildung gibt, verleiht diesen mehr Gewicht, befördert länderübergreifenden Austausch und ermöglicht die Erstellung bundesweit anwendbarer Arbeitshilfen.

Die Rahmenpläne sind konsequent durch alle Bereiche immer mit Bezug auf Kompetenzorientierung und Persönlichkeitsentwicklung durchdekliniert: Als theoretische Grundlage werden die Konstruktionsprinzipen Kompetenzorientierung, Pflegeprozessverantwortung/vorbehaltene Tätigkeiten, Orientierung an pflegerischen Situationen und entwicklungslogische Struktur (≙ Spiralcurriculum) erläutert; es liegt eine Verschränkung von Situationsprinzip mit Wissenschafts- und Persönlichkeitsprinzip vor. Die Bedeutung exemplarischen Lernens wird mit dem Ausbildungsziel der kompetenten Pflege von Menschen aller Altersstufen begründet (vgl. Fachkommission nach § 53 PflBG 2020, S. 12–28).

Der Rahmenlehrplan für den theoretischen und praktischen Unterricht umfasst elf curriculare Einheiten (CE), für die jeweils Kompetenzen mit Bezug auf die PflAPrV sowie Bildungsziele beschrieben sind. Neben der Differenzierung von Inhalten und Situationsmerkmalen für die curriculare Einheit werden auf Mikroebene Anregungen für Lern- und Arbeitsaufgaben sowie für das Lernen in simulativen Lernumgebungen und weitere Inhalte formuliert, sodass eine Operationalisierung der zu erreichenden Kompetenzen erleichtert wird. Die dazu verfügbare „Handreichung für die Pflegeausbildung am Lernort Pflegeschule“ (Saul & Jürgensen 2021) dient als Umsetzungshilfe mit Fokus auf die Erstellung schulinterner Curricula und die Gestaltung von Lehr-/Lernsituationen. Auch hier wird der Kompetenzorientierung eine große Bedeutung beigemessen, denn es wird bspw. erläutert, wie Kompetenzen operationalisiert und jeweils sichtbare oder messbare Indikatoren formuliert werden können (vgl. a. a. O., S. 70–75).

Der Rahmenausbildungsplan für das Lernen am Lernort Praxis skizziert für Orientierungseinsatz, Pflichteinsätze und Vertiefungseinsatz je nach gewähltem Berufsabschluss Pflegesituationen und Aufgabenstellungen und operationalisiert sie jeweils mit konkretem Bezug auf die Kompetenzen, die in der PflAPrV formuliert sind (vgl. Fachkommission nach § 53 PflBG 2020, S. 199–268).

Die angestrebte Kompetenzentwicklung im Zeitverlauf der Ausbildung wird in den unterschiedlichen Niveaustufen für Zwischen- und Abschlussprüfungen nach Anlage 1 bis 4 PflAPrV deutlich – in der Handreichung für die Pflegeausbildung am Lernort Praxis wird die Steigerung weiter in vier Kompetenzstufen ausdifferenziert (vgl. Jürgensen & Dauer 2021, S. 54) und für Praxisaufgaben und Prüfungen operationalisiert. Für die kompetenzorientierte Gestaltung von Prüfungen und die Entwicklung einer kongruenten Bewertungssystematik liegen ebenfalls Handreichungen vor (für Baden-Württemberg vgl. Braunstein, Hoffmann, Koch u. a. 2021).

Für die konkrete Arbeit am Lernort Praxis werden gleichsam Instrumente bereitgestellt: Die Vorlage für geplante Praxisanleitungen stellt als Strukturierungshilfe dabei nicht nur die jeweils zu erreichenden Kompetenzschwerpunkte aus der PflAPrV voran, zur Reflexion der Anleitungssituation werden außerdem zehn relevante Kompetenzbereiche in einem Kompetenznetz aufgeschlüsselt, sodass eine differenzierte Reflexion unterstützt wird (vgl. Jürgensen & Dauer 2021, S. 65).

Die Rahmenpläne stellen erstmals für die beiden genannten Lernorte einen abgestimmten, fachwissenschaftlich ausgearbeiteten Orientierungsrahmen dar, dessen Verbindlichkeit durch die direkte Ansprache aller Akteure gestärkt wird.

Kompetenzorientierung an beiden Lernorten

Diese stringente Ausdifferenzierung von Kompetenzorientierung durch alle Bereiche hindurch ist neu – es scheint, dass die konsequente Durchdeklinierung dieses Leitprinzips bis hin zur Notengebung die tatsächliche Umsetzung fördert. Die Lernorte Praxis und Schule werden in den analysierten Dokumenten jetzt als gleich wichtig für die Erreichung des Ausbildungszieles erachtet. In den bisherigen Pflegeausbildungen lag die Gewichtung stärker auf dem schulischen Lernen: Bildungsinhalte und zu erwerbende Kompetenzen waren konkret nur für das Lernen am Lernort Schule differenziert (vgl. KrPflAPrV Anlage 1, AltPflAPrV Anlage 1), nicht jedoch für den Lernort Praxis. Praxis diente dazu, „die im Unterricht erworbenen Kenntnisse zu vertiefen und zu lernen, sie bei der späteren beruflichen Tätigkeit anzuwenden“ (§ 2 Absatz 1 KrPflAPrV).

In der Altenpflege wurden zu erreichende Kompetenzen für die praktische Ausbildung lediglich durch eine Beschreibung zunehmender Selbstständigkeit des beruflichen Handelns definiert: vom „Kennenlernen des Praxisfeldes“ bis hin zu „Selbstständig planen, durchführen und reflektieren der Pflege alter Menschen“ (Anlage 1 AltPflAPrV). In den bisherigen Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen waren somit primär Ziele (KrPflAPrV) bzw. Inhalte (AltPflAPrV) angegeben, in der aktuellen PflAPrV sind mit Kompetenzen umfassende und nachhaltige Lernergebnisse in direkter Verbindung mit beruflichen Handlungssituationen beschrieben (vgl. Jürgensen & Dauer 2021, S. 29).

Der Bedeutungszuwachs des Lernorts Praxis spiegelt sich mit Einführung des PflBG auch im höheren Stellenwert der Praxisanleitung (vgl. Tsarouha u. a. 2023, S. 109) wider. Die Erhöhung des zeitlichen Umfangs der Qualifikationsmaßnahme auf nun 300 Stunden ist um eine jährliche Fortbildungsverpflichtung ergänzt. Im Krankenpflegegesetz war eine Zusatzqualifikation für die Praxisanleitenden im Umfang von 200 Stunden gefordert. Im Altenpflegesetz war eine solche Anforderung durch den Zusatz „in der Regel" (§ 2 Absatz 2 AltPflG) nicht bindend, es fehlten Hinweise auf den zeitlichen Umfang der Qualifizierung.

Ausbildungseinrichtungen müssen seit der Neuregelung pro Einsatz mindestens 10 % der zu leistenden praktischen Ausbildungszeit als Praxisanleitung gewährleisten (§ 6 Absatz 3 Satz 3, § 18 Absatz 1 Satz 3 PflBG). Eine solche Festlegung fehlte in den Regelungen für beide Vorgängerausbildungen: Für die Berufe in der Krankenpflege waren in der praktischen Ausbildung „die Kenntnisse und Fertigkeiten zu vermitteln, die zur Erreichung des Ausbildungsziels erforderlich sind" (§ 2 Absatz 1 KrPflAPrV). Praxisanleitung war „durch geeignete Fachkräfte" sicherzustellen (§ 2 Absatz 2 KrPflAPrV). In der Altenpflegeausbildung wurde die ausbildende Einrichtung explizit in die Verantwortung genommen, welche „die Gewähr für eine ordnungsgemäße Durchführung der praktischen Ausbildung bieten" musste (§ 2 Absatz 1 AltPflAPrV) und hierfür „eine geeignete Fachkraft" zu stellen hatte (§ 2 Absatz 2 AltPflAPrV). Die Regelungen erlaubten somit einen Interpretationsspielraum hinsichtlich des zeitlichen Umfangs und der Verbindlichkeit der Praxisanleitung.

Die Sicherstellung des Theorie-Praxis-Transfers hat in der aktuellen Ausbildung großes Gewicht (u. a. §§ 4 – 6 PflAPrV). Die diesem Begriff implizite Richtung des Transfers von Theoriewissen in die Praxis wird dabei aufgelöst, sodass von einem „Theorie-Praxis-/Praxis-Theorie-Transfer" (Löwenstein 2022, S. 5) gesprochen werden kann. Fragestellungen und Lernanlässe werden auch in der Praxis generiert und dann am Lernort Schule bearbeitet. So werden „Prozesse der bewussten Analyse und Reflexion initiiert, die daraus gewonnenen Erkenntnisse beim erneuten praktischen Handeln synthetisiert" (Darmann-Finck 2020, S. 117). Vorhandene Pflegesituationen werden damit als Lernchance wahrgenommen (Situationsprinzip), die Rückbindung und Reflexion praktischer Erfahrungen wird aufgewertet und impliziter Lernzuwachs aus der Praxis wird sichtbar gemacht.

Am Lernort Praxis sind die zum jeweiligen Ausbildungsstand geforderten Kompetenzen als Zielgröße für die Anleitungssituationen im Rahmenausbildungsplan offengelegt und als Lernanforderungen hinterlegt. Erkenntnisse aus Best-Practice-Bereichen, wie sie bisher vor allem auf Ausbildungsstationen oder in Leuchtturmprojekten (u. a. Heil 2020; Panfil, Küng, Zürcher u. a. 2017) gewonnen wurden, sind in die Ausbildungsgrundlagen (Rahmenpläne) eingeflossen und damit Standard für die Pflegeausbildung geworden.

4 Bedeutung für Pflege und Gesellschaft

Die vorgelegte Analyse aktueller Ausbildungsgrundlagen legt Kompetenzorientierung als grundlegende Prämisse offen, die sich wie ein roter Faden durch die gesichteten Dokumente zieht. Insbesondere die betrachteten Arbeitshilfen fundieren das Lehr-/Lernverständnis theoretisch und stellen auf inhaltlicher Ebene gleichzeitig Anregungen zur konsequenten praktischen Umsetzung von Kompetenzorientierung bereit. Aus Sicht von Ausbildungsverantwortlichen scheint durch die Einführung des PflBG das Verständnis an beiden Ausbildungsorten für berufliche Handlungskompetenz „nicht nur als Leitziel, sondern als gemeinsamer Bildungsauftrag der kooperierenden Lernorte“ (Weyland u. a. 2023, S. 480) gewachsen zu sein. Insofern ist anzunehmen, dass u. a. durch die Arbeiten der Fachkommission nach § 53 PflBG und weitere Arbeitshilfen und Maßnahmen die didaktische Angleichung von schulischem und praktischem Lernen vorangeschritten ist. Jedoch erfordert die Adaption dieser Vorlagen hohe personelle, zeitliche und finanzielle Aufwendungen in den jeweiligen Schulen und Einrichtungen, was auch in dieser Studie deutlich wurde. Die Investitionen in diese „Vorableistungen“ stellen eine Herausforderung dar, vor allem vor dem Hintergrund teils prekärer Personalbestände.

Auch nach nun drei Jahren generalistischer Pflegeausbildung sind die Umstrukturierungsprozesse noch nicht abgeschlossen, die Umsetzung wird als „Work-in-Progress“ beschrieben: Einsatzpläne müssen jährlich neu erstellt, curriculare Einheiten inhaltlich weiter gefüllt, neue Prüfungsformate etabliert, Ausbildungsdokumente der Ausbildungspartner weiter angeglichen und neue Partner hinzugewonnen werden. Die von Bund und Ländern als Projektstellen geförderten Koordinierungsstellen für die generalistische Pflegeausbildung der Landkreise (vgl. Bundesregierung 2021, S. 25) leisten dabei wichtige Unterstützungsarbeit in enger Zusammenarbeit mit allen beteiligten Akteuren (vgl. Wochnik, Tsarouha, Krause-Zenß u. a. 2022, S. 266), sodass deren weitere Förderung wünschenswert ist.

Vonseiten des Berufsbildungspersonals ist das aktive Bemühen zu erkennen, die neuen Ausbildungsanforderungen zu implementieren. Dabei kann der generalistischen Pflegeausbildung vor dem Hintergrund der zeitgleich beginnenden Sars-Cov-19-Pandemie kein einfacher Start bescheinigt werden. Gerade deshalb sind die Bemühungen der Ausbildungsverantwortlichen beider Lernorte besonders anzuerkennen, die Reformierung der Pflegeausbildung zu gestalten. Da die Umsetzung der Novellierung des Berufsgesetzes eine komplexe Aufgabe ist, braucht es Zeit, bis etablierte Denkmuster und Verfahren sich verändern. Dennoch kann die generalistische Pflegeausbildung ein „window of opportunity“ sein, Kompetenzorientierung als didaktisches Leitprinzip konsequent umzusetzen und auch Bereiche mit einzubeziehen, die wenig auf etablierte Strukturen der Praxisanleitung zurückgreifen können (bspw. ambulante Pflege). Mit der jährlichen Fortbildungsverpflichtung von 24 h für das berufspädagogische Bildungspersonal am Lernort Praxis hat der Gesetzgeber einen Rahmen geschaffen, der die Chance bietet, über Fortbildungsmaßnahmen Kompetenzorientierung zunehmend im berufspädagogischen Handeln der Praxisanleitenden zu verorten. Da in

den Schulen die größte Herausforderung darin gesehen wird, Kompetenzorientierung in curricularen Einheiten und im selben Duktus bei Lernstandkontrollen und Prüfungen stringent zu gestalten, ist in dortigen Fortbildungsangeboten besonderes Augenmerk auf die Verbindung dieser zwei pädagogischen Aufgabengebiete zu legen. Dass vermeintlich bereits etablierte didaktische Grundsätze der Praxisanleitung jetzt als neue Prinzipien wahrgenommen werden, kann dabei im Rückblick als Defizit bisheriger Qualifizierungsangebote interpretiert werden.

Darüber hinaus müssen Rahmenbedingungen an den praktischen Einsatzorten so ausgestaltet sein, dass Praxisanleitung durchgängig gewährleistet ist. Dazu gehört, dass Praxisanleitende angemessene und zeitlich ausgewiesene Ressourcen für ihre Aufgaben in der Praxisanleitung zur Verfügung haben („Freistellung"). Dies kann nur dann gelingen, wenn die Sozialunternehmen Ausbildung als priorisiertes Handlungsfeld definieren, das nicht akut drängenden Problemen wie Personalausfall geopfert wird.

Vom beruflichen Bildungspersonal aller Lernorte konsequent umgesetzte Kompetenzorientierung kann mehrfach positive Wirkung für die Pflegeausbildung und den Pflegeberuf entfalten. Mit den erweiterten Kompetenz- und Aufgabenbereichen einer generalistischen Pflege wird eine Imageaufwertung der Pflegeausbildung angestrebt. Aktuelle Studienergebnisse belegen aus Sicht von Auszubildenden eine insgesamt positive Gesamtbewertung des bisherigen Ausbildungsverlaufs (vgl. Olden, Großmann, Dorin u. a. 2023, S. 7). Um von positiven Eindrücken nachhaltig zu profitieren, gilt es, sowohl den formulierten Ausbildungsanspruch als auch Attraktivitätsmerkmale in die Öffentlichkeit zu tragen und bspw. in Veranstaltungen zur Berufsorientierung zielgruppengerecht auszuarbeiten (vgl. Weiß & Nagel 2023, S. 12). Kompetenzorientierung hat zum Ziel, Pflegefachpersonen auszubilden, die auf der Grundlage der von ihnen erworbenen Wissensbestände, Werte, Fähigkeiten und Erfahrungen sowie ihres Realisierungswillens (vgl. Walter & Bohrer 2020, S. 52) qualitativ hochwertige Pflege und damit einen essenziellen Beitrag in der Versorgung pflegebedürftiger Menschen leisten. Wenn daraus eine professionelle Performanz der Absolventinnen und Absolventen resultiert, besteht die Chance, dass die neue Pflegeausbildung den gesetzten Ansprüchen, aktuelle Versorgungsbedarfe in hoher Qualität zu decken, einen weiteren Schritt näher kommt (vgl. Dehnbostel & Gießler 2023, S. 136). Gleichzeitig ist kompetentes Pflegepersonal nur ein Aspekt einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung. Der bereits bestehende Fachkräftemangel wird sich in Zukunft auch aufgrund demografischer Faktoren weiter verschärfen. Inwiefern Absolvierende einer generalistischen Ausbildung bestimmte Arbeitsfelder meiden und dadurch den Fachkräftemangel regional oder in bestimmten Versorgungsbereichen verstärken, sollte Gegenstand weiterer Untersuchungen sein.

Die Befragten am Lernort Praxis betonen insbesondere die zentrale Stellung des Pflegeprozesses in der Anleitung. Darmann-Finck (2020, S. 125) merkt hierzu jedoch kritisch an, dass durch die Orientierung am Pflegeprozess die Fähigkeit, implizit zu situations- und subjektangemessenen Urteilen zu gelangen, in den Hintergrund tritt; teilweise entstehe der Eindruck, „die Pflege ließe sich allein durch die deduktive Anwendung von explizitem Wissen bewerkstelligen". Es ist daher dringend erforderlich,

Evaluationen mit dem Ziel der Erfassung des patientenbezogenen Mehrwerts der generalistischen Pflegeausbildung durchzuführen.

Literatur

Bohrer, A., Walter, A., Altmeppen, S., Burba, S., Junghahn, M.-L. & Westphal, A. (2021). *Kompetenzorientierte schriftliche Prüfungen gestalten. Eine Handreichung für Lehrerinnen und Lehrer an Pflegeschulen*. https://doi: 10.26127/BTUOpen-5655.

Brater, M. (2016). Was sind „Kompetenzen" und wieso können sie für Pflegende wichtig sein? *Pflege und Gesellschaft*, 21(3), S. 197–213.

Braunstein, U., Hoffmann, S., Koch, U., Schiffer, B. & Schmid, C. (2021). *Anbahnung kompetenzorientierter Bewertung in der Pflege. Handreichung für die Unterstützung der Lehrkräfte bei der Umsetzung des neuen Landeslehrplans für die generalistische Pflegeausbildung. Zentrum für Schulqualität und Lehrerbildung Baden-Württemberg*. Verfügbar unter https://www.schule-bw.de/faecher-und-schularten/berufliche-schularten/berufsfachschule/sozialpflegerischer-bereich/dreijbfsaltenpflegehilfe/hr_kombew_0421.pdf (Zugriff am: 28.02.2023).

Bundesregierung (2021). *Konzertierte Aktion Pflege. Zweiter Bericht zum Stand der Umsetzung der Vereinbarungen der Arbeitsgruppen 1 bis 5*. Verfügbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Konzertierte_Aktion_Pflege/KAP_Zweiter_Bericht_zum_Stand_der_Umsetzung_der_Vereinbarungen_der_Arbeitsgruppen_1_bis_5.pdf (Zugriff am: 27.07.2023).

Darmann-Finck, I. (2020). Implizites Wissen in der Pflege und der Pflegeausbildung. In R. Hermkes, G. H. Neuweg & T. Bonowski (Hg.), *Implizites Wissen. Berufs- und wirtschaftspädagogische Annäherungen* (Wirtschaft – Beruf – Ethik, Bd. 38, 1. Aufl.), S. 109–129. Bielefeld: wbv.

Dehnbostel, P. & Gießler, W. (2023). Arbeitsintegrierte Berufsqualifikation in der Pflege. In M. A. Marchwacka (Hg.), *Handbuch Pflegebildung. Theorie – Empirie – Praxis*, 1. Aufl., S. 127–138. Bern: Hogrefe Verlag.

Dütthorn, N. (2015). Pflegespezifische Kompetenzen im europäischen Bildungsraum – eine empirische Studie zur Inhomogenität des Kompetenzbegriffs. *bwp@ Spezial 10 – Berufsbildungsforschung im Gesundheitsbereich*, S. 1–22. Verfügbar unter http://www.bwpat.de/spezial10/duetthorn_gesundheitsbereich-2015.pdf (Zugriff am: 27.07.2023).

Fachkommission nach § 53 PflBG (2020). *Rahmenpläne der Fachkommission nach § 53 PflBG*, 2. überarbeitete Auflage. Verfügbar unter https://www.bibb.de/dienst/publikationen/de/download/16560 (Zugriff am: 27.07.2023).

Heil, D. (2020). Schüler leiten eine Station. *Heilberufe*, 72(10), S. 52–53.

Hundenborn, G. (2007). *Fallorientierte Didaktik in der Pflege. Grundlagen und Beispiele für Ausbildung und Prüfung*, 1. Auflage. München, Jena: Elsevier Urban & Fischer.

Hundenborn, G. & Kühn, C. (2003). *Entwurf einer empfehlenden Richtlinie für die Altenpflegeausbildung*. Verfügbar unter https://www.mags.nrw/sites/default/files/asset/document/pflege_nrw-empfehlende_richtlinie_altenpflegeausbildung-09-2006-2003.pdf (Zugriff am: 27.07.2023).

Jürgensen, A. & Dauer, B. (2021). *Handreichung für die Pflegeausbildung am Lernort Praxis* (Pflegeausbildung gestalten, 1. Auflage). Bonn: Bundesinstitut für Berufsbildung.

KMK (2011). *Handreichung für die Erarbeitung von Rahmenlehrplänen der KMK für den berufsbezogenen Unterricht in der Berufsschule und ihre Abstimmung mit Ausbildungsordnungen des Bundes für anerkannte Ausbildungsberufe*. Verfügbar unter https://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluesse/2021/2021_06_17-GEP-Handreichung.pdf (Zugriff am: 27.07.2023).

Kuckartz, U. (2014). *Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. Weinheim & Basel: Beltz Juventa.

Löwenstein, M. (2022). *Wege in die generalistische Pflegeausbildung. Gestalten, entwickeln, vorangehen*, 1. Auflage. Berlin: Springer Berlin.

Olden, D., Großmann, D., Dorin, L., Meng, M., Peters, M. & Reuschenbach, B. (2023). Die generalistische Pflegeausbildung in Deutschland aus Sicht Auszubildender. *Pflege*, 36(5), S. 249–257.

Panfil, E.-M., Küng, R., Zürcher, B. & Key, M. (2017). Die Lern- und Arbeitsgemeinschaft als Ausbildungsstation. Die Lern- und Arbeitsgemeinschaft: ein Konzept für situiertes, interdisziplinäres, kollaboratives und intergenerationelles Lernen und Arbeiten in der Praxisausbildung. *PADUA*, 12(4), S. 257–264.

Reiber, K. (2022). Forschendes Lernen und seine Potenziale für die Gesundheitsberufe – didaktische Verortungen zwischen Wissenschafts- und Professionsbezug am Beispiel von Pflegeausbildung und -studium. In I. Darmann-Finck & K. Sahmel (Hg), *Pädagogik im Gesundheitswesen*, S. 1–10. Berlin & Heidelberg: Springer. Verfügbar unter https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/978-3-662-61428-0_20-2?pdf=chapter%20toc (Zugriff am: 04.12.2023).

Saul, S. & Jürgensen, A. (2021). *Handreichung für die Pflegeausbildung am Lernort Pflegeschule. Erläuterungen des PflBG, der PflAPrV und Empfehlungen für die Erstellung schulinternen Curricula in Anlehnung an die Rahmenlehrpläne der Fachkommission nach § 53 PflBG*. Leverkusen: Verlag Barbara Budrich.

Tsarouha, E., Krause-Zens, A., Greißl, K. & Reiber, K. (2023). Ambivalenzen und Herausforderungen für die Praxisanleitung in der generalistischen Pflegeausbildung. In K. Kögler, H.-H. Kremer & V. Herkner (Hg.), *Jahrbuch der berufs- und wirtschaftspädagogischen Forschung 2023*, S. 104–119. Opladen, Berlin & Toronto: Verlag Barbara Budrich.

Walter, A. & Bohrer, A. (2020). *Die neue Pflegeausbildung gestalten. Eine Handreichung für Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter*. Verfügbar unter https://opus4.kobv.de/opus4-btu/files/5161/BR+Neksa+-+barrierefreie+PDF+-+final.pdf (Zugriff am: 27.07.2023).

Weiß, E.-E. & Nagel, L. (2023). Was zählt für den Nachwuchs in der Altenpflege? Die Erwartungen der Generation Y und Z. *Pflegezeitschrift*, 76(3), S. 10–13.

Weyland, U., Wittmann, E. & Kaufhold, M. (2023). Herausforderungen in Bezug auf Konstrukt und Erfassbarkeit von beruflicher Handlungskompetenz im Gesundheitsbereich. In I. Darmann-Finck & K.-H. Sahmel (Hg.), *Pädagogik im Gesundheitswesen*, S. 479–488. Berlin & Heidelberg: Springer.

Wochnik, M., Tsarouha, E., Krause-Zenß, A., Greißl, K. & Reiber, K. (2022). Lernortkooperation als besondere Anforderung in den neuen Pflegeausbildungen. In K. Kögler, U. Weyland & H.-H. Kremer (Hg.), *Jahrbuch der berufs- und wirtschaftspädagogischen Forschung 2022*, S. 261–273. Opladen: Verlag Barbara Budrich.

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1 Kompetenzen nach § 5 Abs. 1 PflBG 185

Autorinnen und Autor



Petra Reiber, Pflegewissenschaft M. A., wissenschaftliche Mitarbeiterin Hochschule Esslingen und DHBW Stuttgart. Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Angewandte Hebammenwissenschaft, Pflegeausbildung, Pflegerische Versorgung älterer Menschen mit Fokus auf Bewegungsförderung.
Kontakt: petra.reiber@hs-esslingen.de

Anita Rölle, Pflegepädagogik B. A., wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Gerontologische Versorgungs- und Pflegeforschung (IGVP) der Hochschule Ravensburg-Weingarten (RWU). Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Pflegerische Versorgung älterer Menschen, Pflegeausbildung (inkl. Einsatz digitaler Medien).
Kontakt: anita.roelle@rwu.de



Prof. Dr. habil. **Karin Reiber** ist Professorin für Erziehungswissenschaft mit den Schwerpunkten Berufspädagogik und berufliche Didaktik/Fachrichtung Pflege an der Hochschule Esslingen. Ihr Forschungsgebiet ist die berufliche Bildung und das Berufsbildungspersonal in der Domäne Pflege im Kontext von Fachkräftesicherung und Professionalisierung.
Kontakt: Karin.Reiber@hs-esslingen.de



Prof. Dr. rer. cur. **Maik H.-J. Winter**, Professur für Gerontologische Pflege, Direktor des Instituts für Gerontologische Versorgungs- und Pflegeforschung (IGVP), Studiendekan des ausbildungsintegrierenden Pflegebachelorstudiengangs an der Hochschule Ravensburg-Weingarten (RWU). Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: (Technikgestützte) Innovationen für Leben und Pflege im Alter, Professionalisierung und Fachkräftesicherung in der Pflege, Digitalisierung in der pflegerischen Versorgung und Pflegebildung. Kontakt: maik.winter@rwu.de

Gute Ausbildungsqualität? Eine arbeitswissenschaftliche Evaluation der generalistischen Pflegeausbildung im Land Bremen

Lena Becker-Pülm, Peter Bleses, Britta Busse, Friederike Mahnken, Cora Zenz

Abstract

Im Rahmen einer dreijährigen arbeitswissenschaftlichen Begleitforschung wird die Ausbildungsqualität in der generalistischen Pflegefachkraftausbildung im Land Bremen evaluiert. Mithilfe eines Mixed-Methods-Ansatzes werden in drei jährlichen Wellen Auszubildende und weitere Ausbildungsakteure und -akteurinnen befragt. Der vorliegende Beitrag zeigt wichtige Ergebnisse der laufenden Evaluation und fokussiert auf Handlungsressourcen und Herausforderungen in der Ausbildung. Es zeigt sich, dass viele Auszubildende gut in Schule und Praxis zurechtkommen. Es werden aber auch große Unterschiede zwischen verschiedenen Auszubildendengruppen mit unterschiedlichen Ressourcen deutlich, die auf Lernorte mit ebenfalls unterschiedlichen Ressourcenausstattungen treffen. Daraus resultieren unterschiedliche Herausforderungen einer guten Ausbildungsqualität und entsprechende Unterstützungsbedarfe wie z. B. die Förderung von Sprachkompetenzen sowie psychosoziale Unterstützungsangebote.

Schlagworte: Ausbildungsqualität, Auszubildende, Generalistik, Herausforderungen, Pflegeausbildung, Ressourcen

The three-year occupational research evaluation on the general nursing training in the federal state Bremen (Germany) examines the quality of training. This article presents partial results of the ongoing evaluation and focuses on the resources for action and related challenges in the training. Using a mixed methods approach, trainees and other stakeholders are surveyed in three annual waves. The results suggest all in all a good identification of the trainees with their training and many of them get on well at school and in practice. Nevertheless, it is clear that different groups of trainees come to the training program with different resources and encounter places of learning that also offer different resources, resulting in different challenges and different needs for support. These include the promotion of language skills and psychosocial support.

Keywords: Quality of training, trainees, generalist training system, challenges, nursing training, resources

1 Einleitung

Die Pflegeberufereform, die mit Jahresbeginn 2020 wirksam wurde, kann als Reform eines *Berufs* mit der ihm zugeordneten *Ausbildung* gewertet werden. Damit werden die zuvor (mehr oder weniger) getrennten Berufsabschlüsse „Altenpflege", „Gesundheits- und Kinderkrankenpflege" sowie „Gesundheits- und Krankenpflege" zu *einem* „generalistischen" Abschluss: „Pflegefachfrau/-mann" zusammengefasst, mit dem erfolgreiche Absolventinnen und Absolventen der neuen Ausbildung eine qualifizierte Zugangs- und Tätigkeitsberechtigung für die verschiedenen Pflegebereiche erhalten. Zugunsten dieser Neuordnung werden das Ausbildungscurriculum, die Strukturen der Ausbildung, die Zahl der an jeder Ausbildung beteiligten Ausbildungsorte und Ausbildungsakteurinnen und -akteure sowie deren Kooperationsstrukturen, die Zugänge zur Ausbildung und vieles mehr verändert. Das erfordert von allen Ausbildungsbeteiligten eine veränderte Orientierung, die über ein jeweiliges Pflegesetting, in dem man zuvor Auszubildende begleitet, angeleitet und unterrichtet hat oder in dem man ausgebildet wurde, weit hinausreicht.

Ziel der Pflegeberufereform (vgl. Benedix & Kathmann 2019) ist zunächst angesichts des Fachkräftemangels eine generell attraktivere Gestaltung der Pflegeausbildung und des Pflegeberufs für Nachwuchskräfte (vgl. auch Neuber-Pohl 2017, S. 5; Rothgang 2020). Zudem besteht die Hoffnung, über das frei wählbare Tätigkeitsfeld die Konkurrenzsituation zwischen den Pflegesettings um Arbeitskräfte und die Arbeitsbedingungen insbesondere in der stationären Langzeitpflege und der ambulanten Pflege zu verbessern. Noch immer hinken die Entgelte in diesen Pflegesettings denen in der Akutpflege deutlich hinterher (vgl. Statistisches Bundesamt 2021). Gerade außerhalb der Akutpflege waren daher die Sorgen im Vorfeld der Reform groß, zukünftig vom „Fachkräftenachschub" abgeschnitten zu werden.

Mögliche Folgen und Nebenfolgen einer so tiefgreifenden Berufereform zeigen sich erst in der Umsetzung. Daher gab es von Beginn an einige Begleitforschungen, allen voran vom Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) durchgeführt bzw. beauftragt. Auch im Land Bremen haben wir uns die Frage gestellt, welche Auswirkungen die Reform auf die Ausbildungsqualität als wichtige Variable für den Ausbildungserfolg der Pflegeauszubildenden hat. Was kann man tun, um Ausbildungsqualität zu unterstützen? Um diese Frage zu klären, wurde im Jahre 2021 eine dreijährige Begleitforschung der generalistischen Pflegeausbildung gestartet.[1]

Auslöser für die Studie war die Beobachtung, dass bereits die „alten" Pflegefachkraftausbildungen vergleichsweise hohe Vertragslösungsquoten[2] aufwiesen. Die wenigen vorliegenden Ergebnisse weisen darauf hin, dass diese im Land Bremen (in etwa

1 Projekt: *Die neue generalistische Pflegeausbildung im Land Bremen: Gute Ausbildungsqualität für einen erfolgreichen Ausbildungsabschluss.* Gefördert von der Arbeitnehmerkammer Bremen und im Austausch mit dem BIBB. Weitere Informationen finden Sie unter: www.pflegechancen.de.

2 Vertragslösungsquoten sind nicht gleich Ausbildungsabbruchquoten. Abbrüche sind nur ein Grund einer Vertragslösung. Es können bspw. auch Wechsel zwischen Ausbildungsträgern stattfinden, Auszubildende entscheiden sich nach einer Zeit dafür, eine andere Ausbildung zu beginnen oder sie haben auf einen Studienplatz (bei Auszubildenden der Pflege wohl häufig auf einen Medizinstudienplatz) gewartet und die Wartezeit mit einem Teilabschnitt der Pflegeausbildung überbrückt.

vergleichbar mit der Bundesebene) zwischen den Ausbildungsjahrgängen und -berufen stark schwanken[3] (ver.di 2018). Die Abschlussjahrgänge 2020 wiesen Quoten zwischen 17 % und 41 % auf (Huter u. a. 2022, S. 36). Da die neue generalistische Pflegeausbildung in der Tendenz höhere inhaltliche und organisatorische Anforderungen an Ausbildungsorte und Ausbildungsbeteiligte stellt, dürften die Herausforderungen einer guten Ausbildungsqualität eher steigen als sinken. Sicher verbergen sich hinter dem Begriff der Vertragslösung und den hohen Lösungsquoten unterschiedliche Gründe und Tatbestände, die dazu führen, dass eine einmal begonnene Fach- oder Hilfskraftausbildung nicht weitergeführt wird (siehe Fußnote 2). Aber in einem Sektor mit ausgeprägtem Fachkräftemangel sollte angestrebt werden, so vielen Auszubildenden wie möglich so gut wie möglich einen Abschluss zu ermöglichen – und sie durch eine attraktive Ausbildungsgestaltung bis zum Abschluss zu halten.

Im Folgenden schildern wir die Teilergebnisse der noch laufenden Evaluation der generalistischen Pflegeausbildung im Land Bremen. Im Rahmen eines ressourcenorientierten Ansatzes versuchen wir herauszufinden, wie eine gute Ausbildungsqualität aus der Perspektive der Ausbildungsbeteiligten an den verschiedenen Lernorten (vor allem Auszubildende, Schulleitungen, Lehrkräfte, Pflegedienstleitungen, Praxisanleitungen) gestaltet sein müsste, welche Herausforderungen gegenwärtig bestehen und wie die Qualität der Ausbildung verbessert werden könnte. Unsere Perspektive ist dabei sozial- und arbeitswissenschaftlich, nicht pflegewissenschaftlich. Wir fokussieren Handlungsressourcen und Rahmenbedingungen der Ausbildung, schauen aber nicht darauf, wie pflegefachlich gut die Ausbildung verläuft und ob die angestrebten Kompetenzen erreicht werden. Im Mittelpunkt stehen dabei die Einschätzungen der Auszubildenden selbst.

Zunächst werfen wir einen Blick auf die angesprochenen Dimensionen und Maßstäbe für die Ausbildungsqualität: Wie definieren wir Ausbildungsqualität (Kapitel 2)? Nach einer Darstellung unseres methodischen Ansatzes (Kapitel 3) wenden wir uns einigen zentralen Ressourcen und Herausforderungen in der generalistischen Pflegeausbildung zu und fragen: Was sind wesentliche Ansatzpunkte, um Ausbildungsqualität zu unterstützen und dadurch die Chancen auf den Ausbildungserfolg zu erhöhen (Kapitel 4)? Abschließend werden wir in einem Fazit auf Perspektiven einer guten Ausbildungsqualität eingehen (Kapitel 5).

2 Ausbildungsqualität im Rahmen einer Ressourcenperspektive

Die Qualität der Ausbildung stellt eine wichtige Komponente für einen erfolgreichen Ausbildungsabschluss dar. Allerdings haben sich kein einheitliches Verständnis des Begriffs Ausbildungsqualität und kein einheitlicher Maßstab seiner Messung durchsetzen können (Ebbinghaus u. a. 2010, S. 10). Nach Klotz u. a. (2017) ist Ausbildungsqualität das Ergebnis des Vergleichs der Beschaffenheit der Pflegeausbildung mit der

3 Vgl. Fuchs u. a. in diesem Band, S. 245–264.

„normativen Erwartung einer Interessensgruppe“ (ebd., S. 3). Das Maß der Erwartungsentsprechung kann dann als „Maß der Zielerreichung [(Ausbildungserfolg)] interpretiert werden“ (ebd.). Nach Mirbach (2009, S. 59) meint Qualität im Sinne der Güte meist eine Bewertung – hier der Bildung(selemente) – anhand ihrer Funktionalität bezogen auf das Ziel (Ausbildungserfolg). Dies bedeutet, dass die Ausbildungsqualität abhängig davon ist, inwieweit einzelne Elemente wie Unterricht und Praxiseinsätze (und ihre einzelnen Aspekte) zum Ausbildungserfolg beitragen.

Das BIBB hat 2009 Dimensionen von Qualität entlang des Ausbildungsprozesses beschrieben, die von Input über Durchführung und Output hin zu Outcome führen. Damit wurde erstens ein Vorschlag gemacht, verschiedene Qualitätsdimensionen entlang dieses Prozesses zu unterscheiden und damit operationalisierbar zu machen. Zweitens weist dieser prozessorientierte Qualitätsbegriff über die reine Abschlussfrage hinaus, indem auch das in den Blick genommen wird, was („vorne“) in die Ausbildung hineingegeben wird und was die Wirkungen („hinten“) über den reinen Abschluss hinaus sind (z. B. praxistaugliche und/oder im Berufsfeld verbleibende Pflegekräfte).

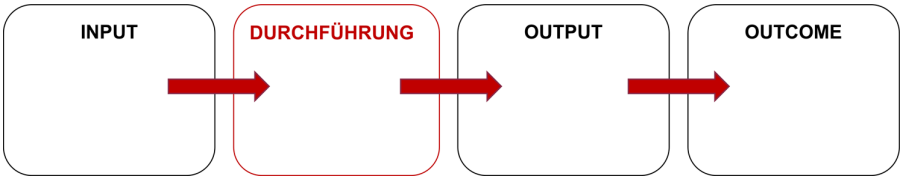


Abbildung 1: Ausbildungsqualität im Ausbildungsprozess (nach Friemer & Bleses 2018 in Anlehnung an Ebbinghaus & Rothe 2009)

In unserer Evaluation der generalistischen Pflegeausbildung konzentrieren wir uns als Begleitforschung auf die Ausbildungsqualität in der eigentlichen *Durchführung* der Ausbildung, also auf die „Konzeption des Lehr-Lern-Geschehens und ihre konkrete Umsetzung“ (Ebbinghaus u. a. 2010, S. F9). Auch wenn das den Fokus der Qualitätsanalyse begrenzt, öffnet das Qualitätsmodell doch den Blick sowohl dafür, dass die Durchführung durch die Qualität des Inputs als „Rahmenbedingungen [...] und [...] Ressourcen“ (Ebbinghaus & Rothe 2009, S. 36) (z. B. Ausstattung durch Lernmittel, Schulbildungsniveaus der Auszubildenden) beeinflusst wird, als auch dafür, dass die Durchführungsqualität selbst den späteren Output (z. B. Abschlussniveaus, Abschlussquote) und Outcome (z. B. Berufsfeldfähigkeit und -chancen, Weiterbildungseignung) beeinflusst.

Unsere Analyse folgt einer Ressourcenperspektive. Diese geht davon aus, dass die Bewältigung der Anforderung *Ausbildung* durch die Verfügbarkeit von Handlungsressourcen bestimmt wird (vgl. Ducki & Kalytta 2006). Handlungsressourcen können auf der Seite der Auszubildenden selbst (z. B. Schulabschlussniveau, Ausbildungsreife), in den Strukturen der Ausbildung oder in Unterstützungsangeboten liegen. Gemeinsam ergeben sie ein Set an möglichen Handlungsressourcen, das sich wahrscheinlich zwischen den einzelnen Auszubildenden und den jeweiligen Lernorten unterscheidet: Die individuelle Ressourcenausstattung kann (mehr oder weniger ereignishaft oder er-

wartbar) kumulieren oder im Hinblick auf die Bewältigung der Anforderungen unzureichend sein. Der Blick auf ungleiche Ressourcenausstattungen eröffnet das analytische Potenzial, strukturelle Chancenungleichheit erkennen und ggf. darauf bezogene Gestaltungsansätze zu deren Abbau empfehlen zu können.

Wir orientieren uns im Falle der Pflegeausbildung am folgenden Modell von Ressourcenquellen, die die jeweilige Ressourcenlage im Prozess der Durchführung wirksam beeinflussen:

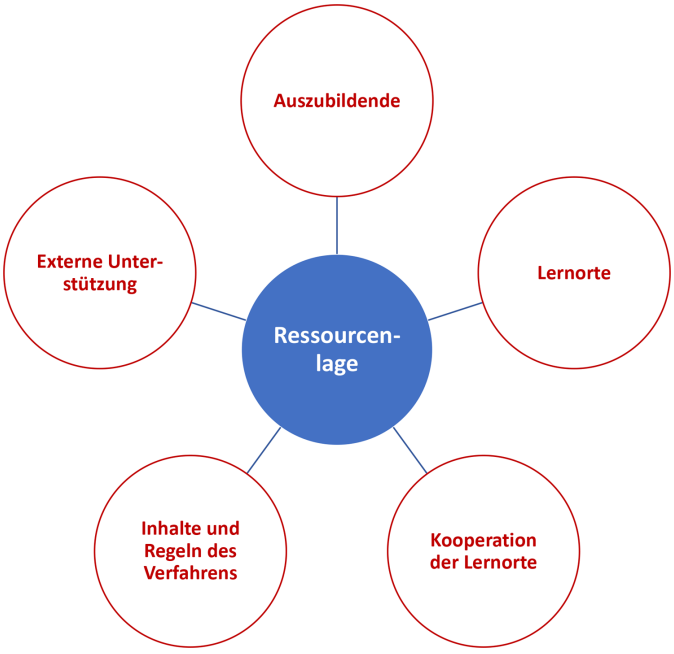


Abbildung 2: Ressourcenlage in der Pflegeausbildung (eigene Darstellung)

In diesem Beitrag können wir allerdings nicht sämtliche Ressourcenquellen in ihrer Bedeutung für die Ausbildungsqualität darstellen. Wir konzentrieren uns hier auf zwei unserer Ansicht nach besonders wichtige Quellen: Ressourcenausstattung von Auszubildenden und von Lernorten am Beispiel der Praxisanleitung.

3 Untersuchungsfeld und Methoden

Untersuchungsfeld

Die generalistische Pflegeausbildung kann bei Ausbildungsträgern (Pflegeunternehmen) in den drei großen Pflegebereichen „stationäre Akutpflege“, „stationäre Langzeitpflege“ und „ambulante Pflege“ absolviert werden. Diese haben entweder eine eigene Pflegeschule oder sie kooperieren mit Pflegeschulen, die nicht einem einzelnen Träger zugeordnet sind. Solche Kooperationen haben auch schon vor der Generalistik bestanden. Neu ist jetzt aber, dass die Schulen im Unterschied zur Zeit vor der Genera-

listik nun keine Altenpflege- oder Krankenpflegeschulen mehr sind, sondern allgemeine Pflegeschulen, die generalistisch für die gesamte Pflege ausbilden.

Neu ist im Land Bremen, wie auch in anderen Bundesländern (vgl. Wochnik 2022), dass sich ein Teil der Ausbildungsträger aus der Praxis und auch Pflegeschulen einem Ausbildungsverbund angeschlossen haben (oder mit diesem kooperieren), der insbesondere Organisations- und Koordinationsleistungen für sie übernimmt (z. B. die komplexe Organisation der Praxiseinsätze). Einige sind jedoch unabhängig geblieben und übernehmen die Ausbildungsorganisation (fast) vollständig allein.

Wir gehen davon aus, dass es – historisch und durch unterschiedliche Ausgangslagen bedingt (etwa in den Finanzierungsgrundlagen) – Unterschiede in der Ressourcenausstattung in den verschiedenen Bereichen der Pflege gibt, insbesondere zwischen der stationären Akutpflege und den anderen Pflegebereichen. Zudem sind Unterschiede in Abhängigkeit von der Größe der Ausbildungsbetriebe und Pflegeschulen (ehemalige Kranken- und ehemalige Altenpflegeschulen) sowie zwischen privaten Trägern und solchen, die zu einem Wohlfahrtsverband gehören, möglich oder sogar wahrscheinlich (z. B. durch unterschiedliche Organisationsressourcen). Da wir nicht alle Ausbildungsträger und Schulen qualitativ befragen können, haben wir unser qualitatives Analysesample so gestaltet, dass möglichst alle diese Unterschiede berücksichtigt werden können.

Methoden

Das Projekt erhebt in drei jährlichen Wellen jeweils um den Jahreswechsel herum (2021/22, 2022/23 und 2023/24) Daten zur generalistischen Pflegeausbildung und setzt diese Erhebungswellen in Beziehung zueinander, wobei jeweils qualitative und quantitative Erhebungen durchgeführt werden. Ein größerer Teil der qualitativen Ergebnisse, auf die wir hier zurückgreifen können, beruht auf der ersten Erhebungswelle. In der quantitativen Auswertung werden Zahlen aus der ersten und der zweiten Welle einbezogen.

a) qualitativ:

Die qualitative methodische Basis bilden zum einen Experteninterviews. Diese haben wir in der ersten Welle mit 29 betrieblichen und schulischen Vertretungen sowie Expertinnen und Experten übergeordneter Zusammenhänge geführt. Die 18 Praxisvertreter:innen haben verschiedene Positionen inne und arbeiten in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen, einer ambulanten Pflegeeinrichtung sowie in Kliniken. Elf Interviewpartner:innen aus den Pflegeschulen (Leitungen und Lehrkräfte) vertreten sowohl ehemalige Altenpflege- als auch ehemalige Krankenpflegeschulen. Es wurden sowohl größere als auch kleinere Schulen und Einrichtungen einbezogen. Ergänzend wurden fünf außerbetriebliche Expertinnen und Experten aus zuständigen Landesbehörden, Hochschulen und Verbünden interviewt.

Zum anderen werden Gespräche im Rahmen von Fokusgruppen mit Auszubildenden der generalistischen Pflegeausbildung geführt. In der ersten Welle fanden drei Fokusgruppen statt, mit jeweils drei bis sechs Teilnehmenden, die alle im Jahr 2021 ihre Ausbildung begonnen hatten und aus unterschiedlichen Pflegeschulen und -unter-

nehmen kamen. Diese Fokusgruppen hatten jeweils einen bestimmten thematischen Schwerpunkt: „Einstieg in die Ausbildung“, „Praxisanleitung“ und „Arbeitsqualität“.

Alle Interviews wurden leitfadengestützt geführt. Ihre Audioaufnahmen wurden anschließend protokolliert und inhaltsanalytisch in Anlehnung an Mayring (2022, S. 59 ff.) ausgewertet.

b) quantitativ:
Das Projekt führt pro Welle eine Onlinebefragung durch. Zur Teilnahme werden alle Auszubildenden der generalistischen Jahrgänge in Bremen aufgefordert. Die Onlinebefragung ist im Trenddesign organisiert, d. h., eine mehrfache Teilnahme der Auszubildenden über die drei Wellen hinweg ist ausdrücklich erwünscht. Eine individuelle Verknüpfung der Daten (wie bei einem Panel) ist jedoch nicht möglich. Die Auszubildenden werden über die Kursleitungen der Pflegeschulen auf die Befragung hingewiesen; oft können sie sogar im Rahmen sogenannter Organisationsstunden an der Befragung vor Ort teilnehmen. Da die Kurse zu unterschiedlichen Zeiten in den Schulen sind, bleibt eine Befragungswelle drei bis vier Monate online, der Start wird immer zum Jahresbeginn gesetzt.

Der Fragebogen deckt, neben einigen Fragen zur persönlichen Lage, die Einschätzungen der Auszubildenden zu folgenden Themen ab: Lernort Schule, Lernort Betrieb, Verknüpfung beider Lernorte, Unterstützungsangebote und Ausblick auf die Zeit nach der Ausbildung. Die hier präsentierten Ergebnisse stammen aus den ersten beiden Befragungswellen. In Welle 1 (Durchführung: erstes Quartal 2022) wurden 141 verwertbare Fragebögen gesammelt. In der zweiten Welle (Durchführung im ersten Quartal 2023) 186 Fragebögen. 33 Befragte der zweiten Welle gaben an, bereits an der ersten Welle teilgenommen zu haben. Für wellenübergreifende Auswertungen haben wir neue Fälle aus der zweiten Welle denen der ersten Welle hinzugefügt. Befragte, die angaben, dass sie bereits in der ersten Welle teilgenommen haben oder dazu keine Angabe machten (n = 3), wurden von den gemeinsamen Analysen ausgeschlossen, um „Doppelmeinungen“ zu vermeiden. Der aggregierte Datensatz verfügt daher über 291 individuelle Fälle, die in die Analysen für diesen Beitrag einbezogen wurden. In Anbetracht der geringen Fallzahl beschränken wir uns auf deskriptive Analysen. Ergebnisse der Onlinebefragung werden außerdem dazu genutzt, interessante Schwerpunktthemen für die folgenden Fokusgruppen zu identifizieren.

4 Erste Ergebnisse einer arbeitswissenschaftlichen Evaluation der generalistischen Pflegeausbildung im Land Bremen

Die neue generalistische Pflegeausbildung wird von vielen Beteiligten als Chance gesehen: So kann die Generalistik als eine Aufwertung der Altenpflege erlebt werden, wenn es durch einen feldübergreifenden Berufsabschluss zu einer Gleichberechtigung der Berufszweige kommt. Dieser eröffnet den Pflegekräften berufliche Möglichkeiten in allen drei Pflegebereichen. Wenngleich in den drei Pflegebereichen Unter-

schiede in den Gehältern vorzufinden sind, ist die Ausbildungsvergütung vergleichsweise hoch (vgl. BMFSFJ 2022; Schönfeld & Wenzelmann 2023, S. 13). Im Zuge der Einführung der Generalistik werden die Pflegebereiche jedoch vor Herausforderungen gestellt. Die Interviews verweisen auf Unterschiede bzgl. der Voraussetzungen und Aufwände bei der Umstrukturierung der Ausbildung.

4.1 Ressourcen und Herausforderungen der Auszubildenden

Grundsätzlich ist nach Ansicht der Ausbildungsbeteiligten in Schulen und Praxiseinrichtungen das Anforderungsniveau durch die generalistische Pflegeausbildung gestiegen. Als wesentliche Anforderungen an die neu ausgerichtete Pflegeausbildung werden hier das Erfassen von komplexen Zusammenhängen, das selbstständige Erschließen von Wissen, Kommunikationsfähigkeit, Lernbereitschaft und deutsche Sprachkompetenzen genannt. Diesen gestiegenen Anforderungen stehen auf der Seite der Auszubildenden zunehmend „Defizite" in den formalen Schulabschlüssen (bzw. tatsächlich abrufbaren Schulkenntnissen) im Bereich der Lern-, Sprach- und Sozialkompetenzen (allgemeine Ausbildungsfähigkeit) entgegen. Dadurch kommt es zu einem Ungleichgewicht zwischen den gestiegenen Ausbildungsanforderungen und „mitgebrachten" Ressourcen der Auszubildenden, das die Risiken einer vorzeitigen Beendigung der Ausbildung erhöht.

Schulabschlussniveaus

Die Schulabschlussniveaus der Auszubildenden sinken nach Angaben der interviewten Ausbildungsakteurinnen und -akteure schon seit einigen Jahren (Niveau des Schulabschlusses und Schulnoten). Diese Entwicklung ist in allen Pflegebereichen zu erkennen. Während die Gruppe der Abiturientinnen und Abiturienten in den ehemaligen Krankenpflegeschulen vor einigen Jahren noch dominierend war, nimmt deren Anteil kontinuierlich ab. Auch in den ehemaligen Altenpflegeschulen sinkt das Schulabschlussniveau der Auszubildenden. Damit fehlen zum Teil wichtige Kompetenzen für die Bewältigung der Ausbildung. In unserer quantitativen Befragung der Auszubildenden beträgt der Anteil der Abiturientinnen und Abiturienten unter denjenigen, die in Krankenhäusern lernen, 52 %. Weitere 40 % der Auszubildenden der Krankenhäuser haben einen mittleren Schulabschluss. Auszubildende der Altenpflegeeinrichtungen haben hingegen nur zu 28 % einen hohen und zu 51 % einen mittleren Bildungsabschluss. Der Anteil von Auszubildenden mit einem niedrigen Bildungsabschluss beträgt in der Altenpflege ein Fünftel und in den Krankenhäusern lediglich 8 %.

In der qualitativen Befragung zeigt sich ebenfalls eine stark unterschiedliche Ausrichtung der Schulabschlüsse auf die Pflegebereiche. Auszubildende mit Hauptschul- oder vergleichbarem Abschluss haben wohl nur in Altenpflegeeinrichtungen eine Chance:

> *„Ich weiß schon, wer den Bereich Altenpflege wählt. Die, die [...] keine Karriere von Anfang an machen wollen, bleiben auch unten auf dem Boden, denke ich. Oder die wirklich Sprachbarrieren haben, immer noch Defizite haben, in Wort und Schrift und schulisch, schwache schulische Leistungen haben."* (PDL, stationäre Langzeitpflege)

Umgekehrt sind Abiturientinnen und Abiturienten eher in der Ausbildung in Krankenhäusern zu finden. Im Rahmen der Interviews wird von einer Pflegedienstleitung aus der stationären Langzeitpflege erklärt, dass Bewerbungen von Abiturientinnen und Abiturienten mit Vorsicht bewertet würden:

> *„Ich bin jetzt auch dabei, wenn ich Bewerber kriege, wenn ich merke Abitur, Abitur abgeschlossen, sehr gutes Abschlusszeugnis, ob ich überhaupt einlade zum Vorstellungsgespräch oder nicht. Ich fokussiere mich jetzt mittlerweile – ich habe meine Erfahrungen gemacht – auf Menschen, die einen mittleren Schulabschluss erreicht haben mit Notendurchschnitt auch drei, vier würde auch gehen und das sind dann eventuell potenzielle Mitarbeiter für uns. Leider muss ich das so sagen. Ich kann gut ausgebildete, mit top Abschlüssen als Auszubildende beschäftigen, aber begrenzt, weil ich weiß, die gehen alle studieren. Und unser Ziel ist Mitarbeiter gewinnen. Das ist ein klares Ziel von uns."* (PDL, stationäre Langzeitpflege)

Sprachkompetenzen

Allgemeine Schwierigkeiten beim Lernen können zudem durch sprachliche Schwierigkeiten verstärkt werden. Als Zugangsvoraussetzung für die Ausbildung ist ein deutsches Sprachniveau von B2 erforderlich. Dieses Niveau wird in Schule und Praxis jedoch als nicht ausreichend beschrieben, zumal die tatsächlichen Sprachkompetenzen sich unterscheiden:

> *„B2 ist nicht gleich B2. Na gut, vielleicht ist B2 gleich B2, aber die Menschen, die diesen Kurs machen, nehmen natürlich Unterschiedliches mit."* (Schulleitung, ehemalige Krankenpflegeschule)

Zudem seien die sprachlichen Anforderungen mit der Einführung der Generalistik gestiegen. Bei Auszubildenden mit geringen Sprachkompetenzen bestehen große Sprachbarrieren insbesondere hinsichtlich der geschriebenen Sprache, welche sich auf ihre Leistungen in Schule und Praxis wesentlich auswirken. Fehlende Sprachkompetenzen führen dazu, dass betroffene Auszubildende mit dem Lernpensum in Schule wie Praxis nicht mithalten können. Dadurch ist das Risiko einer vorzeitigen Vertragslösung groß.

> *„Ich will das nicht pauschalisieren, aber es bleiben einige auf der Strecke."* (Standortleitung, ehemalige Altenpflegeschule)

Die Lerndefizite im Ausbildungsverlauf werden demzufolge immer größer. Die Anzahl der Auszubildenden, die erst kürzlich bzw. explizit für die Ausbildung nach Deutschland gekommen sind und sofort nach der Ankunft die Ausbildung beginnen, nimmt nach Angaben der Ausbildungsexpertinnen und -experten zu – und dadurch auch die Sprachprobleme. Das B2-Zertifikat als Voraussetzung für die Ausbildung vermittelt den Auszubildenden keine ausreichenden Sprachfähigkeiten. Diese können nur in der Anwendung entwickelt werden. Die Relevanz der Förderung von Sprachkompetenzen, insbesondere der geschriebenen Sprache, erhöht sich dadurch, wird aber bislang kaum systematisch angegangen.

Auch bei den Beteiligten an unserer Onlinebefragung zeigen sich diese Herausforderungen: Gut ein Fünftel der Befragten ist nicht in Deutschland aufgewachsen.

Der Großteil hiervon gab an, erst seit wenigen Jahren in Deutschland zu sein (seit 2019 oder später: 22 Auszubildende; weitere 28 Auszubildende kamen zwischen 2015 und 2018 nach Deutschland).

Grundlegende Fähigkeiten

Das durch die Ausbildungsreform eingeleitete Zusammenwachsen der unterschiedlichen Pflegebereiche zeigt unter den Auszubildenden der ersten Jahrgänge der Generalistik bereits Wirkung. Ausbildungsakteurinnen und -akteure aus Schule und Praxis der stationären Langzeitpflege berichteten in der ersten Welle unserer Erhebungen (2021/2022), dass Auszubildende der generalistischen Pflegeausbildung ein verbessertes Selbstbild aufweisen. Dazu gehört, dass Auszubildende sich bereits zu Beginn ihrer Ausbildung – im ersten Praxiseinsatz – mit der Pflege im Allgemeinen identifizieren:

> *„Die treten anders auf. Richtig selbstbewusster finde ich, gar nicht bescheiden. Ich bin Pflege. Ich lerne Pflegefachmann oder ich lerne Pflegefachfrau. Und auch motivierter."* (PDL, stationäre Langzeitpflege)

Lässt sich diese gelungene Identifikation mit der Ausbildung und dem Feld Pflege stabilisieren, kann sie sich als eine wertvolle Ressource erweisen, um auch schwierige Zeiten der Ausbildung meistern zu können.

In der Onlinebefragung der Auszubildenden zeigt sich zudem in Bezug auf das Zurechtkommen sowohl in der Schule als auch in der Praxis zumindest auf den ersten Blick ein positives Bild: 90 % der Teilnehmenden geben an, im Schulunterricht immer oder oft gut mitzukommen, und 92 % geben an, in den Praxiseinsätzen immer oder oft gut klarzukommen. Allerdings wird dieser positive Eindruck relativiert, wenn man den zweiten Blick auf Details richtet. Hier zeigt sich, dass auch für den Ausbildungsteil in der Schule gilt, dass Zeitmangel und Prüfungsdruck keine Seltenheit sind: Mehr als ein Viertel der Befragten gibt an, dass sie selten oder sogar nie genug Zeit für die Bearbeitung von Aufgaben für die Schule haben.

Außerdem zeigt sich eine Gefahr des Lehrkräftemangels in den Schulen für die Ausbildung: nur 12 % der Befragten geben an, dass Unterricht nachgeholt wird, wenn er zuvor ausfallen musste. Die meisten bekommen hingegen eigenständig zu bearbeitende Aufgaben oder müssen sich den Stoff ohne Unterstützung erarbeiten.

4.2 Ressourcen und Herausforderungen der Praxisanleitung

Der Umfang der nachzuweisenden Praxisanleitungszeit für die Auszubildenden ist im Pflegeberufegesetz auf 10 % im Praxiseinsatz festgelegt (§ 6 Absatz 3 Satz 3 PflBG[4]). Die Konkretisierung der Anleitungszeit fordert die Krankenhäuser weniger heraus, die schon in der „alten" Krankenpflegeausbildung meist die Struktur und den Umfang der Praxisanleitung ausgebaut hatten.

Anders sieht die Situation in der stationären Langzeitpflege und in der ambulanten Pflege aus. Hier erfordern die neuen Vorgaben einen erheblichen Ausbau der Pra-

4 Gesetz zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz – PflBRefG). Artikel 1. Gesetz über die Pflegeberufe (Pflegeberufegesetz – PflBG). Vom 17. Juli 2017. Bundesgesetzblatt Jahrgang 2017 Teil I Nr. 49, ausgegeben zu Bonn am 24. Juli 2017, 2581.

xisanleitung. Aufgrund von Personalmangel und zum Teil geringen finanziellen sowie strukturellen Ressourcen stehen die Praxiseinrichtungen vor großen Herausforderungen. Derzeit unterscheiden sich in den Einrichtungen die Anzahl und die Organisation der Praxisanleitung. Vor allem aber fehlt es an Verlässlichkeit der Umsetzung, hinzu kommen generelle Probleme der Umsetzbarkeit. Ursache ist sowohl der allgemeine Fachkräftemangel als auch das Fehlen von zur Praxisanleitung weitergebildeten Fachkräften. Hinzu kommt, dass die Logistik des Einsatzes von Auszubildenden deutlich aufwendiger ist, da zum Teil unterschiedliche Auszubildende mit unterschiedlichen Ausbildungsständen anzuleiten seien:

> *„Für viele ist es eine Herausforderung, das bekomme ich immer wieder in Gesprächen mit. […] In kleineren Betrieben sagen die Praxisanleiter, ja sie werden jetzt 10 Prozent sozusagen freigestellt, so ist der Wunsch und die Realität sieht dann doch anders aus. […] Es geht nicht darum, wie es früher mal gewesen ist, komm mal mit, ich zeig' dir mal was. Sondern die Ausbildungsprüfungsverordnung sieht vor, dass Praxisanleitung geplant und strukturiert ablaufen soll. […] Da hinkt die Praxis noch ein bisschen hinterher. […] Das ist eine ganz schön große Herausforderung."* (Schulleitung, ehem. Altenpflege)

Diese Probleme sind für die Ausbildungsqualität am Lernort Praxis von großer Bedeutung. Neben der fachlichen Anleitung strukturieren und organisieren Praxisanleitungen die Ausbildung in den Einrichtungen und sind auch für die Koordination und Kommunikation zwischen den Lernorten Schule und Praxis zuständig.

In der Praxis kommen verschiedene Umsetzungsmodelle der Praxisanleitung vor. Grob kann zwischen dezentralen und zentralen Praxisanleitungen unterschieden werden. Die dezentralen Praxisanleitungen arbeiten selbst in der Pflege und üben die Praxisanleitung nur mit einem Teil ihres Stellenumfangs aus. Zentrale Praxisanleitungen sind nicht auf den Stationen im Pflegeeinsatz, sondern sind allein für (übergeordnete) Praxisanleitung zuständig. Sie kommen zu diesem Zweck zu vorab geplanten Einsätzen mit einzelnen Auszubildenden oder mit einer Gruppe von Auszubildenden. In manchen Einrichtungen gibt es nur zentrale oder dezentrale Praxisanleitungen, immer häufiger – und insbesondere in der stationären Akutpflege – wird ein Modell der Kombination von zentraler und dezentraler Praxisanleitung umgesetzt. Hierbei kommt es wiederum zu unterschiedlichen Kooperationsmodellen der dezentralen und zentralen Praxisanleitungen. Obwohl viele Einrichtungen der stationären Langzeitpflege und der ambulanten Pflege derzeit versuchen, die Praxisanleitung umfänglicher und systematischer aufzubauen, lässt sich sagen, dass es überwiegend in diesen Pflegesettings zu Problemen kommt – insbesondere fehlen hier oft noch zentrale Praxisanleitungen, vor allem in kleineren Einrichtungen. Fehlende Einheitlichkeit ist dabei nicht nur zwischen, sondern teilweise auch innerhalb der Organisationen (bzgl. Funktion, Begrifflichkeiten) ein Thema.

Den Auszubildenden ist es nach eigenem Bekunden in der Fokusgruppe zwar nicht so wichtig, ob es sich um eine zentrale oder dezentrale Praxisanleitung handelt. Wichtiger sei die verlässliche Durchführung und dass die Praxisanleitung über den Stand der Auszubildenden unterrichtet ist, man sich vielleicht sogar schon kenne. Verschiedene Ausbildungsbeteiligte berichteten aber, dass im Alltag die zentrale Pra-

xisanleitung zuverlässiger sei als die dezentrale, weil auf den Stationen und in den Bereichen bei Personalmangel die Praxisanleitung immer hinter der Versorgung der Patientinnen und Patienten zurückstehen müsse. In einigen Einrichtungen scheint es auch Schwierigkeiten zu geben, die anleitende Pflegekraft in der gleichen Schicht mit den Auszubildenden einzusetzen. Da die zentrale Praxisanleitung erst gar nicht in den Pflegedienstplan eingeplant sei, kämen bei ihr daher auch nur sehr viel seltener Ausfälle der Praxisanleitung vor.

Auch die Onlinebefragung zeigt, dass Auszubildende, die in einem Praxisbetrieb lernen, der keine zentrale Praxisanleitung stellen kann, vom Ressourcenmangel besonders schwer betroffen sind. Über die Hälfte der Befragten gab an, dass die Anleitung durch dezentrale Praxisanleitungen besonders problematisch sei, da es oft an Zeit dafür mangele (für zentrale Praxisanleitungen gibt dies „nur" knapp ein Drittel der Befragten an).

Insgesamt lässt sich festhalten, dass aufgrund der Qualitäts-, Quantitäts- und Zuverlässigkeitsprobleme der Praxisanleitung ein zentraler Qualitätsanker der Ausbildung bedroht ist – insbesondere in den Pflegesettings außerhalb der Krankenhäuser. Auszubildende bemerken diesen Mangel auf der einen Seite und bemerken auch die Vorteile einer besseren Anleitung in der stationären Akutpflege. Eine gute Praxisanleitung spiegelt für sie auch die Wertschätzung der Ausbildung in einer Organisation, was hinsichtlich der Wahl des späteren Tätigkeitsfeldes eine Reklame sein dürfte.

5 Fazit und Ausblick

Zu den positiven Aspekten der Arbeitsqualität in der neuen Pflegeausbildung zählt zunächst die Tatsache, dass viele Auszubildende angeben, in Schule und Praxis gut zurechtzukommen. Zudem fällt die verbreitet gelungene Identifikation der Auszubildenden mit dem gesamten Feld „Pflege" positiv auf. Unabhängig davon, wo das eigene spätere Tätigkeitsfeld gesehen wird, scheint die generalistische Ausbildung zumindest bei den Auszubildenden selbst akzeptiert. Andere Ausbildungsbeteiligte – insbesondere in der Praxis – benötigen für diese Identifikationsleistung aufgrund ihrer Prägung durch vorangegangene Ausbildungsgänge vielleicht in Teilen noch etwas länger. Aber generell ist über alle Lernorte und Ausbildungsbeteiligte hinweg ein sehr großes Engagement für eine gelingende generalistische Ausbildung zu erkennen. Gerade in den Feldern, die bislang als Nachzügler guter Arbeitsbedingungen galten, ist das Bemühen zu erkennen, die Ausbildungsbedingungen zu verbessern, um als Pflegebereich in der Konkurrenz um Auszubildende mithalten zu können. Insbesondere das Engagement für den Ausbau der Praxisanleitung ist in der stationären Langzeitpflege und der ambulanten Pflege erstaunlich.

Die positiven Eindrücke sollten jedoch nicht verdecken, dass es noch große Herausforderungen gibt, um allen Auszubildenden unabhängig von ihren mitgebrachten Ressourcen und den Lernorten ihrer Ausbildung eine möglichst gute Ausbildungsqualität bieten zu können. Resümierend lässt sich festhalten, dass es Indikatoren für eine Ungleichheitsdynamik gibt: Je weniger individuelle Ressourcen Auszubildende mit-

bringen, desto geringer scheinen ihre Aussichten zu sein, an einen ressourcenstarken Lernort zu kommen (und umgekehrt). Das führt einerseits zu einer Kumulation von Ressourcen für eine gute Ausbildungsqualität bei Auszubildenden (z. B. guter und hoher Schulabschluss, gute Sprachkompetenzen, organisatorisch und von der Ausstattung her gute Lernorte). Auf der anderen Seite kumulieren die Ressourcenprobleme (z. B. schlechterer und niedrigerer Schulabschluss, geringere Sprachkompetenzen, Lernorte mit großen Nachholbedarfen in der neuen Ausbildungsorganisation und -praxis).

Zu bedenken sind die daraus möglicherweise resultierenden Folgeprobleme. Auf der individuellen Ebene erhöhen sich bei schlechterer Ressourcenlage mit großer Wahrscheinlichkeit die Risiken für den Abbruch der Ausbildung (auch wenn wir auf Basis unserer Daten dazu keine direkten Belege liefern können). Viele Expertinnen und Experten gerade aus den Pflegeschulen weisen darauf hin, dass „lernschwächere" Auszubildende und solche mit unzureichenden Deutschkenntnissen bereits während der Probezeit aus der Ausbildung aussteigen oder im weiteren Verlauf der Ausbildung zunehmende Lernrückstände aufbauen, die auch noch später zum Ausscheiden führen (können). Zudem werden die Chancen auf einen guten Abschluss sinken, insbesondere in den Theorieprüfungen. Und schließlich kann auch ohne Vertragslösung am Ende das Problem stehen, dass die Abschlussprüfungen nicht bestanden werden. Der angestrebte Status „Pflegefachkraft" würde dann nicht erreicht. Ggf. bliebe nach dreijähriger Ausbildung dann möglicherweise noch ein Hilfskraftabschluss, wenn die Prüfungen hierfür angeboten und bestanden werden. Dann könnte der oder die Auszubildende zwar unter Umständen weiter in der Pflege gehalten werden, aber nicht auf dem gleichen Niveau, und das nach (hierfür) langer Ausbildungsdauer, mit Scheiternserfahrungen und mit geringeren Entwicklungsperspektiven.

Auf der Mesoebene haben die Ausbildungsorte mit schlechterer Ausbildungsqualität unter Umständen das Nachsehen dabei, die frisch ausgebildeten Fachkräfte im eigenen Betrieb halten zu können. So präferierten über zwei Drittel der Auszubildenden in der Onlinebefragung als Arbeitsort nach der Ausbildung die stationäre Akutpflege. Selbst Auszubildende, deren Ausbildungsbetrieb in der stationären Langzeitpflege verortet ist, bevorzugen zu 45 % das Krankenhaus als späteres Tätigkeitsfeld.[5] Auf der Makroebene führt das möglicherweise zu einer sehr ungleichen zukünftigen Verteilung der Fachkräfte zwischen der stationären Akutpflege einerseits und den anderen Pflegesettings andererseits.

Um die Herausforderungen ungleicher Ressourcenverteilungen in der Pflegeausbildung angehen zu können, bedarf es einer Ressourcenstärkung insbesondere der Auszubildenden mit schlechteren Startchancen und der Ausbildungsorte mit schlechterer Ausstattung. Ansonsten werden diese Auszubildenden und Ausbildungsorte in ein Rennen geschickt, dass sie nicht nur nicht gewinnen können, sondern bei dem schon die Zielerreichung trotz großen Kraftaufwandes schwierig werden kann. Hierzu zwei Vorschläge:

5 Zu einem ähnlichen Ergebnis kommt auch ver.di (2022, S. 18): Hier geben sogar gut 75 % der Auszubildenden in der generalistischen Pflegeausbildung an, nach ihrem Berufsabschluss im Krankenhaus arbeiten zu wollen.

a) Förderung von Sprachkompetenzen (ggf. ergänzt um Ausbildungsfähigkeit)
Die möglichst *vor* der Ausbildung gewährleistete Entwicklung ausreichender Sprachkompetenzen ist unseres Erachtens von essenzieller Bedeutung für die steigende Zahl von Auszubildenden, die Deutsch nicht als Muttersprache erlernt haben, insbesondere dann, wenn sie erst kurz vor der Ausbildung nach Deutschland gekommen sind. Unsere Gespräche mit Expertinnen und Experten zeigen, dass es über die Voraussetzung eines B2-Niveau-Sprachzertifikats derzeit kein einheitliches Konzept zur Erfassung von Sprachkompetenzen der Auszubildenden und keine daran angepasste Ableitung von Förderbedarfen bzw. angepasste Sprachförderung in Bremen gibt. Sinnvoll wäre ein sprachliches Assessment während des Bewerbungsprozesses sowie ein *regelhaftes* Sprachförderangebot *vor* der Ausbildung und ggf. in die Ausbildung hinein begleitend. Damit wären die Pflegeschulen allein aber zu einem großen Teil überfordert, sowohl von ihren eigenen Kompetenzen und Personalressourcen als auch von den Möglichkeiten der Durchführung her. Daher wäre ein *übergeordnetes* Konzept einschließlich einer übergeordneten Durchführung von Assessment und Maßnahmenorganisation sowie -finanzierung vorzusehen. Dabei ist im Blick zu behalten, dass die Bewerber:innen schon während der Maßnahme (und damit vor Ausbildungsbeginn) mit dem Ausbildungsbetrieb in Verbindung stehen sollten. Sie könnten auch bereits die Zusage für einen Ausbildungsvertrag erhalten, der unter dem Vorbehalt eines erfolgreichen Abschlusses der Sprachförderung steht[6]. Bei Auszubildenden, deren Aufenthaltsstatus mit der Ausbildungszeit verknüpft ist, müsste eine Ausweitung der Aufenthaltsdauer ermöglicht werden.

b) Praxisanleitung ausbauen:
Der Personalmangel in der Praxisanleitung könnte auf der einen Seite mit einem größeren finanziellen Anreiz für diese Tätigkeit, die eine Weiterbildung im Umfang von 300 Stunden voraussetzt, angegangen werden. Auf der anderen Seite könnte geprüft werden, ob der Überforderung vieler (insbesondere kleinerer und finanziell weniger leistungsfähiger) Einrichtungen beim Aufbau einer quantitativ ausreichenden, qualitativ guten und möglichst zuverlässigen (zentralen) Praxisanleitung durch die Bildung eines überbetrieblichen Pools von Anleitungen im Rahmen eines Kooperationsverbundes begegnet werden kann. Hier könnten Praxisanleitungen im Falle eigener Personalausfälle einspringen; oder Einrichtungen halten eigene dezentrale Praxisanleitungen vor, ergänzen diese aber durch zentrale Praxisanleitung aus dem Pool (z. B. für intensive Anleitungen). Allerdings zeigen erste Versuche der Umsetzung von Pool-Lösungen größere, insbesondere arbeitsrechtliche Herausforderungen.

Mit diesen zwei Lösungsoptionen, die praktisch zu entwickeln wären, lassen sich bei Weitem nicht alle Herausforderungen lösen (insbesondere nicht der Personalmangel an allen Schulen und Praxiseinrichtungen). Aber vielleicht könnten sie ein Anfang

6 Die Sprachförderung vor der Ausbildung sollte mit der weiteren Sprachförderung in der Ausbildung verbunden werden – ebenso mit der sprachsensiblen Gestaltung der aufnehmenden Strukturen, zu denen insbesondere die Unterrichtsgestaltung zählt. Ein Modellkonzept für die sprachsensible Unterrichtsgestaltung wird derzeit in einem Teilprojekt des Projekts „Transitionen in die Pflege – individuelle und regionale Ressourcen stärken (TiP-regio)“ entwickelt (vgl. Daase, Bauer & Willaredt 2023), vgl. hierzu den Beitrag von Daase & Fleiner in diesem Band, S. 339–355.

sein. Auf der Seite der Bundesländer, die für die praktische Regulierung der Pflegeausbildung zuständig sind, erfordert ein verstärktes Engagement für den Aufbau übergeordneter Unterstützungsstrukturen natürlich einen stark erhöhten Mitteleinsatz und eine neue Ausrichtung. Waren bislang die Schulen und Praxiseinrichtungen für viele Unterstützungsansätze zuständig, würde die öffentliche Hand nun zuständig für unverzichtbare Basisangebote, die viele einzelne Ausbildungsträger überfordern und zu gravierenden Ungleichheiten in den Chancen für eine gute Ausbildungsqualität führen. Das wäre eine wichtige Voraussetzung dafür, dass die generalistisch ausgerichtete Berufereform auch „generalistisch" alle Auszubildenden und Ausbildungsorte „mitnehmen" und zu einem Erfolg werden kann.

Im letzten Jahr unserer Evaluation der generalistischen Pflegeausbildung im Land Bremen werden wir nicht nur die dritte Erhebungswelle durchführen und auswerten, sondern insbesondere auch – möglichst mit Akteurinnen und Akteuren aus dem Feld – an der Konzeption übergreifender Unterstützungsstrukturen für nichtstaatliche Pflegeschulen arbeiten.

Literatur

Benedix, U. & Kathmann, T. (2019). Neue Wege der Pflegeausbildung. Anspruch und Leistungen der Pflegeberufereform für die Attraktivität der Pflegearbeit. *Reihe Arbeit und Wirtschaft in Bremen,* 2019(29). Verfügbar unter https://iaw.uni-bremen.de/f/5622a46173.pdf (Zugriff am: 25.08.2023).

Bundesministerium für Familien, Soziales, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2022). *Die Ausbildungsvergütung*. Verfügbar unter https://www.pflegeausbildung.net/alles-zur-ausbildung/verguetung-und-finanzierung.html (Zugriff am: 05.04.2023).

Daase, A., Bauer, P. & Willaredt, A. (2023). Gut in den Beruf starten. Pflegeausbildung in der Migrationsgesellschaft. *Die Schwester Der Pfleger*, 2023(4), S. 68–71.

Ducki, A. & Kalytta, T. (2006). Gibt es einen Ressourcenkern? Überlegungen zur Funktionalität von Ressourcen. *Wirtschaftspsychologie*, 8(2/3), S. 30–39.

Ebbinghaus, M., Krewerth, A., Flemming, S., Beicht, U., Eberhard, V. Granato, M., Rothe, C. & Gei, J. (2010). *Gemeinsamer Abschlussbericht. BIBB-Forschungsverbund zur Ausbildungsqualität in Deutschland & Qualitätssicherung in Ausbildung aus Sicht der betrieblichen der Auszubildenden Berufsausbildung. Laufzeit I/2007 – IV/2009*. Verfügbar unter https://www.bibb.de/dienst/dapro/daprodocs/pdf/eb_22201.pdf (Zugriff am: 13.02.2023).

Ebbinghaus, M. & Rothe, C. (2009). Ideal und Realität Betrieblicher Ausbildungsqualität: Sichtweisen ausbildender Betriebe. *Wissenschaftliche Diskussionspapiere*, 109.

Friemer, A. & Bleses, P. (2018). Qualität in der Berufsausbildung: Ergebnisse einer Befragung unter Akteuren im Bildungsprozess ausgewählter Ausbildungsberufe im Land Bremen. *Reihe Arbeit und Wirtschaft in Bremen*, 2018(27). Verfügbar unter https://iaw.uni-bremen.de/f/6e9c6fdb6f.pdf (Zugriff am: 25.08.2023).

Huter, K., Becker, L., Kalwitzki, T. & Rothgang, H. (2022). *Aktualisierung des Gesundheitsberufe-Monitorings und der Bedarfsvorausschätzung für ausgewählte Gesundheitsberufe im Land Bremen: Gutachten im Auftrag der Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz*. Bremen: Uni Bremen Campus GmbH, UBC-Zentrum für Sozialpolitik.

Klotz, V. K., Rausch, A., Geigle, S. & Seifried, J. (2017). Ausbildungsqualität – Theoretische Modellierungen und Analyse ausgewählter Befragungsinstrumente. *Berufs- und Wirtschaftspädagogik online*, Mai 2017 (Profil 5). Verfügbar unter http://www.bwpat.de/profil5/klotz_etal_profil5.pdf (Zugriff am: 25.08.2023).

Mayring, P. (2022). Techniken qualitativer Inhaltsanalyse. In P. Mayring (Hg.), *Qualitative Inhaltsanalyse*, S. 49–107. Weinheim: Beltz Verlagsgruppe.

Mirbach, H. (2009). Qualität in der beruflichen Bildung – zur Auslegung des Qualitätsbegriffs. In H. D. Münk & R. Weiß (Hg.), *Qualität in der beruflichen Bildung. Forschungsergebnisse und Desiderate. Berichte zur beruflichen Bildung*, S. 59–68. Bielefeld: W. Bertelsmann Verlag GmbH & Co. KG.

Neuber-Pohl, C. (2017). Das Pflege- und Gesundheitspersonal wird knapper. *BWP – Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis*, 46(1), S. 4–5.

Rothgang, H. (2020). *Ein Maß für den Personalbedarf*. Berlin: G+G-digital.

Schönfeld, G. & Wenzelmann, F. (2023). *Tarifliche Ausbildungsvergütungen 2022: Erstmals im Durchschnitt über 1.000 Euro – Anstieg aber unterhalb der Inflationsrate*. Bonn: Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB).

Statistisches Bundesamt (2021). *Löhne in der Pflege: Bruttoverdienste von Fachkräften in Krankenhäusern und Heimen 2020 rund ein Drittel höher als 2010, Pressemitteilung Nr. N 032 vom 11. Mai 2021*. Verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2021/05/PD21_N032_622.html (Zugriff am: 05.04.2023).

Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di) (2022). *Ausbildungsreport Pflegeberufe 2021*. Verfügbar unter https://jugend.dgb.de/++co++db18e0ec-544b-11ed-b7cb-001a4a16011a (Zugriff am: 25.08.2023).

Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di) (2018). Fachkräfte-Ausbildung: Ende vor dem Abschluss. *drei.65*, 2018(65), S. 1.

Wochnik, M. (2022). *BIBB Begleitforschung – Ergebnisse Ausbildungsverbünde*. 6. Dezember 2022. Verfügbar unter https://prezi.com/view/2h9gu0ru6mUjbIbiHLcA/ (Zugriff am: 13.09.2023).

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1 Ausbildungsqualität im Ausbildungsprozess 198

Abb. 2 Ressourcenlage in der Pflegeausbildung 199

Autorinnen und Autor



Lena Becker-Pülm, M. A. Gerontologie, arbeitet seit 2022 als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut Arbeit und Wirtschaft der Universität und Arbeitnehmerkammer Bremen. Ihr Forschungsschwerpunkt ist die Qualifikation von Beschäftigten in der Pflege, hierbei insbesondere die Betrachtung der Weiterbildung aus einer Lebens- und Erwerbsverlaufsperspektive.
Kontakt: lbecker@uni-bremen.de



Dr. **Peter Bleses,** Dipl.-Politologe, ist Leiter der Forschungsabteilung II „Perspektiven nachhaltiger Beschäftigungsfähigkeit“ am Institut Arbeit und Wirtschaft der Universität und Arbeitnehmerkammer Bremen. Seine Schwerpunkte sind die Arbeits- und Organisationsforschung insbesondere in den sozialen Dienstleistungen vor allem mit Fokus auf Arbeits- und Ausbildungsqualität.
Kontakt: pbleses@uni-bremen.de



Dr. **Britta Busse**, Dipl.-Soz., arbeitet seit 2016 als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut Arbeit und Wirtschaft der Universität und Arbeitnehmerkammer Bremen. Ihre Lehr- und Forschungsschwerpunkte sind Methoden der Empirischen Sozialforschung sowie Arbeits- und Organisationssoziologie mit Schwerpunkten in der Digitalisierung und Fachkräfteengpässen.
Kontakt: bbusse@uni-bremen.de



Friederike Mahnken, Bachelorstudentin der Universität Bremen in Public Health und studentische Hilfskraft am Institut Arbeit und Wirtschaft der Universität und Arbeitnehmerkammer Bremen.
Kontakt: fmahnken@uni-bremen.de



Cora Zenz, M. A. Public Health, arbeitet seit 2017 als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut Arbeit und Wirtschaft der Universität und Arbeitnehmerkammer Bremen. Ihr Forschungsschwerpunkt ist Arbeit und Gesundheit, u. a. die Ausbildungsqualität der Pflege im Land Bremen. In ihrer Promotion beschäftigt sie sich mit sozialer Unterstützung bei Interaktionsarbeit.
Kontakt: c.zenz@uni-bremen.de

Fachliche Perspektiven auf die Praxisanleitung in der generalistischen Pflegeausbildung: Eine Verortung impliziten Wissens

Antje Krause-Zenß, Elena Tsarouha, Markus Wochnik, Kristina Greißl

Abstract

Das Pflegeberufegesetz (PflBG) ist 2020 in Kraft getreten und damit einhergehend wird die generalistische Pflegeausbildung umgesetzt. Es liegen umfangreiche Empfehlungen der Fachkommission für den theoretischen und praktischen Unterricht (Rahmenlehrplan) sowie für die praktische Pflegeausbildung (Rahmenausbildungsplan) vor. Im Fokus stehen Kompetenz- und Situationsbezug, die sich in Curricula und Lernaufgaben widerspiegeln sollen. Kritik am Rahmenausbildungsplan gibt es mit Blick auf die Anbahnung impliziten Wissens. Kritisiert wird, dass Aufgabenstellungen vor allem auf kognitive Prozesse referieren. Vor diesem Hintergrund werden fachliche Priorisierungen von Praxisanleitenden im Rahmen der Praxisanleitung vorgestellt. Abschließend wird die Bedeutung impliziten Wissens in der Pflege diskutiert und es werden Implikationen für Lehr-/Lernarrangements für die Praxisanleitung abgeleitet.

Schlagworte: Generalistische Pflegeausbildung, Implizites Wissen, Praxisanleitung, Reflexion

The Nursing Professions Act (Pflegeberufegesetz) came into force in 2020 and the generalist nursing training is being implemented along with it. A commission of experts made comprehensive recommendations for theoretical and practical teaching (framework curriculum) as well as for practical nursing training (framework training plan). The focus lies on competence and situational reference, which should be reflected in curricula and learning tasks. There is criticism of the framework training plan regarding to the acquisition of implicit knowledge. It is criticized that tasks refer primarily to cognitive processes. In this context, professional prioritizations of nursing instructors within the framework of nursing instructions are presented. Finally, the importance of tacit knowledge in nursing is discussed and implications for teaching/learning arrangements for nursing instructions are derived.

Keywords: Generalist Nursing Education, Implicit Knowledge, Nursing Instructions, Reflection

1 Einführung

Im Zuge der Pflegeberufereform findet derzeit eine umfangreiche Transformation der Pflegeausbildung statt. Den veränderten Anforderungen in der Patientenversorgung soll die neue Pflegeausbildung mit einer generalistischen Ausrichtung Rechnung tragen. Die generalistische Pflegeausbildung setzt hohe Ansprüche an alle Beteiligten, auch an das betriebliche Berufsbildungspersonal, und sie stärkt die Rolle der Praxisanleitung im Ausbildungskontext (vgl. Reiber u. a. 2022, S. 30). Neben einer quantitativ festgelegten Anleitungszeit in den Praxiseinsätzen (10 % geplante und strukturierte Praxisanleitung, § 4 PflAPrV[1]) soll die Ausbildung und somit auch die Praxisanleitung auf Kompetenzen ausgerichtet und an Situationen orientiert sein (vgl. Fachkommission nach § 53 PflBG 2020a, S. 11). Im Rahmen verlaufsorientierter Praxisanleitungen in den verschiedenen Einsatzarten (Orientierungs-, Pflicht-, Vertiefungseinsätze) ist dies individuell auszugestalten. Dabei sind die Lernpotenziale der jeweiligen Einsatzorte zu berücksichtigen und die Auszubildenden gemäß ihren individuellen Kompetenzen und den übergeordneten Ausbildungszielen zu fördern (§ 3 PflAPrV). Um eine wissenschaftlich fundierte Kompetenzentwicklung als Teil des Pflegeverständnisses anbahnen zu können, benötigen Praxisanleitende als Lehrende in der Praxis zunächst selbst entsprechende Kompetenzen (vgl. Tschupke & Meyer 2020, S. 28) und darüber hinaus notwendige didaktische Kenntnisse. Der vorliegende Beitrag fokussiert vor dem Hintergrund des Anspruches auf den Erwerb hermeneutischer Fallkompetenz die Rolle impliziter Wissensbestände und verknüpft sie mit der Frage, wie sich diese in der fachlichen und didaktischen Orientierung von Praxisanleitenden darstellt. Die hermeneutische Fallkompetenz zeichnet sich durch die Kompetenz aus, den Fall situativ in seiner eigenen Sprache und Logik zu verstehen, Regelwissen an die Spezifik des jeweiligen Falles anzupassen (vgl. Greb 2010, S. 198) und impliziert die „Entwicklung der Fähigkeit, mit subjektiven Theorien reflexiv umgehen zu können und diese mit wissenschaftlichen Theorien anzureichern, ggf. auch zu verändern" (Ertl-Schmuck & Altmeppen 2018, S. 35). Im Rahmen dieses Bildungsprozesses „kann ein wissenschaftlich-reflexiver Habitus angebahnt werden, der die Voraussetzung für eine reflektierte Berufspraxis bildet" (ebd.) Wenn die Praxisanleitenden in diesem Sinne betriebliche Bildungsprozesse gestalten, ermöglichen sie den Auszubildenden die Entwicklung der intendierten Fallkompetenz.

Die Praxisanleitenden nehmen in der generalistischen Ausbildung eine zentrale Rolle ein. Dies zeigt sich am im Gegensatz zur vorherigen Ausbildung erweiterten Aufgabenspektrum, das häufig auch mit der Wahrnehmung größerer Verantwortung einhergeht, gerade bei hauptamtlich tätigen Praxisanleitenden (vgl. Tsarouha u. a. 2023, S. 104). Sie sind gefordert, die Lehrtätigkeit in Form der strukturierten und geplanten Praxisanleitung nach aktuellen wissenschaftlichen Standards durchzuführen. Die Auszubildenden sollen fachliche und überfachliche Kompetenzen entwickeln, um Transferleistungen im pflegerischen Handeln erbringen zu können und in die Pflege-

1 Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (Pflegeberufe-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung – PflAPrV)* vom 2. Oktober 2018. Bundesgesetzblatt Jahrgang 2018 Teil I Nr. 34, ausgegeben zu Bonn am 10. Oktober 2018.

planung alle pflegerisch relevanten Aspekte eines zu pflegenden Menschen einzubeziehen. Die Empfehlungen der Fachkommission präferieren hierbei kognitiv-analytische Herangehensweisen. Nicht das gesamte Wissen und Können wird jedoch über wissenschaftliches und rational generierbares Wissen und entsprechendes Vorgehen erlangt.

Eine wichtige Grundlage für die folgenden Ausführungen bildet die Unterscheidung zwischen explizierbarem und nicht explizierbarem Wissen. Wenn im Folgenden von wissenschaftlichem, rational generierbarem, evidenzbasiertem oder objektivierbarem Wissen die Rede ist, sind explizite Wissensbestände gemeint. Sie referieren auf solches Wissen, welches verbalisierbar, dokumentierbar sowie wissenschaftlich und kognitiv herleitbar ist.

Da jeder Mensch und jede Pflegesituation einzigartig sind, muss für jede Situation eine angepasste Lösung gefunden werden, für die evidenzbasiertes wissenschaftliches Wissen allein nicht ausreichend ist. An dieser Stelle wird eine Form der Wissensgenerierung über Erfahrungen relevant. Oft entzieht sich diese einem rationalen Zugang und kann schwer verbalisiert oder dokumentiert werden, dennoch ist sie für die Anbahnung hermeneutischer Fallkompetenz von großer Bedeutung. Am ehesten findet sie ihren Ausdruck in Kontexten des impliziten Wissens. Das zentrale Anliegen dieses Beitrages ist es, die Rolle des impliziten Wissens im Lernprozess und deren Ausdruck in der Umsetzung von Praxisanleitung zu zeigen. Vor dem Hintergrund der generalistischen Pflegeausbildung und ihrer didaktischen Implikationen soll die Frage gestellt werden, ob und wie Aspekte zum Erwerb impliziten Wissens stärker Eingang in die Praxisanleitung finden können (oder müssen?).

2 Hintergrund

Die Empfehlungen der Rahmenpläne der Fachkommission orientieren sich verglichen mit der vorherigen Ausbildung konsequent am Kompetenz- und Situationsbezug, an dem die Pflegeschulen und Praxiseinrichtungen ihre Curricula und Lernaufgaben ausrichten (sollen). Die Auszubildenden sollen über diese Neuausrichtung die unterschiedlichen Handlungsprozesse in Lernprozessen reflektieren und sukzessive hermeneutische Fallkompetenz anbahnen, „indem authentisches Fallmaterial von den Lernenden in seiner Vielschichtigkeit und Komplexität gedeutet wird und in der Verschränkung mit wissenschaftlichem Wissen Deutungsalternativen ermittelt werden“ (Fachkommission nach § 53 PflBG 2020b, S. 10). Die „hermeneutische Fallkompetenz“ verweist dabei auf ein individualisiertes und kontextbezogenes Pflegehandeln. Dieses steht in vielerlei Hinsicht einer standardisierten, sogenannten Regelorientierung, so wie sie die theoretische Ausbildung bisher dominierte (vgl. Darmann-Finck 2020, S. 123), entgegen.

In der Pflegetätigkeit ist – ähnlich wie in anderen Berufen, in denen der Kontakt mit Menschen im Mittelpunkt steht – meist ein speziell auf eine Situation und eine bestimmte Person mit ihren individuellen Voraussetzungen abgestimmtes Handeln unabdingbar. Für die Entwicklung entsprechender Handlungskompetenzen, die

durch die Interaktion von Erfahrung und Reflexion entstehen, ist die Anwendung theoretischer Wissensbestände keine ausreichende Bedingung (ebd., S. 117 f.). Das „richtige" Handeln kann vor dem Hintergrund unzähliger Möglichkeiten nicht für alle eingeübt und bei Bedarf abgerufen werden, vielmehr bedarf es des Aufbaus impliziter Wissensbestände. Implizites Wissen ermöglicht, in komplexen und einzigartigen Pflegesituationen intuitiv das Wesentliche zu erkennen und schnell subjekt- und situationsangemessen zu handeln (vgl. Neuweg 1999, S. 168 ff.). Das bedeutet für die Pflegeausbildung, dass Auszubildende lernen, explizites Wissen über neue Erfahrungen zu transformieren. Es entstehen so neue – implizite – Wissensbestände, die wiederum teilweise über (angeleitete) Reflexion sichtbar gemacht werden können (vgl. Darmann-Finck 2020, S. 125).

In enger Anlehnung an Michael Polanyi (1985) konzipiert Fritz Böhle implizites Wissen über den Zusammenhang von Wissen und Handeln (z. B. Böhle 2020). Er arbeitet dabei das Verhältnis von Erfahrungswissen (als Kenntnisse und Fertigkeiten, die eher auf Erfahrung als auf wissenschaftlich begründetem Wissen und Verfahren beruhen,) im Vergleich zum impliziten Wissen heraus. Die Erfahrung bildet die Grundlage von Wissen, „mit dem situativ auf die jeweilige Handlungssituation und die in ihr enthaltenen Gegebenheiten reagiert werden kann" (ebd., S. 44). Dies ist vor allem gegeben, wenn sich neue oder veränderte Situationen ergeben. In der Pflege ist dies der Alltag, da die Menschen, auf die sich die konkreten Arbeitshandlungen in der Pflege schließlich richten, zu unterschiedlichen Zeitpunkten verschiedenste Bedingungen, Empfindungen und Zustände aufweisen. Dieses Erfahrungswissen wird jedoch nicht mit implizitem Wissen gleichgesetzt. Implizites Wissen kann – anders als wissenschaftlich begründetes Wissen – schwer verbalisiert oder dokumentiert werden. Weil Erfahrungswissen je nach Genese mehr oder weniger explizierbare Anteile aufweist, wird in objektivierendes und subjektivierendes Wissen unterschieden. Den nicht objektivierbaren, also schwer zu verbalisierenden Teil des Erfahrungswissens bildet dabei das implizite Wissen ab. Es zeigt sich vor allem in Situationen, für die sinnliche Prozesse im Rahmen von Pflegehandlungen von Bedeutung sind und die angesichts akuten Handlungsbedarfs schnelle Lösungen erfordern.

Für den Lernort Praxis ist bedeutend, dass Lernprozesse stark an leibliche und authentische Situationen gebunden sind, wodurch „körperlich-leibliches" (Darmann-Finck 2020, S. 110) Verstehen ermöglicht wird, welche nur in der Praxis erlebt, werden können. Das heißt, dass sinnliche Empfindungen und Wahrnehmungen immanent in den Lernprozess für den Erwerb von Wissen und Erfahrungen in der Pflege eingebunden sind. Für das Konzept des subjektivierenden Handelns ist bezeichnend, dass dieser sinnliche Aspekt nicht nur als inneres Erleben, sondern als nicht objektivierbare „Wahrnehmung von Eigenschaften der Außenwelt" (Böhle 2020, S. 46) begriffen wird. Anhand empirischer Studien, unter anderem im Pflegebereich, beschreibt Böhle verschiedene Aspekte, die im Zusammenhang mit subjektiviertem Handeln im Rahmen von praktischen Arbeitsprozessen gesehen werden müssen. Das sind das „interaktiv-dialogische Vorgehen", die „empfindend-spürende Wahrnehmung", das „bildhaft-assoziative Denken" und die „persönliche Nähe und Verbundenheit mit der Umwelt" (ebd., S. 51 ff.). Das interaktiv-dialogische Vorgehen beschreibt in der Pflege, dass sich

selbst die scheinbar routinierteste Handlung aufgrund der Einzigartigkeit jeder Situation einer schematisierten Durchführung entzieht und Handlungen angepasst werden müssen. Die empfindend-spürende Wahrnehmung ist bedeutsam, wenn Bedürfnisse und Empfindungen schwer oder nicht verbalisiert werden können. Beim bildhaft-assoziativen Denken werden sinnliche Wahrnehmungen für die Einschätzung und Bewertung einer Situation bedeutend. Bei der persönlichen Nähe und Verbundenheit mit der Umwelt steht das Hineinversetzen und Einfühlen in einen zu pflegenden Menschen im Zentrum. Alle diese Aspekte fließen in Pflegehandlungen ein. Sie sind notwendig, um zu adäquaten Lösungen zu gelangen, und beinhalten große Anteile nicht explizierbaren Wissens.

Implizites Wissen, bei dem auch Intuition bedeutsam ist, scheint in Verbindung mit Reflexionsprozessen für den Erwerb hermeneutischer Fallkompetenz zentral zu sein. Intuitiv begründetes Handeln oder auch „intuitive Könnerschaft" (Herzberg & Walter 2021) läuft dabei Gefahr, als unwissenschaftlich degradiert oder als naiv tituliert zu werden, da sie kognitiv-analytisch schwer zu beschreiben oder zu erklären ist (vgl. Darmann-Finck 2020, S. 110). Außerdem stellt sich die Frage, wie genau die Reflexion gestaltet und worauf sie ausgerichtet ist, wenn implizites Wissen nur teilweise oder gar nicht direkt sichtbar gemacht werden kann.

Hinsichtlich der Anbahnung impliziten Wissens erfährt der Rahmenausbildungsplan Kritik, da Aufgabenstellungen sehr stark auf rein kognitive Prozesse im Rahmen des Pflegeprozesses referieren. Die Einbindung von Lehr-/Lernarrangements hinsichtlich impliziten Wissensaufbaus wird dabei weniger berücksichtigt (vgl. ebd., S. 125). In diesem Zusammenhang ist die Frage interessant, ob und wie sich dieser Aspekt aus der Perspektive der Praxisanleitenden widerspiegelt, wenn sie zu ihren fachlichen Prioritäten befragt werden.

In den anschließenden Kapiteln wird zunächst die Datenbasis erläutert und danach wird folgenden Fragen nachgegangen:

Auf welchen Ebenen sind fachliche Prioritäten bei Praxisanleitenden verortet und wie lassen sich diese ausdifferenzieren?

Welche Rolle spielt die Anbahnung impliziter Wissensbestände bei didaktischen Überlegungen und was lässt sich daraus für die Ausgestaltung der Praxisanleitung ableiten?

3 Datenbasis

Im Rahmen der Begleitforschung des Veränderungsprozesses zur Einführung der neuen Pflegeausbildung (Laufzeit 02/2021 bis 01/2024), die vom Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) in Auftrag gegeben wurde und vom Forschungsinstitut Betriebliche Bildung (f-bb), der Katholischen Stiftungshochschule München und der Hochschule Esslingen umgesetzt wird, werden verschiedene Akteure der Berufsbildung im Bereich Pflege in einer qualitativen Erhebung sowie Auszubildende und Studierende mittels einer längsschnittlichen, standardisierten Onlinebefragung befragt. Der vorliegende Beitrag fokussiert auf qualitative Interviews mit ausbildenden Ak-

teuren. In sechs Schwerpunktthemen (Lernortkooperationen, Ausbildungsverbund, Praxisanleitung, Wahlrecht gesonderter Berufsabschluss, Praxisbegleitung und Prüfungen) werden die Erfahrungen im Rahmen der Umsetzung der generalistischen Pflegeausbildung erhoben. Der vorliegende Beitrag basiert auf Ergebnissen aus der Schwerpunktbefragung zum Thema Praxisanleitung. In 64 Interviews wurden Praxisanleitende aus allen Bundesländern und verschiedenen Versorgungsbereichen z. B. zu ihrem Tätigkeitsspektrum, ihrem Rollenverständnis und ihren fachlichen Prioritäten befragt. Die Interviews wurden von März bis Mai 2022 durchgeführt und aufgezeichnet. Es erfolgte eine Inhaltsanalyse in Anlehnung an Mayring (2020). Im Nachfolgenden werden Ergebnisse aus der Analysekategorie „fachliche Anliegen" präsentiert. Diese Kategorie bündelt Aussagen von Praxisanleitenden zu persönlichen Erwartungen und Anforderungen bei der Gestaltung der Praxisanleitung, z. B. bzgl. des Erwerbs von Kompetenzen, des Umgangs mit zu pflegenden Menschen, pädagogischen Anforderungen etc.

Erkenntnisse zu implizitem Wissen waren in der Forschungsfrage bzw. den Interviewleitfäden nicht intendiert. Jedoch brachte das explorative Vorgehen mit der offenen Fragestellung „Was ist Ihnen bei der Praxisanleitung fachlich wichtig?" vielfältige Assoziationen hervor, welche in diesem Kontext von Interesse sind. Aus diesem Grund wird das Thema für den vorliegenden Beitrag anhand der Aussagen der interviewten Personen näher beleuchtet.

4 Ergebnisdarstellung

Im Zuge der Analyse bis zur Ausformulierung der hier vorliegenden Ergebnisse wird zwischen Kategorien und Ebenen unterschieden. Die Kategorien wurden im Analyseprozess deduktiv und induktiv gebildet und orientierten sich an den Leitfragen (deduktiv) des Interviewleitfadens sowie an den identifizierten Schwerpunkten (induktiv) der Gespräche. Die Ebenen, von denen im Folgenden gesprochen wird, bilden die Ausprägungen innerhalb der Kategorie „fachliche Anliegen" ab. Die Bezeichnung „Ebene" verdeutlicht den unterschiedlichen Abstraktionsgrad der Aussagen. Die Aussagen der Praxisanleitenden zu ihren fachlichen Prioritäten lassen sich in zwei Ebenen einteilen. So werden auf der einen Seite Aspekte auf Ebene des konkreten Handelns und damit verbundene Kompetenzen angesprochen (regulativ-fachliche Ebene), auf der anderen Seite kommen Belange des Wissenstransfers zum angepassten individualisierten Praxishandeln (Transferebene) zum Ausdruck. Im Vergleich zur ersten Ebene hebt die zweite deutlich über die Beschreibung der Erwartung der korrekten Ausführung von Pflegehandlungen oder andere fachliche Erläuterungen ab. Sie referiert auf reflexive Transferprozesse, wie im Folgenden gezeigt und näher beleuchtet wird.[2]

2 Es ist an dieser Stelle anhand des qualitativen Settings weder gewollt noch möglich, eine Quantifizierung bzw. repräsentative Einschätzung dahingehend vorzunehmen, wie viele Praxisanleitende eher ein gegenständliches oder ein transferbezogenes Verständnis hinsichtlich fachlicher Prioritäten haben. Für die Interviews wurde ein Leitfaden verwendet, der auch eigene Relevanzsetzungen seitens der interviewten Personen ermöglichte. Für den vorliegenden Beitrag kann das Datenmaterial Aufschluss darüber geben, ob und wie sich die fokussierten Themen in den Ansichten von Praxisanleitenden widerspiegeln.

4.1 Regulativ-fachliche Ebene – Lehren und Lernen nach fachlichen und didaktischen Standards

Diese Ebene bezieht sich auf Aussagen, die auf die Erwartungen hinsichtlich der korrekten Ausführung von Pflegehandlungen zielen. Außerdem werden von den interviewten Personen in diesem Zusammenhang personale und soziale Kompetenzen als Kernpunkte im Rahmen der fachlichen Priorisierung genannt und es wird erläutert, welche Aspekte den Praxisanleitenden bei der Durchführung von Praxisanleitung wichtig sind. Allen diesen Aussagen ist der gegenständliche und fachliche Bezugsrahmen gemein, der auf einzelne Handlungen, Kompetenzen oder Fertigkeiten begrenzt wird. Es lassen sich folgende inhaltliche Spezifizierungen unterscheiden:

- **Fachlich korrektes Arbeiten** (z. B. Qualitätsmanagement durch Pflegeplanung und Dokumentation; Hygiene; Krankenbeobachtung; Autonomieförderung)
- **Lernförderliche Lehr-/Lernarrangements schaffen** (z. B. Motivation; Wissensvermittlung auf dem neuesten Stand (Videosequenzen); kritische, aber wohlwollende Beurteilung; bereichsspezifische Expertise der Praxisanleitenden)
- **Soziale und personale Kompetenzen erlernen** (z. B. Empathie; Würde- und respektvoller Umgang mit Menschen; Kommunikation; Selbstvertrauen; Selbstsorge)

4.2 Transferebene – Neue Lösungswege finden

Auf dieser Ebene werden Aussagen von Praxisanleitenden gebündelt, die sich auf Lehr-/Lernprozesse beziehen. Im Gegensatz zum gegenständlich-fachlichen Bezug stehen hier Prozesse der Übertragung theoretisch erlernten Wissens in praktische Handlungsbezüge im Vordergrund. Die übergreifenden Merkmale sind dabei die explizite oder implizite Bedeutung von Reflexion sowie die Zielrichtung eines lösungsorientierten Wissenstransfers. Es werden zwei Unterkategorien unterschieden, und zwar nach der besonderen Ausprägung bzw. dem Fokus des Gesagten. So wird der Schwerpunkt etwa mehr auf den Theorie-Praxis-Transfer oder stärker auf die Reflexion gelegt.

- Theorie-Praxis-Transfer

In Aussagen, die auf den Theorie-Praxis-Transfer referieren, werden verschiedene Prioritäten deutlich. So werden konkrete Erläuterungen hinsichtlich der Zielsetzung des Transfers und der damit priorisierten Aspekte geäußert. Hier wird deutlich, wie hermeneutisches Fallverstehen aufgebaut wird, indem theoretisches Wissen in individualisiertes Handeln übersetzt wird. Da dieses Handeln als „eventuell", also vorläufig betrachtet wird, werden neue Erfahrungen und davon ausgehend ein mögliches alternatives Handeln eingeschlossen. In den folgenden Beispielen ist die Zielsetzung ein Handeln, das angesichts der Individualität der zu pflegenden Menschen von Vorgaben abweichen kann:

> *„Nicht was die Arztanordnung ist und nicht was die Angehörige sagt und nicht was meine Struktur des Wohnbereichs, Krankenhausstation vorgibt, nicht, was der Oberarzt auf der Intensivstation sagt. Sondern zu erkennen, was der Mensch braucht, die medizinischen oder biografischen oder individuellen Bedürfnisse dem gegenüberstellen und einen eventuellen – deswegen das Wort*

Angebot und nicht Maßnahme – Plan mit dem Pflegeempfänger zusammen erstellen können." (300101)

„Es ist alles individuell. Was ich von den Schülern erwarte, ist nicht ein Ablauf nach Schema XY, was sie bei jedem Patienten abarbeiten, sondern, dass sie auf den Patienten eingehen, auf die individuellen Bedürfnisse. Das ist mir ganz, ganz wichtig." (305103)

Der Flexibilitätsaspekt wird in anderen Aussagen noch stärker betont, indem verdeutlicht wird, „dass es immer mehrere Lösungen gibt" (305902). Für den Bereich der ambulanten Pflege gilt es im besonderen Maße, den vor Ort befindlichen Rahmenbedingungen angepasste Lösungen zu finden. Das theoretisch Gelernte hilft daher nur bedingt als Vorgabe bei der Versorgung von Menschen in ihrer Häuslichkeit:

„Gerade in der ambulanten Pflege ist das unglaublich wichtig, dass man auch so eine, ja, gewisse Flexibilität erlernt, dass nicht alles nach Lehrbuch auch tatsächlich am Patienten so umsetzbar ist." (301301)

Die Vielfalt an Rahmenbedingungen und individuellen Erfordernissen bedarf einer Vielfalt an Handlungsoptionen. Diese Optionen können über implizites Wissen erschlossen werden und von einem Handeln gemäß „Schema XY" (siehe oben, 305103) abweichen.

- Reflexion

Reflexion wird sowohl explizit als Lernziel hervorgehoben, als auch als wesentliches Instrument im Lernprozess beschrieben. Dabei wird der hohe Stellenwert deutlich, der Reflexion im Kontext der didaktischen und curricularen Vorgaben bzw. Empfehlungen im Rahmen der Generalistik zugeschrieben wird, wie das folgende Beispiel zeigt:

„Gerade so in Gruppenanleitungen mache ich es so, dass ich komplett ruhig bin, mir das komplett alles das angucke, die machen lasse, im Endeffekt am Ende ihnen dann die Zeit gebe, sich noch mal zu reflektieren, besonders viel darauf Wert lege, dadurch, dass sie sich ja auch reflektieren müssen. Das müssen wir üben, das fällt denen grundsätzlich schwer, das ist mir damals auch immer schwergefallen, und das ist auch immer so das erste, was ich mit denen übe. Ja? Also die müssen grundsätzlich sich reflektieren. Die letzten beiden Auszubildenden, die ich jetzt aus der Klinik hatte, die fanden das eigentlich auch/ also die fanden das natürlich nicht schön, dass sie reflektieren mussten, und im Nachhinein aber toll, weil es hat noch nie einer so mit ihnen gemacht, ja? [...] Das übe ich schon immer, auch bei den alten Anleitungen, aber da war ja der Fokus noch nicht so extrem daraufgesetzt. Jetzt ist es ja doch schon mehr, dass das Reflexionsgespräch auch mehr an Bedeutung gewonnen hat [...] Gebe dann als Hilfestellung auch meistens eine eigene Reflexion noch mal [...], reflektiere die komplette Anleitung noch mal, gebe denen Hilfestellungen, Tipps, gerade auch, was Kommunikation anbelangt ist es aufregend, ja?" (305901)

An diesem Beispiel wird auch der interaktionistische und wechselseitige Aspekt im Kontext der Reflexion deutlich. Die interviewte Person beschreibt nicht nur den Lernprozess der Auszubildenden, sondern auch ihren eigenen („... das ist mir damals auch immer schwergefallen ...") und bezieht sich selbst durch eigene Reflexion in die Lehr-/Lernsituation ein. Lehr-/Lernarrangements können methodisch wie im nächsten Bei-

spiel auch so gestaltet, sein, dass die Aufgabe für die Auszubildenden in einer Perspektivenübernahme besteht:

> *„[…] Lehrlernsequenzen ebenso, dass sie sich selber in die Rolle des Patienten begeben. Und ich habe den Eindruck, dass es den meisten Studierenden sehr gut gelingt, also auch aus der Rolle des Patienten zu reflektieren und nicht nur als, ja, in der Rolle der Akteurin, der Pflegenden."* (301001)

In anderen Aussagen wird die Reflexion als Instrumentarium beschrieben und es werden die intendierten Ziele fokussiert. So dient die Reflexion dem Erwerb pflegerisch-bedeutsamer Handlungskompetenzen. Beispielsweise soll Reflexion begründetes Handeln ermöglichen, um Verantwortung übernehmen und selbstverantwortlich arbeiten zu können. Jedoch wird dies als ambitioniertes Ziel verstanden und auch das eigene Handeln wird vonseiten der Lehrperson selbstkritisch hinterfragt:

> *„Was mir wichtig ist, ist, dass Schüler lernen, selbstständig zu agieren und für sich selbst Verantwortung zu übernehmen, in dem Beruf, und eigenständig arbeiten zu lernen. Und auch kritisch zu sein. Und nicht einfach irgendwas zu tun, was ihnen jemand anderes sagt, sondern auch zu hinterfragen, ist das auch wirklich das Richtige. Dass Schüler lernen, eigenständig zu arbeiten, das ist mir ganz, ganz wichtig, und eigenverantwortlich zu arbeiten. Und da halt, ja, eigentlich dann das Vertrauen aufzubauen, in dieser Beziehungsgestaltung, die Schüler da drin zu bestärken. Es gelingt natürlich nicht immer. Ja, ich tue mich dann auch schwer, wenn ich merke, dass ich das nicht erreiche."* (304701)

Die Notwendigkeit der Reflexion zum Aufbau impliziter Wissensbestände und in der Folge des impliziten Wissens selbst ist in der Pflege in besonderem Maße gegeben. Verschiedene Faktoren, die sich in jedem Fall anders gestalten, sind zu berücksichtigen und mit grundlegenden Kenntnissen zu verknüpfen, um situativ angepasst handeln zu können. Das sind personenbezogene Faktoren sowie individuelle, zeitliche und andere Umweltfaktoren, die zu einer Vielzahl an Handlungsmöglichkeiten führen. Ein wichtiges Ziel im Rahmen des Lernprozesses in der Pflegeausbildung ist daher die Einordnung von Situationen und die Vielfalt an Handlungsmöglichkeiten zu erkennen und von kategorialem Denken abzukehren. Dieses wesentliche Kriterium wird von einer interviewten Person folgendermaßen beschrieben:

> *„Oder dass wir da auch einen Raum schaffen für Reflexion und auch Besprechen von verschiedenen Möglichkeiten, auch Pflegetätigkeiten durchzuführen. Weil das ist ja das Komplizierte in der Pflege, dass es nicht nur ein Richtig und ein Falsch gibt, sondern man muss ja immer den Patienten sehen, das Individuum sehen, den Zeitpunkt, das Setting, was außen herum los ist. Und genau das ist ja das, was sie dann bis zum Ausbildungsende wirklich auch lernen sollen, so Situationen unterschiedlich einzuordnen, ne? […] und im Idealfall schaffen sie es dann im dritten Ausbildungsjahr die Handlungskette so anzupassen, dass sie zum Patienten passt und auch noch zur Station und zu dem, was außen herum los ist."* (301801)

Reflexion kann hier als Kernstück zum Aufbau impliziten Wissens begriffen werden. Im nächsten Beispiel wird der konkrete Lernprozess sehr deutlich:

> *„Und es ist mir auch immer wichtig, dass wir uns kritisch auseinandersetzen, mit Pflegesituationen. Also es ist, äh, ganz häufig so, dass wir im Pflegealltag Situationen erleben, die nicht perfekt sind. Und es ist für mich wichtig, äh, dass der Schüler lernt, auch Prioritäten zu setzen, äh, oder auch mal begründet von Standards oder sowas abzuweichen, wenn die Situation das erfordert. Denn das tut es im Alltag immer. Und ich, will, dass die Auszubildenden lernen, Situationen wahrzunehmen, kritisch zu reflektieren, und dann begründet zu handeln, das nachher halt auch noch mal/ also die Situation und auch das eigene Handeln noch mal zu hinterfragen, danach, was jetzt gelungen war, für den Patienten oder für die Situation oder für alle, die daran beteiligt waren. Und welche Möglichkeiten einer Andersgestaltung man sehen oder finden könnte."* (302101)

Die Grundlage bilden Situationen, „die nicht perfekt sind", jedoch im Pflegealltag den Normalfall darstellen. Damit entfällt in der spezifischen Situation die Möglichkeit der exakten Nachahmung von theoretisch Erlerntem; es muss von Standards abgewichen werden. Dafür muss die Situation zunächst wahrgenommen und ggf. reflektiert werden. Es folgt die Pflegehandlung, die im Anschluss ebenfalls reflektiert werden muss. Ist diese Abfolge umgesetzt, können die neuen daraus gewonnenen Erkenntnisse eingeordnet und ggf. überdacht werden, was wiederum zu neuem Erfahrungswissen führt.

5 Diskussion und Fazit

Die Analyse des vorliegenden Datenmaterials führt zu der Annahme, dass für den Erwerb „pflegerischer Könnerschaft" (Darmann-Finck 2020) aus Sicht von Praxisanleitenden (1.) implizites Wissen notwendig ist und (2.) standardisiertes (Regel-)Wissen und intuitives (implizites) Handeln durch stetige Reflexion miteinander verbunden werden müssen.

Die Aussagen der Praxisanleitenden, wenn von der gegenständlichen Ebene abgehoben über Transferprozesse berichtet wird, verweisen auf pflegerische Könnerschaft aus der Perspektive „Pflegehandeln auf der Basis impliziten Wissens" im Vergleich zum „Pflegehandeln auf der Basis von kognitiven Operationen des Planens und der Problemlösung" (ebd.). Der Entscheidung für ein situatives Pflegehandeln werden individuelle und situationsspezifische Aspekte vorangestellt. Erlerntes, standardisiertes und theoretisches (Regel-)Wissen spielt dann eine Rolle, wenn fachliche Prioritäten als konkrete Pflegehandlungen verstanden werden.

Für den Erwerb pflegerischer Kompetenzen kommt implizitem Wissen eine große Bedeutung zu, diesem wird jedoch curricular bzw. didaktisch noch nicht ausreichend Aufmerksamkeit beigemessen (vgl. ebd.). Die interviewten Personen umschreiben auf der Ebene des Transfers genau jene Prozesse, in denen sich Erfahrungswissen und implizites Wissen verorten lassen. Sie werden von den Personen als wichtig bzw. sogar wesentlich für die Lern- und Ausbildungsziele empfunden. Jene Konzepte bleiben aber in den Darstellungen „implizit". Die Praxisanleitenden „wissen" einfach, dass Handlungen individualisiert und situationsangemessen angepasst werden müssen. Sie verbalisieren die Bedeutung von Reflexion, alternativen Lösungswegen und der Ge-

nerierung neuer Erkenntnisse. Dabei wird auch der Bedarf an Selbstreflexion seitens der Praxisanleitenden deutlich, damit implizites Wissen nicht von „unreflektierten Routinen" geleitet ist (vgl. ebd., S. 126). Der oben (Kapitel 4, Zitat 302101) beschriebene Lernprozess wiederholt sich mit jeder neuen Erfahrung und jeder neuen Situation. Er ist iterativ und endet praktisch nicht. In der Ausbildung soll dieser Prozess angebahnt werden. Es geht darum, den Kreislauf von wissens- und erfahrungsbasiertem Handeln, Reflexion, Begründung und angepasster Handlung und die diesem innewohnenden Transferprozesse zu verinnerlichen und in der Berufspraxis selbstständig weiterzuführen.

Das, was die Praxisanleitenden wissen, wissen sie aus ihrer Erfahrung heraus. Das führt zunächst zu der Frage, ob und wie Kontexte zu implizitem Wissen in die Fort- und Weiterbildung im Rahmen der Praxisanleitung eingebracht werden können. Wenn Praxisanleitenden die „Legitimität" des Lernens unter Einbezug impliziten Wissens und dessen Genese deutlicher bewusst gemacht werden würde, könnten Lehr-/Lernarrangements z. B. intendiert zieloffen gestaltet sein. Die Praxisanleitenden könnten als intuitiv gewertete Handlungen stärker in die Reflexion einbeziehen und mit den Auszubildenden diskutieren. In diesem Zusammenhang ist auch die Frage interessant, welche Anteile des Erfahrungswissens in der Pflege explizier- und objektivierbar sind und welche sich einer Objektivierung entziehen, also ausschließlich implizit sind. Es geht dabei nicht darum, zu Antworten oder Lösungen zu kommen. Viel eher geht es darum, sich der Bedeutung des impliziten Wissens in der Pflege bewusst zu werden. So werden die Praxisanleitenden in die Lage versetzt, überhaupt für implizites Wissen in der Anleitung sensibilisiert zu werden. Zum anderen schließt sich die Frage an, wie der Erwerb impliziter Wissensbestände in Form konkreter Lernaufgaben gezielt angeregt werden kann. Wie können z. B. Sinneseindrücke stärker in die Praxisanleitung eingebracht werden?

Laut Fritz Böhle können Bildungs- und Lernprozesse auf sinnliche Erfahrung ausgerichtet werden. Es sei dahingehend zwar nicht möglich, direkt implizites Wissen (im Gegensatz zu explizitem Wissen) zu lehren, es jedoch über die Erfahrung zu lernen (vgl. Böhle 2020, S. 58). Die Pflege, in der das Fühlen, Riechen, Hören etc. von größter Bedeutung ist, scheint dafür geradezu prädestiniert. Dabei muss jedoch immer beachtet und akzeptiert werden, dass Ungewissheiten zu diesen Prozessen dazugehören. Auch dies sollte in die Reflexion im Rahmen der Praxisanleitung einfließen. Die Grundlagen dazu sind in den Rahmenplänen durch die Orientierung am gesamten Pflegeprozess im Vergleich zur Durchführung einzelner Aufgaben (vgl. Darmann-Finck 2020, S. 116) gegeben. Demnach sollten die Auszubildenden dazu befähigt werden, gemäß ihrer Kompetenzniveaus Verantwortung für die umfassende Versorgung eines zu pflegenden Menschen zu übernehmen und den Pflegeprozess eigenverantwortlich zu steuern. Diese eigenverantwortliche Entscheidungsfindung wird auch von den interviewten Personen der zugrunde liegenden Begleitforschung betont. Die ganzheitliche Betrachtung spezifischer Pflegesituationen, die in der Generalistik curricular stärker betont werden als in den vorherigen Ausbildungen, ermöglicht dabei den Aufbau impliziter Wissensbestände. Die Explikation impliziter Wissensbestände ist dabei

an den Lernstand und das Kompetenzniveau der Auszubildenden anzupassen, bspw. indem zu Beginn der Ausbildung Sinneseindrücke thematisiert werden, diese im Verlauf der Ausbildung vermehrt in bestehende Interpretationen eingeordnet und Handlungsalternativen formuliert werden.

Dahingehend können reflexive Interaktions- und Kommunikationsformate zwischen Lehrenden und Lernenden als Lehr-/Lernarrangements stärker in die Ausbildung integriert werden. Ein Format ist z. B. die kollegiale Beratung. Durch sie wird es ermöglicht, objektiviertes Wissen mit subjektiviertem Wissen und implizite Urteilsbildung mit reflexiven Fähigkeiten zu verknüpfen (vgl. ebd., S. 119). Eine der interviewten Personen (Kapitel 4, 301001) sprach auch den Rollentausch an, durch den sich die Auszubildenden in die Lage eines zu pflegenden Menschen begeben. Auf diese Weise können im Rahmen der Reflexion Wahrnehmungen diskutiert und vor dem Hintergrund theoretischer Wissensbestände Lösungswege erarbeitet werden.

Als Limitationen der Studie ist die Gewinnung der Teilnehmenden auf freiwilliger Basis und Selbstmeldung zu nennen, wodurch ein Bias angenommen werden kann. Es ist anzunehmen, dass sich tendenziell hoch motivierte und mit der generalistischen Pflegeausbildung vertraute Personen melden und ggf. abweichende Ansichten, Handlungsweisen und Herausforderungen anderer Akteure weniger stark in der Studie abgebildet sind. Ebenso wurden Akteure aus den verschiedenen Versorgungsbereichen unterschiedlich gut erreicht; z. B. konnten gegenüber Akteuren aus der stationären Akutpflege deutlich weniger Akteure aus der stationären Langzeitpflege und der ambulanten Pflege für den Themenschwerpunkt Praxisanleitung gewonnen werden.

Insgesamt stärken die vorliegenden Befunde zum einen die enorme Bedeutung impliziter Wissensbestände in der Pflege und zum anderen unterstreichen sie die Forderung nach einer gezielteren didaktischen Ausrichtung im Rahmen von Lehr-/Lernarrangements zu deren Erwerb. Das implizite Wissen soll stärker in den Fokus rücken, um den Anspruch an eine qualitativ hochwertige generalistische Ausbildung zu ermöglichen. So müsste es in seiner Bedeutung mit all seinen Implikationen nicht nur informell, sondern wissenschaftlich-fachlich in die Praxis kommuniziert und in entsprechende Lehr-/Lernformate etabliert werden. Die vorgetragenen Ebenen verdeutlichen, dass Fachlichkeit in der Auffassung von Praxisanleitenden verschiedene Bezugsrahmen hat. Vertiefende Studien könnten dazu beitragen, die Genese dieser Orientierungen bei Praxisanleitenden besser zu verstehen, und durch gezieltere Erhebungs- und Auswertungsdesigns können reflexiv-orientierte Lehr-/Lernauffassungen genauer auf mehr oder weniger explizierbare Handlungs- und Wissensbestände hin untersucht werden, um schließlich Lehr-/Lernarrangements adäquater an den Ansprüchen der generalistischen Ausbildung ausrichten zu können.

Literatur

Böhle, F. (2020). Implizites Wissen und subjektivierendes Handeln – Konzepte und empirische Befunde aus der Arbeitsforschung. In R. Hermkes, G. H. Neuweg & T. Bonowski (Hg.), *Implizites Wissen. Berufs- und wirtschaftspädagogische Annährungen*, S. 37–65. Bielefeld: wbv https://doi:10.3278/6004682w.

Darmann-Finck, I. (2020). Implizites Wissen in der Pflege und der Pflegeausbildung. In R. Hermkes, G. H. Neuweg & T. Bonowski (Hg.), *Implizites Wissen. Berufs- und wirtschaftspädagogische Annährungen*, S. 109–129. Bielefeld: wbv https://doi:10.3278/6004682w.

Ertl-Schmuck, R. & Altmeppen, S. (2018). Wie kann hermeneutische Fallkompetenz gelingen? Portfolioarbeit in der Lehrer/innenbildung für Gesundheit und Pflege. *Padua* 13 (1), S. 33–39. https://doi:10.1024/1861-6186/a000413.

Fachkommission nach § 53 PflBG (2020a). *Rahmenpläne der Fachkommission nach § 53 PflBG*. Verfügbar unter https://www.bibb.de/dienst/publikationen/de/16560 (Zugriff am: TT.MM.JJJJ).

Fachkommission nach § 53 PflBG (2020b). *Begleitmaterialien zu den Rahmenplänen der Fachkommission nach § 53 PflBG*. Verfügbar unter https://www.bibb.de/dienst/publikationen/de/16613 (Zugriff am: TT.MM.JJJJ).

Greb, U. (2010). Die Pflegedidaktische Kategorialanalyse. In R. Ertl-Schmuck & F. Fichtmüller (Hg.), *Theorien und Modelle der Pflegedidaktik*. Weinheim & München: Juventa.

Herzberg, H. & Walter, A. (2021). Zur Professionalität von Lehrenden in den Gesundheitsfachberufen. In I. Darmann-Finck & K.-H. Sahmel (Hg.), *Pädagogik im Gesundheitswesen*, S. 1–17. Berlin & Heidelberg: Springer. https://doi:10.1007/978-3-662-61428-0_39-1.

Mayring, P. (2020). Qualitative Forschungsdesigns. In G. Mey & K. Mruck (Hg.), *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie*, S. 3–17.Wiesbaden: Springer. https://doi:10.1007/978-3-658-26887-9_18.

Neuweg, G. H. (1999). *Könnerschaft und implizites Wissen. Zur lehr-lerntheoretischen Bedeutung der Erkenntnis- und Wissenstheorie Michael Polanyis*. Münster u. a.: Waxmann.

Polanyi, M. (1985). *Implizites Wissen*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.

Reiber, K., Tsarouha, E. & Rebmann, M. (2022). Erweiterte Tätigkeitsprofile für das betriebliche Bildungspersonal in den neuen Pflegeausbildungen. Implikationen für Kompetenzprofile und Qualifikationsanforderungen. *BWP – Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis* 51(4), S. 30–34.

Tsarouha, E., Krause-Zenß, A., Greißl, K. & Reiber, K. (2023). Ambivalenzen und Herausforderungen für die Praxisanleitung in der generalistischen Pflegeausbildung. In K. Krögler, H.-H. Kremer & V. Herkner (Hg.), *Jahrbuch der berufs- und wirtschaftspädagogischen Forschung 2023*, S. 104–119. Opladen, Berlin & Toronto: Budrich https://doi:10.3224/84742719.

Tschupke, S. & Meyer, I. (2020). Professionalisierung von Praxisanleitenden in der Pflege. Ein Fall für die wissenschaftliche Weiterbildung?! *Zeitschrift Hochschule und Weiterbildung*, (2), S. 27–33. Verfügbar unter https://www.pedocs.de/volltexte/2021/21365/pdf/HuW_2020_2_Tschupke_Meyer_Professionalisierung.pdf (Zugriff am: TT.MM.JJJJ).

Autorinnen und Autor



Dr. **Antje Krause-Zenß**
Wiss. Mitarbeiterin
Forschungsinstitut Betriebliche Bildung (f-bb) gGmbH
Haeckelstraße 10, 39104 Magdeburg
Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Generalistische Pflegeausbildung, Lebensphasengerechte Personalplanung und Berufslaufbahnkonzept in der Pflege
Kontakt: antje.krause-zenss@f-bb.de



Dr. **Markus Wochnik**
Dipl.-Berufspädagoge, Wissenschaftlicher Mitarbeiter
Forschungsinstitut Betriebliche Bildung (f-bb) gGmbH
Stresemannstr. 121, 10963 Berlin
Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Pflegeausbildung, Lernen und Lehren in beruflicher Bildung, Innovationen in der Berufsbildung
Kontakt: markus.wochnik@f-bb.de



Dr. **Elena Tsarouha**
Hochschule Esslingen
Fakultät Soziale Arbeit, Bildung und Pflege
Wiss. Mitarbeiterin in der wissenschaftlichen Begleitforschung des Veränderungsprozesses zur Einführung der neuen Pflegeausbildungen
Flandernstaße 101, 73732 Esslingen
elena.tsarouha@hs-esslingen.de



Kristina Greißl, M. A.
Hochschule Esslingen
Fakultät Soziale Arbeit, Bildung und Pflege
Wiss. Mitarbeiterin in der wissenschaftlichen Begleitforschung des Veränderungsprozesses zur Einführung der neuen Pflegeausbildungen
Flandernstaße 101, 73732 Esslingen
Kontakt: kristina.greissl@hs-esslingen.de

In Teilzeit zur Pflegefachperson? Zur Flexibilisierung und Individualisierung der Pflegeausbildung

Lena Sachse, Janika Grunau

Abstract

Die Sicherung der personellen Ausstattung in der Pflege ist gegenwärtig und zukünftig eine bedeutsame politische und gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Mit der Einführung der generalistischen Pflegeausbildung im Jahr 2020 wurde daher die Zielsetzung verbunden, die Ausbildung attraktiver zu gestalten und mehr Auszubildende zu rekrutieren. Flexible und individuell gestaltete Ausbildungsangebote gelten als vielversprechende Möglichkeit, neue Zielgruppen zu gewinnen. Der Beitrag geht der Frage nach, inwiefern die Teilzeitausbildung in der Pflege zur Schaffung individueller Möglichkeiten und zur Gestaltung der persönlichen Lebensbereiche beiträgt. Die Datenbasis bilden leitfadengestützte Interviews mit Teilzeitauszubildenden (N = 20) und schulischen Akteuren (N = 15), die anhand von qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet wurden. Es zeigt sich, dass die Teilzeitausbildung Potenzial zur Flexibilisierung und Individualisierung bietet, letztlich aber Gestaltungs- und Organisationsfragen entscheidend sind.

Schlagworte: Teilzeit, Pflegeausbildung, Individualisierung, Flexibilisierung

Securing the staffing in nursing is currently and will be a significant political and societal task in the future. With the introduction of the generalist nursing training in 2020, the aim was therefore to make the training more attractive and to recruit more trainees. Flexible and individualized training programs are seen as a promising way to attract new target groups. This article explores the extent to which part-time training in nursing contributes to the creation of individual opportunities and the organization of personal life areas. The data basis consists of guideline-based interviews with part-time trainees (N = 20) and school stakeholders (N = 15), which were evaluated using qualitative content analysis. It can be seen that part-time training offers potential for flexibilization and individualization, but that ultimately design and organizational issues are decisive.

Keywords: Part-time, Nursing training, Individualization, Flexibilization

1 Teilzeitausbildung: Flexibel und attraktiv?

Flexible und individuell gestaltete Ausbildungsangebote gelten als vielversprechende Möglichkeit, neue Zielgruppen zu gewinnen und mittel- bzw. langfristig einen Beitrag zur Fachkräftedeckung zu leisten. Vor dem Hintergrund des zunehmenden Fachkräftebedarfs in der Pflege ist dies von besonderer Bedeutung: Fast sechs Millionen Personen sind im Gesundheitswesen beschäftigt (vgl. Statistisches Bundesamt 2022a; Hurrelmann 2015, S. 13), davon sind ungefähr 1,68 Millionen in den Pflegeberufen tätig (vgl. Statistik der Bundesagentur für Arbeit 2023, S. 7). Trotz der bereits zahlenmäßig stark vertretenen Gruppe fehlt künftig eine Vielzahl an Fachkräften in der Pflege; Berechnungen sprechen von einer Fachkraftlücke von 35.000 Stellen im Jahresdurchschnitt (vgl. Hickmann & Koneberg 2022). Insbesondere im Bereich der ambulanten Akut- und Langzeitpflege sowie in stationären (Alten-)Pflegeeinrichtungen sind deutliche personelle Engpässe vorhanden (vgl. Rothgang 2020; Seyda, Köppen & Hickmann 2021).

Der steigende Personalbedarf beruht mitunter auf dem demografischen Wandel der Gesellschaft und dem damit verbundenen Anstieg altersbedingter Erkrankungen sowie zunehmender Pflegebedürftigkeit. Zudem hat sich das Bildungswahlverhalten junger Menschen zugunsten eines akademischen Werdegangs verändert (vgl. Arbeitsgruppe 9 + 1 2022, S. 33). Aufgrund der insgesamt angespannten Personallage und des steigenden Personalbedarfs ist eine quantitative Steigerung der Anzahl der Auszubildenden notwendig, jedoch auch die Adressierung der „richtigen" Personen, um die Chance auf einen möglichst dauerhaften Verbleib im Pflegeberuf zu erhöhen.

Flexible Formate, wie bspw. die Ausbildung in Teilzeit, können hierbei bereichernd wirken, um Auszubildende für den Pflegeberuf zu gewinnen. Die Möglichkeit der Teilzeitausbildung wird explizit durch das Pflegeberufegesetz eröffnet (vgl. PflBG 2017, § 6, Abs. 1[1]), statistisch gesehen bislang aber nur selten in Anspruch genommen. In den letzten Jahren umfasste der Anteil der neu abgeschlossenen Ausbildungsverträge nur ca. 1 % der Gesamtheit an Ausbildungsverträgen zur Pflegefachkraft in Voll- und Teilzeit, blieb jedoch auch bei insgesamt sinkenden Ausbildungszahlen stabil (vgl. Statistisches Bundesamt 2023; Grunau, Sachse & Bartsch 2023, S. 48).

Gerade weil die Option der Teilzeitausbildung bisher nur selten genutzt wird und der potenzielle Adressatenkreis, z. B. Personen mit Erziehungsverantwortung, groß ist, lohnen sich detaillierte Auseinandersetzungen mit Potenzialen dieser Ausbildungsvariante. Zudem gilt es zu berücksichtigen, dass Berufswege nicht unbedingt linear verlaufen, sondern flexible Rahmenbedingungen und individuelle Lösungen erforderlich sind, um berufliche und private Lebensbereiche miteinander vereinbaren zu können.

Der Beitrag widmet sich daher der Frage, inwieweit die Teilzeitausbildung in der Pflege zur Schaffung individueller Möglichkeiten und zur Gestaltung der persönlichen

1 Gesetz zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz – PflBRefG). Artikel 1. Gesetz über die Pflegeberufe (Pflegeberufegesetz – PflBG). Vom 17. Juli 2017. Bundesgesetzblatt Jahrgang 2017 Teil I Nr. 49, ausgegeben zu Bonn am 24. Juli 2017, 2581.

Lebensbereiche beiträgt. Zunächst werden dazu die Konzepte der Flexibilisierung und Individualisierung dargelegt und vor dem Hintergrund der Teilzeitausbildung diskutiert und eingeordnet. In einem nächsten Schritt werden aktuelle Befunde zur zeitlichen Flexibilisierung von Beruf und Ausbildung vorgestellt. Anschließend werden ausgewählte empirische Einblicke aus dem Projekt *Teilzeit in der Pflegeausbildung* (TiPa), beauftragt durch das Bundesinstitut für Berufsbildung, referiert. Im Zuge des Projekts (2021–2023) wurde eine umfassende bundesweite Studie zu Rahmenbedingungen, Angeboten und Gestaltungsoptionen der Teilzeitausbildung durchgeführt. Hierzu wurde eine Literaturrecherche durchgeführt und ein Mixed-Method-Ansatz verwendet, sodass einerseits Interviewdaten sowie andererseits Daten aus einer bundesweiten Onlinebefragung gewonnen werden konnten. Bei den Datenerhebungen wurden die Perspektiven von Schulen, Einrichtungen, Teil- und Vollzeitauszubildenden einbezogen, was eine tiefgehende, multiperspektivische Betrachtung des Themas der Teilzeitausbildung ermöglichte. Der Beitrag in diesem Band fokussiert insbesondere die Potenziale der Flexibilisierung der Ausbildung auf Basis von Interviewdaten (für eine umfassende Darstellung des Projekts sowie dessen zentralen Ergebnisse siehe Grunau, Sachse & Bartsch 2023). Nach der Darstellung der relevanten empirischen Befunde wird eruiert, welche Möglichkeitsräume, jedoch auch Hindernisse, durch die Teilzeitausbildung entstehen.

2 Flexibilisierung und Individualisierung als Bezugskonstrukte

Bei der Auseinandersetzung mit den Potenzialen der Teilzeitausbildung in der Pflege stellen die sozialwissenschaftlichen Konstrukte „Flexibilisierung“ und „Individualisierung“ relevante theoretische Ausgangs- bzw. Bezugspunkte dar. Auch weil die Debatte um Arbeitszeitflexibilisierung eine gewisse Tradition und politische Dimension hat, werden die Konstrukte im Folgenden genauer betrachtet.

Der Begriff der Flexibilisierung bezieht sich auf den Prozess der Herstellung von Flexibilität und wird häufig im arbeitsmarktpolitischen Kontext verwendet: Flexibilisierung gilt als zukunftsweisende Strategie, um den dynamischen Anforderungen des Arbeitsmarktes gerecht zu werden. Das Stichwort „Flexibilität“ könne jedoch – so Georg Vobruba (2006, S. 25) – im politischen Diskurs nur „als Patentrezept fungieren, weil das Konzept so vage gehalten wird“. In einer sozialwissenschaftlichen Betrachtung geht es weniger um die Funktion und die Konsequenzen, sondern um die Beschaffenheit des Phänomens. Flexibilität bedeute demnach, nicht nur *eine* Handlungsoption zu haben, sondern *unterschiedliche* Handlungsalternativen, und stelle somit ein „Potenzial“ der Arbeitsgestaltung für Institutionen oder Akteure dar (vgl. ebd., S. 26).

Vor dem Hintergrund der engen Verzahnung von beruflicher Bildung und Arbeitsmarkt ist es kaum verwunderlich, dass die Idee der Flexibilisierung auch im Diskurs zu beruflicher Bildung seit geraumer Zeit etabliert ist, zum Teil relativ allgemein (vgl. Kremer 2008; Schmidt 1996) oder mit bestimmtem Strukturentwicklungsfokus

(z. B. Ausbildungsbausteine: Euler & Severing 2007). Neben der zeitlichen Flexibilisierung von Ausbildung werden auch weitere Flexibilisierungsansätze für die Ausbildung diskutiert, wie bspw. die Durchlässigkeit zwischen Bildungssystemen (vgl. Schober & Westhoff 2008), die individuelle Flexibilisierung von Kompetenzen der Auszubildenden (vgl. Büchter 2018, S. 56) und der Ausbilder:innen (vgl. Kitzler 2021) sowie die Anerkennung von langjähriger Berufserfahrung (vgl. Gössling & Grunau 2020).

Flexibilisierungsansätze und -potenziale lassen sich für die Ausbildung zur Pflegefachperson – analog zum dualen System (vgl. hierzu z. B. Hackel 2022, S. 13 ff.; Schmidt 1996, S. 1; Reuß, Rauschnik & Kanamüller 2016, S. 20 ff.) – auf verschiedenen Ebenen identifizieren (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1: Flexibilisierungsansätze und -potenziale (Quelle: Eigene Darstellung)

		Flexibilisierungsansätze und -potenziale
Ebene	Politisch administrativ und curricular	z. B. • Berufliche oder hochschulische Ausbildung • Ermöglichung der Ausbildung in Voll- oder in Teilzeit
	Institutionell	z. B. • Gestaltung der Kooperation von Schulen und Praxiseinrichtungen • Organisation von Ausbildungszeiten • Angebot der Ausbildung in Voll- oder in Teilzeit
	Individuell	z. B. • Wahrnehmung von besonderen Ausbildungsangeboten, z. B. Teilzeitausbildung • Zielgruppenspezifische Ausgestaltung von Lehr- und Lernprozessen • Nutzung der Ausbildung in Voll- oder in Teilzeit • Nutzung von digitalen Elementen

Eine flexible Institution, z. B. eine Pflegeeinrichtung, ist in der Lage, sich an veränderte Rahmen- und Umweltbedingungen anzupassen. Wie eingangs beschrieben, stellt der gegenwärtige und zukünftige Fachkräftebedarf eine große Herausforderung und somit einen Treiber für die Flexibilisierung dar. Bei der Diskussion um Flexibilisierung stehen meist eine oder mehrere der folgenden Dimensionen im Fokus: Zeit und Länge der Ausbildung (z. B. Teilzeitausbildung), Orte und Räume der Ausbildung (z. B. Onlineunterricht und/oder Blended Learning) und/oder Art und Weise der Ausbildung (z. B. Organisation in Teilzeitklassen, siehe hierzu Grunau, Sachse & Bartsch 2023).

Die zeitliche Flexibilisierung der Ausbildung ist an die Idee größerer Zeitsouveränität und der Schaffung individueller Möglichkeiten zur Gestaltung persönlicher Lebensbereiche gekoppelt. Der Begriff der Flexibilisierung ist daher kaum trennbar von jenem der Individualisierung. Hierbei stehen die Voraussetzungen und Interessen des Individuums im Mittelpunkt. Es handelt sich daher um mehr als die Herauslösung aus dem Kollektiv oder dem Standardisierten – es geht vielmehr um die Eröffnung von „größere[n] Freiräume[n] zum Denken und Handeln“ (Kick & Scherm 1993, S. 37). Individualisierung betont folglich in einem verstärkten Maße die Bedarfslagen und die Bedürfnisse einzelner Mitarbeitender bzw. Auszubildender und bezieht sich auf die

Möglichkeitsräume auf Akteursebene, wobei Flexibilisierung eher einer institutionellen Ebene zugerechnet wird (siehe Abbildung 1).

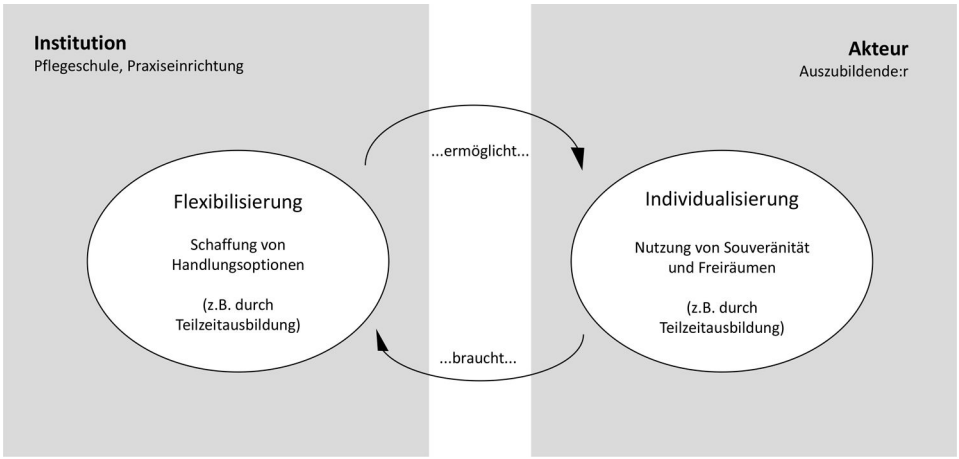


Abbildung 1: Zusammenhang zwischen Flexibilisierung und Individualisierung (Quelle: Eigene Darstellung)

Resümierend kann festgehalten werden, dass die Flexibilisierung des Arbeits- bzw. Ausbildungskontexts die Nutzung von individuellen Freiräumen ermöglicht und souveränes Handeln der/des Einzelnen fördert. Die institutionelle und die Akteursebene sind dabei eng miteinander verwoben.

3 Befunde zur Flexibilisierung von Beruf und Ausbildung

Ein wesentlicher Aspekt der Flexibilisierung umfasst, wie zuvor erwähnt, die zeitliche Organisation von Beruf und Ausbildung. Verschiedene Faktoren können dabei die Arbeitszeitgestaltung beeinflussen: Neben individuellen Wünschen von Mitarbeitenden, bspw. zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf, spielen auch gesetzliche und tarifliche Bestimmungen, wie das Arbeitszeitgesetz oder bei jüngeren Auszubildenden das Jugendarbeitsschutzgesetz, eine wesentliche Rolle bei der Arbeitszeitgestaltung. Hinzu kommen betriebliche Ziele wie die Anpassung des Personalbestands an den schwankenden Personalbedarf sowie arbeitswissenschaftliche Empfehlungen wie die Vermeidung von ungünstigen Schichtfolgen (vgl. Bornewasser & Zülch 2013, S. 24). Im Berufsfeld „Pflege“ arbeiten rund 45 % der Beschäftigten in Schichtarbeit (vgl. BAuA 2014, S. 1). Die zeitliche Organisation der Arbeit kann sich dabei bspw. in einer Reduzierung der täglichen und/oder der wöchentlichen Arbeitszeit niederschlagen. Insbesondere Frauen arbeiten dabei häufiger in Teilzeit[2]. Als Begründung werden von Frauen oftmals die Betreuung von Kindern sowie persönliche und familiäre Verpflich-

2 Eine Tätigkeit, welche weniger als 35 Stunden pro Woche umfasst, wird als Teilzeitbeschäftigung beschrieben (vgl. Wanger 2020, S. 24).

tungen genannt (vgl. Wanger 2020, S. 30). Die Vereinbarkeit von Kinderbetreuung und beruflichen Verpflichtungen wird lediglich von 4 % der männlichen Befragten erwähnt. Männliche Befragte sind überwiegend dann in Teilzeit erwerbstätig, wenn sie zusätzlich eine Ausbildung oder ein Studium absolvieren (vgl. ebd., S. 30 ff.).

Während eine Vielzahl der Beschäftigten in den Pflegeberufen in Teilzeit beschäftigt wird (vgl. Statistisches Bundesamt 2021), stellen die Arbeitszeitsouveränität und die damit verbundene eigenverantwortliche Arbeitszeitgestaltung (vgl. Schmidt, Hasenau & Lehmann 2013, S. 109) in pflegerischen Kontexten eine Ausnahme dar. Oftmals wird argumentiert, dass individuelle Dienstzeiten bspw. in Nachtdiensten aufgrund ökonomischer Restriktionen oder der personellen Ausstattung „[…] schier unmöglich […]" (BAuA 2007, S. 8) seien. Zumehmend existieren Modellversuche, die darauf abzielen, dass Beschäftigte in Pflegeberufen vermehrt eigenverantwortlich Einfluss auf die Gestaltung ihrer Arbeitszeit nehmen können (vgl. Hermann, Jelenski, Schlottfeldt u. a. 2003; Bundesministerium für Gesundheit 2021).

Obwohl sich die Teilzeitbeschäftigung in den letzten Jahren insbesondere im Dienstleistungssektor kontinuierlich erhöht (vgl. Wanger 2020, S. 63), stellt diese in Ausbildungen noch einen Sonderfall dar. Erst 2005 wurde im BBiG[3] § 8 die Möglichkeit zur zeitlichen Flexibilisierung in der Ausbildung festgelegt (vgl. Puhlmann 2008, S. 40), in den Jahren davor gab es jedoch bereits Bemühungen, zeitlich flexible Ausbildungsformate zu erproben, hierbei lag der Fokus insbesondere auf Personen mit Erziehungsverantwortung (vgl. ebd., S. 41). Auch zwei Jahrzehnte später werden lediglich rund 0,4 % der Ausbildungsverträge in der dualen Berufsausbildung nach BBiG/HwO in Teilzeit abgeschlossen (vgl. BMBF 2022, S. 85; Uhly 2020, S. 3). Mit der Neuordnung der Pflegeberufe wurde die Möglichkeit zur Teilzeit auch für angehende Pflegefachmänner und Pflegefachfrauen festgeschrieben (vgl. PflBG 2017, § 6 Abs. 1). Die Inanspruchnahme der Teilzeitausbildung in der Pflege ist bisher sehr gering: Der Anteil der neu abgeschlossenen Ausbildungsverträge in Teilzeit betrug im Jahr 2021 lediglich 1,05 % der neuen Ausbildungsverträge insgesamt (vgl. Statistisches Bundesamt 2022b). Im Vergleich zum Vorjahr ist jedoch ein leichter Anstieg des prozentualen Anteils von 0,1 % zu verzeichnen. In absoluten Zahlen wurden im Jahr 2020 insgesamt 507 Ausbildungsverträge in Teilzeit abgeschlossen; 2021 waren es bereits 591 Neuabschlüsse (vgl. ebd.). Trotz insgesamt sinkender Ausbildungszahlen im Jahr 2022 blieb der Anteil der Teilzeitausbildungen stabil bei 1 % (vgl. Statistisches Bundesamt 2023). Somit zeigt sich, dass die Teilzeitoption insbesondere für junge Mütter eine attraktive Ausbildungsoption darstellt. Jedoch profitieren nicht nur Personen mit Erziehungsverantwortung von flexiblen Ausbildungsformaten, auch für den Arbeitsmarkt stehen mit diesen Personen bisher wenig genutzte Personalpotenziale und -ressourcen, insbesondere für den Dienstleistungssektor, zur Verfügung (vgl. Friese 2008, S. 7). Besonders für die Ausbildung zum/zur Pflegefachmann/Pflegefachfrau ist bisher wenig über die zeitliche Flexibilisierung sowie Organisationsmodelle bekannt.

3 Gesetz zur Reform der beruflichen Bildung (Berufsbildungsreformgesetz – BerBiRefG). Artikel 1. Berufsbildungsgesetz (BBiG). Vom 23. März 2005. Bundesgesetzblatt Jahrgang 2005 Teil I Nr. 20, ausgegeben zu Bonn am 31. März 2005.

Im Projekt *Teilzeit in der Pflegeausbildung* (TiPa) konnten zwei unterschiedliche Zeitmodelle der Teilzeitausbildung identifiziert werden: das integrierte sowie das separate Modell. Bei der integrierten Teilzeitausbildung existieren keine gesonderten Teilzeitkurse in den Schulen, sondern die Teilzeitauszubildenden nehmen im ersten, zweiten und vierten Ausbildungsjahr am regulären Unterricht in den Vollzeitkursen teil, d. h., die Lernzeit entspricht 100 % einer Vollzeitausbildung in der Schule, die Arbeitszeit in den Einrichtungen umfasst 75 % einer Vollzeitausbildung. Im dritten Ausbildungsjahr arbeiten die Teilzeitauszubildenden nur in den Einrichtungen und Kliniken, um Praxisstunden nachzuholen bzw. für das vierte Ausbildungsjahr anzusammeln. Bei separaten Teilzeitkursen setzen sich die Lerngruppen ausschließlich aus Teilzeitauszubildenden zusammen. Die Ausbildung erfolgt sowohl in der schulischen als auch in den praktischen Einrichtungen mit reduzierter Arbeits- bzw. Lernzeit der Vollzeitausbildung; meist wird die Arbeitszeit in Theorie und Praxis um 25 % reduziert und die Ausbildung dauert insgesamt länger als die reguläre Ausbildung (z. B. vier Jahre). Die Teilzeitauszubildenden sind zumeist nur vormittags in der Schule und haben in ihren Einrichtungen individuell angepasste Dienstzeiten, die sich mit ihren Erziehungsaufgaben vereinbaren lassen. Spät- sowie Wochenenddienste erfolgen in enger Absprache zwischen den Auszubildenden und den jeweiligen Pflegedienstleitungen (vgl. Grunau, Sachse & Bartsch 2023).

4 Individuelle und institutionelle Perspektiven auf zeitliche Flexibilisierung der Ausbildung

Der Frage, inwieweit eine Teilzeitausbildung in der Pflege zur Flexibilisierung und Individualisierung der Ausbildung beiträgt, wurde neben weiteren Aspekten zur Angebotsstruktur, zu Rahmenbedingungen und Gestaltungsoptionen im Projekt *Teilzeitausbildung in der Pflege* (2021–2023), nachgegangen (siehe Kapitel 1). Während die bundesweit angelegte Studie ein Mixed-Method-Design verfolgte, bilden die empirische Basis dieses Artikels leitfadengestützte Interviews mit Teilzeitauszubildenden (n = 20) und Bildungsverantwortlichen an Pflegeschulen (n = 15). Durch eine qualitative Inhaltsanalyse in Anlehnung an Mayring (2015) konnten unterschiedliche Aspekte identifiziert werden, die zu einer Flexibilisierung der Ausbildung beitragen. Ferner wurden ebenso Faktoren herausgearbeitet, welche einer Flexibilisierung entgegenstehen. Die ausschließlich weiblichen Auszubildenden befanden sich zum Zeitpunkt des Interviews in unterschiedlichen Modellen der Teilzeitausbildung (siehe Kapitel 3); die Bildungsverantwortlichen an Pflegeschulen arbeiteten an Schulen mit und ohne Teilzeitangebot.

Der Aspekt der Arbeitszeitorganisation stellt eine wichtige Bedingung für eine flexible Ausbildungsgestaltung dar. Zu unterscheiden sind dabei die Reduktion der wöchentlichen und der täglichen Arbeitszeit sowie der individuelle Arbeitszeitbeginn. Insbesondere Frauen mit Erziehungsverantwortung nehmen die Teilzeitausbildung überwiegend in Anspruch. Eine Reduktion der wöchentlichen Arbeitszeit, eventuell

bspw. verbunden mit einem Vier-Tage-Modell, führt dazu, dass die Teilzeitauszubildenden während der Theoriephasen an den unterrichtsfreien Tagen gelernte Inhalte selbstständig vor- und nachbereiten können, da dies oftmals nachmittags aufgrund anderer Verpflichtungen nicht möglich ist. Zudem bewirkt eine reduzierte wöchentliche Arbeitszeit, dass die Auszubildenden seltener an Wochenenden in den stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen tätig werden (müssen). Neben der Organisation der wöchentlichen Arbeitszeit ist eine individuelle Gestaltung der täglichen Arbeitszeit für die Teilzeitauszubildenden zentral. Hierbei zeigt sich, dass eine Fülle an Möglichkeiten vorhanden ist. Eine Vielzahl der Teilzeitauszubildenden berichtet, dass sie bspw. erst gegen acht Uhr sowohl in der Schule als auch in den Einrichtungen beginnen. Während dieser Arbeitszeitbeginn in der Schule oftmals den normalen Unterrichtsbeginn widerspiegelt, beginnen sogenannte „Frühdienste" in Einrichtungen bereits um sechs oder sieben Uhr. Ein späterer Beginn führt dazu, dass die Teilzeitauszubildenden ihre Kinder zuerst in Kindertagesstätten oder Schulen unterbringen können, um anschließend arbeiten zu können. Jedoch zeigt sich, dass der spätere Arbeitszeitbeginn von Kollegen und Kolleginnen kritisch gesehen wird:

> *„Da habe ich mich auch nicht so wohlgefühlt, weil dann geredet wurde, ach die fängt erst um sieben Uhr an [...] weil die kommt erst um acht oder um sieben und dann ist schon so viel erledigt."* (Interview 03 Auszubildende, Z. 131–134)

An diesem Zitat wird die kritische und teilweise ablehnende Haltung der Kollegen und Kolleginnen gegenüber der veränderten Arbeitszeit der Auszubildenden deutlich. Aus der Perspektive der Teilzeitauszubildenden ist ein späterer Arbeitsbeginn mit einer Entlastung der familiären Pflichten verbunden, geht jedoch mit einer Belastungserfahrung in ihrer Einrichtung einher. Trotz dessen wurde im Projekt auch erkennbar, dass eine Vielzahl der Einrichtungen bemüht ist, den Auszubildenden individuelle Arbeitszeiten zu gewähren.

Während ein individueller morgendlicher Arbeitszeitbeginn für familiäre Abläufe erleichternd wirken kann, ist hingegen das Arbeiten am Nachmittag oftmals sehr herausfordernd für die Teilzeitauszubildenden. Insbesondere Auszubildende im integrierten Teilzeitmodell (siehe Kapitel 3) empfinden die unterschiedliche Dauer der schulischen und praktischen Ausbildungseinrichtungen als herausfordernd. So berichtet eine Teilzeitauszubildende:

> *„Also ich habe bislang positive und negative Erfahrungen gemacht. Zum einen die positiven sind zum Beispiel, dass ich bestimmen durfte, wie ich arbeite in den Praxisbereichen. Das haben die auch alles sehr gut eingeplant und so weiter, dass ich das gut mit meinen Kindern hinkriegen konnte. Natürlich ist die Schule in Vollzeit. Was dann natürlich sehr schwierig für uns ist, wegen der Schule von den Kindern. Das passt dann immer nicht. Wir sind erst um halb vier zu Hause. Die sind schon um dreizehn Uhr zu Hause. Das ist dann halt einmal die Schule in Vollzeit und einmal die Praxis in Teilzeit, das passt irgendwie nicht zusammen."* (Interview 06 Auszubildende, Z. 9–16)

Diese Teilzeitauszubildende berichtet, dass ihre Einrichtung sich auf ihre flexiblen Arbeitszeiten einstellt, wohingegen sich die Lernzeiten in der Schule problematisch und

herausfordernd gestalten. Das integrierte Modell wird von den Auszubildenden oftmals nicht als „echte" Teilzeitausbildung wahrgenommen, sondern durch die längeren Schulzeiten als belastend.

Insbesondere alleinerziehende Personen verdeutlichen, dass sie die Arbeitszeitgestaltung auf die Betreuungszeiten ihrer Kinder abstimmen. Zwar verfügen viele der Auszubildenden über ein soziales Netzwerk, welches ebenso die Betreuung der Kinder übernehmen kann, dennoch deutet sich an, dass die Teilzeitauszubildenden möglichst unabhängig agieren möchten:

> *„Ich bin so ein Sicherheitsmensch und habe jetzt ähm meine Zeiten so angegeben, wie ich arbeiten könnte, auch, wenn ich ganz alleine wäre, ohne Partner, wie auch immer."* (Interview 02 Auszubildende, Z. 175–177)

Vielfach zeigt sich, dass bereits zu Beginn der Ausbildung in Beratungsgesprächen mit den Teilzeitauszubildenden mögliche Arbeitszeiten unter Berücksichtigung individueller Lebensbereiche vereinbart werden. Entscheidend ist dabei, dass sich die Pflegeschulen mit den Trägern der praktischen Ausbildung abstimmen. Herausfordernd sind besonders Einsätze, welche außerhalb der sogenannten „Stammeinrichtungen" durchgeführt werden: Hierbei ist eine Einhaltung der individuell vereinbarten Arbeitszeiten nicht unbedingt möglich. Es bedarf viel Kommunikation seitens der Teilzeitauszubildenden sowie Pflegeschulen, sodass individuelle Lern- und Arbeitszeiten ermöglicht werden. Dennoch zeigt sich, dass Teilzeitauszubildende sehr bemüht sind, auch andere Arbeitszeiten zu übernehmen, sobald sie die individuellen Arbeitszeiten nicht benötigen.

Neben der Reduktion der wöchentlichen bzw. täglichen Ausbildungszeit ist die Urlaubsplanung für viele Teilzeitauszubildende mit Herausforderungen verbunden, da oftmals der Urlaub von den Pflegeschulen bzw. Trägern der praktischen Ausbildung vorgegeben wird und damit zum Teil in Konflikt mit Schließungen von Kindertagesstätten steht. Pflegeschulen, an denen sich bereits eine Teilzeitausbildung etabliert hat, stimmen dabei die Urlaubsplanung auf etwaige Schließzeiten ab oder überlassen es den Teilzeitauszubildenden, die Planung des Urlaubs selbsttätig vorzunehmen.

Abschließend wird erkennbar, dass eine individuelle Arbeitszeitorganisation einen wesentlichen Bestandteil für eine flexible Ausbildung darstellt. Ein Großteil der Pflegeschulen versucht dabei, eine Arbeitszeitsouveränität (siehe Kapitel 3) für die Teilzeitauszubildenden herzustellen, sodass individuell abgestimmte Arbeitszeiten möglich sind. Gleichwohl wird deutlich, dass die Akzeptanz noch nicht flächendeckend etabliert ist und von den Teilzeitauszubildenden eine hohe Kommunikationskompetenz erfordert. Dennoch stellt die Teilzeitausbildung eine attraktive Option für Personen dar, die aufgrund anderer Lebensumstände keine Vollzeitausbildung absolvieren können bzw. wollen:

> *„Bei mir war das ich bin ja damals relativ sehr früh Mutter geworden mit achtzehn. Und insgeheim wollte ich schon immer ins Krankenhaus und da arbeiten in der Pflege, aber es gab halt nie die Möglichkeit, weil Vollzeit war für mich halt einfach nicht machbar wegen den Kindern her*

> *und dann hab ich erst einen anderen beruflichen Werdegang eingeschlagen. Also ich bin eigentlich gelernte Einzelhandelskauffrau. Und die habe ich sogar damals auch in Teilzeit absolvieren können."* (Interview 26 Auszubildende, Z.131–139)

Die Auszubildende berichtet, dass sie bereits als junge Erwachsene eine Ausbildung in der Pflege absolvieren wollte, jedoch aufgrund ihrer Erziehungsverantwortung nur eine Ausbildung in Teilzeit ausüben wollte, sodass sie zunächst eine Ausbildung zur Einzelhandelskauffrau abschloss und erst zu einem späteren Zeitpunkt eine pflegerische Ausbildung begann. Die Lebensphase und die damit verbundenen Aufgaben spielen somit eine entscheidende Rolle bei der Wahl des passenden Ausbildungsformats.

Auch eine flexible Lernorganisation bspw. durch die bereits skizzierte Vier-Tage-Woche mit individuellen Lernzeiten trägt dazu bei, die Ausbildung flexibler zu gestalten. Neben einem flexiblen Arbeitsort tragen auch digitale Elemente, wie bspw. virtuelle Lernplattformen, zur Flexibilität bei. Den Teilzeitauszubildenden wird dadurch ermöglicht, in ihrem individuellen Rhythmus relevante Inhalte zu erarbeiten. Auch wenn die Teilzeitauszubildenden von den Pflegeschulen als zuverlässig und leistungsstark beschrieben werden, ist eine eigenständige Erarbeitung von Inhalten aufgrund der oftmals länger zurückliegenden Schulzeit mit Herausforderungen verbunden. Trotzdem stellen digitale Elemente eine sinnvolle Ergänzung dar, da die Teilzeitausbildung bisher nicht flächendeckend etabliert ist und so lange Fahrzeiten vermieden werden können.

Für die Teilzeitauszubildenden bedarf es neben den bisherigen flexibel und zum Teil individuell angepassten Arbeitszeitorganisationen ebenfalls Unterstützungsnetzwerke wie bspw. individuelle private Netzwerke wie Nachbarinnen und Nachbarn, Familie oder Freundinnen und Freunde:

> *„Und dann muss im Vorfeld gut geklärt sein, sind die Kinder versorgt, weil viele mindestens eins, wenn nicht sogar drei Kinder haben, manchmal auch alleinerziehend sind. Ähm, dass die Kinder gut untergebracht sind, weil am Anfang hatten wir zwei, drei Teilnehmerinnen, die leider abbrechen mussten, weil es dann mit den Kindern schwierig war, weil es dann eben nicht ging, wenn das Kind krank war und eben dann keine Person da war, die das Kind versorgt hat."* (Interview 12 Schule, Z. 36–41)

Ohne externe Unterstützung haben es Teilzeitauszubildende schwer, den vielfältigen Anforderungen von Erziehungsverantwortung und Ausbildungsanforderungen gerecht zu werden. Neben individuell organisierten Netzwerken ist auch ein professionell organisiertes Netzwerk für Teilzeitauszubildende notwendig. Professionell organsierte Netzwerke unterstützen und begleiten interessierte Personen bei der Aufnahme einer Teilzeitausbildung in der Pflege (und anderen Berufen). Auch während der Ausbildung bieten professionelle Netzwerke sozialpädagogische Begleitung, finanzielle Beratung und individuelle Begleitung für die Teilnehmenden an wie bspw. einen intensiven Sprachunterricht, Lernhilfen und Prüfungsvorbereitung.

Durch die Flexibilisierung der Ausbildungsorganisation können neue Zielgruppen für die Pflegeausbildung gewonnen werden. Zudem stellt sich heraus, dass trotz der Bemühungen einer flexiblen Ausbildungsgestaltung bisherige gesetzliche Rah-

menbedingungen diese begrenzen. Insbesondere für Personen mit Erziehungsverantwortung ist das Vermeiden von Fehlzeiten schwierig. Auch wenn Pflegeschulen dafür kreative Lösungen finden, wie bspw. das virtuelle Hinzuschalten in den Klassenraum, handelt es sich hierbei um Einzelfallentscheidungen. Eine flexible Gestaltung der Ausbildung bringt auch organisatorische Herausforderungen für die Pflegeschulen mit sich. Vor allem die Organisation im separaten Modell (siehe Kapitel 3) birgt eine Vielzahl an Hürden. Der zusätzliche organisatorische Aufwand durch die angepasste Verteilung der zu leistenden Theorie- und Praxisstunden über einen längeren Zeitraum sowie die Bereitstellung zusätzlicher personeller und räumlicher Ressourcen stellt Pflegeschulen vor Hindernisse:

> *„Zumindest ist der Gedankengang hauptsächlich der, wenn man jetzt einen Kurs in Teilzeit anbietet, den müsste man ja oben draufsatteln. Und das ist momentan organisatorisch nicht möglich bei uns."* (Interview 13, Schule, Z. 75–76)

Eine Ausbildung in Teilzeit, so wird erkennbar, wird von den Akteuren in Bildungseinrichtungen somit als ein ergänzendes und nicht als ein ersetzendes Angebot verstanden. Trotz dessen, dass die Herstellung flexibler Rahmenbedingungen herausfordernd ist, wird deutlich, dass die langfristigen Benefits überwiegen:

> *„Also ich kann nur sagen, wenn ich Patient im Krankenhaus wäre, dann würde ich mir genau die Personen da wünschen, die wir in der Teilzeitausbildung ausbilden. Das wären genau die, von denen ich sagen würde, genauso sollte das sein. Diese Lebenserfahrung kombiniert mit der Menschlichkeit, plus die hohe Fachlichkeit, das Vorankommen wollen. Das ist genau das, was man in der Pflege sehen möchte."* (Interview 11 Schule, Z. 398–403)

Zudem zeigen Befunde der Studie *TiPa*, dass Teilzeitauszubildende nicht unbedingt nach Ausbildungsende in Teilzeit beschäftigt werden. Veränderte Lebensbedingungen führen dazu, dass eine Vollzeitbeschäftigung möglich und angestrebt wird.

5 Teilzeit in der Pflegeausbildung als Ansatz der Flexibilisierung

In zunehmend volatilen und komplexeren Zeiten stellt die Teilzeitausbildung eine Möglichkeit dar, flexible Rahmenbedingungen zu schaffen, um auf individuelle Bedarfe von Auszubildenden eingehen zu können. Erkennbar wurde, dass die Möglichkeit der Teilzeitausbildung bereits gesetzlich verankert ist, jedoch auf institutioneller Ebene unterschiedlich – entweder in einem separaten oder in einem integrierten Modell – ausgestaltet wird. Damit einhergehend zeigen sich Herausforderungen für die jeweiligen Pflegeschulen und Einrichtungen, wie bspw. personelle und räumliche Ressourcen sowie organisatorischer Mehraufwand bei der Organisation der Teilzeitausbildung. Auf individueller Ebene wurde erkennbar, dass die Inanspruchnahme der Teilzeitausbildung bisher eher gering ist und mit vielschichtig erlebten Chancen und Grenzen verbunden wird wie der Akzeptanz in den Einrichtungen, der unterschied-

lichen Dauer der Arbeits- und Lernzeiten sowie dem Bedarf an Unterstützung durch Familie, Freundinnen und Freunde, Nachbarinnen und Nachbarn.

Die Flexibilisierung von Ausbildung wurde in diesem Beitrag insbesondere vor dem Hintergrund von Personen mit Erziehungsverantwortung diskutiert, welche zwar die zahlenmäßig größte, jedoch nicht die einzige Zielgruppe für eine Ausbildung in Teilzeit darstellt. Auch Personen mit sprachlichem Förderbedarf oder Menschen mit Migrationshintergrund stellen weitere Zielgruppen dar. Diese haben zum Teil andere Ansprüche und Bedarfe an eine flexible Ausbildungsgestaltung.

Flexible Ausbildungsformate sind nicht per se individuell, sondern im Regelfall für eine bestimmte Zielgruppe gestaltet. Um auf den steigenden Fachkräftebedarf reagieren zu können, sind darüber hinaus auch individuelle Lösungen zu eruieren. Einen Ansatz stellt bspw. die Verzahnung von Voll- und Teilzeitausbildungsangeboten dar. Bestenfalls können dann Auszubildende je nach individuellen Möglichkeiten und Bedarfslagen zwischen Voll- und Teilzeitausbildung wechseln. Zu bedenken ist hierbei, dass solch individuelle Lösungen mit einem hohen organisatorischen Aufwand verbunden sind.

Fließende Übergänge zwischen Voll- und Teilzeitausbildung?

Die Voraussetzungen und Lebensumstände von Auszubildenden sind unterschiedlich und können sich im Laufe der Ausbildungszeit verändern. Es können mitunter Fälle auftreten, bei denen ein ausbildungsimmanenter Wechsel zwischen der Voll- und Teilzeitvariante eine passende Option darstellt.

Beispiel 1: Eine Auszubildende wird gegen Ende des ersten Ausbildungsjahres schwanger und kann noch etwa die Hälfte ihrer Ausbildung in Vollzeit absolvieren. Nach der Mutterschutzfrist möchte sie direkt in die Ausbildung zurückkehren und diese zügig in Teilzeit zu Ende bringen. Sie möchte den Anschluss nicht verlieren und kann bei der Kinderbetreuung auf intensive Unterstützung durch ihren Partner und durch die Großeltern zurückgreifen. Ein Wiedereinstieg in Teilzeit mit 75 Prozent der regulären Ausbildungszeit wäre für sie ideal.

Beispiel 2: Ein Auszubildender beginnt die Ausbildung zum Pflegefachmann in Teilzeit und absolviert parallel noch einen Sprachkurs. Durch die Teilzeitausbildung wird ihm ermöglicht, genug Zeit für die Vor- und Nachbereitung des Sprachkurses vorzuhalten. Der Auszubildende schließt den Sprachkurs acht Monate nach Ausbildungsbeginn erfolgreich ab. Aus Sicht des engagierten Auszubildenden steht einem Wechsel von der Teilzeit- in die Vollzeitausbildung nichts entgegen. Im Gegenteil: Durch den Wechsel in die Vollzeitvariante kann der Auszubildende seine Ausbildung in kürzerer Zeit beenden und steht anschließend dem Arbeitsmarkt zur Verfügung.

Die Teilzeitausbildung stellt, wie eingangs erwähnt, noch einen Sonderfall dar und ist bisher nicht flächendeckend etabliert. Vorbehalte sind, dass die Teilzeitausbildung personelle und materielle Ressourcen erfordert und organisatorische Herausforderungen

entstehen. Für die beteiligten Institutionen, Schulen und Praxiseinrichtungen kann die Teilzeitausbildung gewissermaßen als „Investment" verstanden werden. Die Flexibilisierung von Ausbildungszeiten kann dazu beitragen, neue Zielgruppen für die Ausbildung zu gewinnen, für die eine Vollzeitausbildung nicht infrage kommt. Darüber hinaus bieten attraktive und an die Bedarfe der Auszubildenden angepasste Rahmenbedingungen das Potenzial, das Commitment der Auszubildenden und künftigen Fachkräfte gegenüber der Praxiseinrichtung sowie gegenüber dem Pflegeberuf zu steigern. In Anlehnung an Vobruba (2006) ist die Teilzeitausbildung zur Pflegefachperson ein „Potenzial", von dem nicht nur die Auszubildenden situativ profitieren, sondern durch das mittel- und langfristig positive Effekte im Hinblick auf die Personalsituation in der stationären und ambulanten Pflege erzeugt werden können.

Literatur

Arbeitsgruppe 9 + 1 (2022). *Zukunftsfähig bleiben! 9 + 1 Thesen für eine bessere Berufsbildung*. Bonn: Bundesinstitut für Berufsbildung. Verfügbar unter https://www.bibb.de/dienst/publikationen/de/17769 (Zugriff am: 12.05.2023).

Bornewasser, M. & Zülch, G. (2013). Flexibilisierung der Arbeit als Anpassungsstrategie von Betrieben und Arbeitnehmern. In M. Bornewasser & G. Zülch (Hg.), *Arbeitszeit, Zeitarbeit. Flexibilisierung der Arbeit als Antwort auf die Globalisierung*, S. 17–40. Wiesbaden: Springer Gabler.

Büchter, K. (2018). Berufsschulen in der dualen Ausbildung und regionalen Wirtschaft: Gleichberechtigte Partnerschaft durch Reformen? *Working Paper Forschungsförderung*, No. 059. Verfügbar unter http://hdl.handle.net/10419/215989 (Zugriff am: 17.04.2023).

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) (2014). *Faktenblatt 10: Arbeit in der Pflege – Arbeit am Limit? – Arbeitsbedingungen in der Pflegebranche*. Verfügbar unter www.baua.de/dok/6505548 (Zugriff am: 17.04.2023).

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) (2007). *Gestaltung der Arbeitszeit im Krankenhaus: Zur Umsetzung neuer Nachtarbeitszeitregelungen unter Berücksichtigung arbeitswissenschaftlicher Erkenntnisse*, 5. Auflage. Verfügbar unter https://www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Praxis/A8.html (Zugriff am: 24.10.2023).

Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (2022). *Berufsbildungsbericht 2022*. Verfügbar unter www.bmbf.de/SharedDocs/Downloads/de/2022/berufsbildungsbericht-2022.pdf (Zugriff am: 17.04.2023).

Bundesministerium für Gesundheit (2021). *Arbeitszeiten innovativ gestalten*. Verfügbar unter https://pflegenetzwerk-deutschland.de/schwerpunkte/arbeitsbedingungen/arbeitszeiten-innovativ-gestalten (Zugriff am: 18.10.2023).

Euler, D. & Severing, E. (2007). Flexible Ausbildungswege in der Berufsbildung: Ziele, Modelle, Maßnahmen. *Wirtschaft und Bildung*, Bd. 46.

Friese, M. (2008). *Kompetenzentwicklung für junge Mütter: Förderansätze der beruflichen Bildung*. Bielefeld: Bertelsmann.

Gössling, B. & Grunau, J. (2020). Validation arrangements for formally low-qualified staff in geriatric care: The Design-based Research project KomBiA. *EDeR. Educational Design Research*, 4(2).

Grunau, J., Sachse, L. & Bartsch, L. (2023). Teilzeitausbildung in der Pflege – Zielgruppen und Organisationsfragen. *BWP – Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis*, 52(1), S. 46–50. Verfügbar unter www.bwp-zeitschrift.de/dienst/veroeffentlichungen/de/bwp.php/de/bwp/show/18304. (Zugriff am: 17.04.2023).

Hackel, M. (2022). Flexibilisierungsoptionen im Rahmen des BBiG und ihre Umsetzung. *BWP – Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis*, 51(03), S. 13–16. Verfügbar unter https://www.bwp-zeitschrift.de/dienst/veroeffentlichungen/de/bwp.php/de/publication/download/17938 (Zugriff am: 22.10.2023).

Hermann, L., Jelenski, J., Schlottfeldt, C. & Schnitzler, G. (2003). *Leitfaden zur Gestaltung und Umsetzung flexibler Arbeitszeitsysteme in Pflege- und Betreuungseinrichtungen. Erfahrungen aus einem Modellprojekt des Diakonischen Werkes Berlin-Brandenburg e. V.* Verfügbar unter https://arbeitszeitkanzlei.de/wp-content/uploads/2020/02/NeuZeit.pdf (Zugriff am: 24.10.2023).

Hickmann, H. & Koneberg, F. (2022). Die Berufe mit den aktuell größten Fachkräftelücken. *IW-Kurzbericht*, No. 67/2022.

Hurrelmann, K. (2015). Vorwort. In J. Pundt & K. Kälble (Hg.), *Gesundheitsberufe und gesundheitsberufliche Bildungskonzepte: Der vorliegende Themenband vertieft die Ergebnisse des 5. APOLLON Symposiums der Gesundheitswirtschaft*, 1. Auflage, S. 13–14. Apollon University Press.

Kick, T. & Scherm, E. (1993). Individualisierung in der Personalentwicklung (PE). *Zeitschrift für Personalforschung*, 7, S. 35–49.

Kitzler, J. F. (2021). Flexibilisierung der betrieblichen Berufsausbildung. Dissertation. *AutoUni – Schriftenreihe*, Band 161.

Kremer, M. (2008). Potenziale mobilisieren und Veränderungen gestalten. *Zeitschrift für Berufs- und Wirtschaftspädagogik (ZBW)*, 1, S. 7–15.

Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*, 12. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.

Puhlmann, A. (2008). Ausbildung in Teilzeit. Projekterfahrungen zur Vereinbarkeit von Berufsausbildung und Familie. *Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis*, 3/2008, S. 40–43.

Reuß, S., Rauschnik, L. & Kanamüller A. (2016). *Arbeitszeit. Qualitative Ergebnisse für Deutschland. Expertise für die Kommission „Arbeit der Zukunft"*. Hans-Böckler-Stiftung. Verfügbar unter https://www.boeckler.de/pdf/adz_expertise_reuyss_arbeitszeit_quali.pdf (Zugriff am: 24.10.2023).

Rothgang, H. (2020). *Abschlussbericht im Projekt Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI (PeBem)*. Bremen: Universität Bremen.

Schmidt, D., Hasenau, K. & Lehmann, C. (2013). Betriebliche Strategien der Flexibilisierung: Die Rolle der Arbeitszeit. In M. Bornewasser & G. Zülch (Hg.), *Arbeitszeit, Zeitarbeit: Flexibilisierung der Arbeit als Antwort auf die Globalisierung*, S. 99–114. Wiesbaden: Springer Gabler.

Schmidt, H. (1996). Flexibilisierung der Berufsausbildung – Flexibilisierung als Organisationsprinzip? *BWP*, 25(4), S. 1–2.

Schober, K. & Westhoff, G. (2008). Die Flexibilisierung – eine neue Chance für die berufliche Aus- und Weiterbildung? *Bwp@ Spezial*, 4. Verfügbar unter https://www.bwpat.de/ht2008/ws26/schober_westhoff_ws26-ht2008_spezial4.pdf (Zugriff am: 23.20.2023).

Seyda, S., Köppen, R. & Hickmann, H. (2021). Pflegeberufe besonders vom Fachkräftemangel betroffen. *KOFA kompakt*, 10/2021. Verfügbar unter https://www.iwkoeln.de/studien/susanne-seyda-helen-hickmann-pflegeberufe-besonders-vom-fachkraefte mangel-betroffen.html (Zugriff am: 14.09.2023).

Statistik der Bundesagentur für Arbeit (2023). *Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich. Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt*. Verfügbar unter https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Statischer-Content/Statistiken/Themen-im-Fokus/Berufe/Generische-Publikationen/Altenpflege.pdf?__blob=publicationFile (Zugriff am: 19.10.2023).

Statistisches Bundesamt (2023). *Statistik nach der Pflegeberufe-Ausbildungsfinanzierungsverordnung 2022*. Verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bildung-Forschung-Kultur/Berufliche-Bildung/Publikationen/Downloads-Berufliche-Bildung/statistischer-bericht-pflegeberufe-ausbildungsfinanzierung-vo-5212401227005.html?nn=209160 (Zugriff am: 18.10.2023).

Statistisches Bundesamt (2022a). *Gesundheitspersonal: Deutschland, Jahre, Einrichtungen, Geschlecht*. Verfügbar unter https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?sequenz=tabelleErgebnis&selectionname=23621-0001&zeitscheiben=10#abreadcrumb (Zugriff am: 17.04.2023).

Statistisches Bundesamt (2022b). *Statistik nach der Pflegeberufe-Ausbildungsfinanzierungsverordnung 2021*. Verfügbar unter www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bildung-Forschung-Kultur/Berufliche-Bildung/Publikationen/Downloads-Berufliche-Bildung/pflegeberufe-ausbildungsfinanzierung-vo-5212401217005.xlsx (Zugriff am: 17.04.2023).

Statistisches Bundesamt (2021). *Altenpflegekräfte arbeiten sehr häufig in Teilzeit*. Verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2021/12/PD21_N068_2313.html (Zugriff am: 17.04.2023).

Uhly, A. (2020). *Duale Berufsausbildung in Teilzeit. Empirische Befunde zu Strukturen und Entwicklungen der Teilzeitberufsausbildung (BBiG/HwO) sowie zu Ausbildungsverläufen auf Basis der Berufsbildungsstatistik*. Verfügbar unter https://datapool-bibb.bibb.de/pdfs/20200804_Teilzeitberufsausbildung_Uhly_Preprint_final.pdf (Zugriff am: 24.10.2023).

Vobruba, G. (2006). Grundlagen der Soziologie der Arbeitsflexibilität. *Berliner Journal für Soziologie*, 16(1), S. 25–35. https://doi.org/10.1007/s11609-006-0003-7.

Wanger, S. (2020). *IAB-Forschungsbericht: Entwicklung von Erwerbstätigkeit, Arbeitszeit und Arbeitsvolumen nach Geschlecht*. Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) (Hg.). Verfügbar unter https://doku.iab.de/forschungsbericht/2020/fb1620.pdf (Zugriff am: 23.10.2023).

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1 Zusammenhang zwischen Flexibilisierung und Individualisierung 231

Tabellenverzeichnis

Tab. 1 Flexibilisierungsansätze und -potenziale 230

Autorinnen



Lena Sachse, M. Ed., wissenschaftliche Mitarbeiterin, Fachgebiet Berufs- und Wirtschaftspädagogik am Institut für Erziehungswissenschaft, Universität Osnabrück. Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Aus-, Fort- und Weiterbildung der Gesundheits- und Pflegeberufe mit besonderem Schwerpunkt auf (berufliche) Übergänge.



Dr. phil. **Janika Grunau**, Dipl.-Ghl., wissenschaftliche Mitarbeiterin, Fachgebiet Berufs- und Wirtschaftspädagogik am Institut für Erziehungswissenschaft, Universität Osnabrück. Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Aus-, Fort- und Weiterbildung der Gesundheits- und Sozialberufe, informelles und non-formales Lernen, berufliche (Lehrer-)Bildung und soziale Herkunft, gestaltungsorientierte Forschung in der Berufs- und Wirtschaftspädagogik.

Neue Herausforderungen im Kontext der Pflegeausbildung

Erwartungen an die Pflegeausbildung – Praxisschock als Grund für Ausbildungsabbrüche?

Philipp Fuchs, Maik Oliver Mielenz, Katja Seidel, Sabine Wellmer

1 Einleitung

Der Bedarf an Fachkräften in der Pflege steigt seit Jahren an, insbesondere aufgrund des demografischen Wandels in der deutschen Gesellschaft. Während die Zahl pflegebedürftiger Menschen zunimmt, rekrutieren sich angehende Pflegekräfte aus kleiner werdenden Jahrgängen. Zwar ist die Zahl der Pflegebeschäftigten in der letzten Dekade erheblich gestiegen (vgl. BA 2022), allerdings wird der künftige Bedarf das Angebot an Fachkräften dennoch deutlich übersteigen. Dadurch zeichnet sich eine weitere Verschärfung des gegenwärtigen Mangels ab, der bis 2030 laut Schätzungen auf eine Versorgungslücke von 187.000 Vollzeitkräften anwachsen wird (vgl. Blum, Offermanns & Steffen 2020, S. 6). Vor diesem Hintergrund gewinnt die Frage nach Ausbildungsabbrüchen in der Pflege an zusätzlicher Relevanz, da mit jedem Abbruch das Potenzial an zukünftigen Fachkräften weiter verringert wird. Gleichzeitig begreift die Berufsbildungsforschung Ausbildungsabbrüche nicht mehr unbedingt als Scheitern mit ausschließlich negativen Folgen, sondern vielmehr als erwartbare Neujustierungen, die einen normalen Orientierungsprozess widerspiegeln (vgl. Holtmann & Solga 2022). Trotz vielfältigen internationalen Forschungsstands (vgl. González & Peters 2021) bleibt zu konstatieren, dass Forschungsarbeiten zu Ausbildungsabbrüchen im deutschen Pflegekontext generell selten und in vielen Fällen rein qualitativ ausgerichtet sind. Befragungsdaten zu diesem Thema fehlen für Deutschland bislang, gerade mit Blick auf eine Längsschnittperspektive und eine nähere Betrachtung der jüngst umgesetzten Generalistikreform in der Pflegeausbildung (vgl. Jakobs & Vogler 2020).

Im Zuge der Reform wurden die bisher getrennt geregelten Pflegeausbildungen zu einem neuen gemeinsamen Berufsbild zusammengeführt. Alle Auszubildenden absolvieren in diesem Rahmen zwei Jahre lang eine gemeinsame Ausbildung und können danach für das dritte Ausbildungsjahr einen Vertiefungsbereich wählen. Neben dem generalistischen Berufsabschluss Pflegefachfrau/Pflegefachmann kann in Abhängigkeit vom gewählten Vertiefungsbereich auch der Abschluss „Altenpfleger:in" oder „Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger:in" erworben werden. Exemplarisch zeigt der Beitrag von Bleses u. a. in diesem Sammelband Folgen der Generalistikreform mit Blick auf die Qualität der Pflegeausbildung für das Bundesland Bremen auf.

Das vom Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) beauftragte Projekt „Analyse von Maßnahmen zur Verhinderung von Ausbildungsabbrüchen in der Pflege" adres-

siert die Forschungslücke insbesondere fehlender quantitativer Befragungsdaten zu Ausbildungsabbrüchen in der Pflege. Im Fokus des vorliegenden Beitrags stehen erste Ergebnisse aus dem quantitativen Baustein des Projekts, einer Panelbefragung von Auszubildenden in der Pflege, die zwischen April 2022 und April 2023 durchgeführt wurde. Befragt wurden Pflegeauszubildende der Generalistik im ersten und zweiten Ausbildungsjahr im Abstand von sechs Monaten über drei Erhebungswellen hinweg.

Den Schwerpunkt der vorliegenden Analysen bildet das Phänomen des sogenannten „Praxisschocks" (Kramer 1974), also das Auseinanderklaffen von Erwartungen und tatsächlicher Realität einer Ausbildung, das von Auszubildenden als krisenhaft erlebt wird und den Abbruch der Ausbildung zumindest begünstigen kann. In unseren Auswertungen gehen wir potenziellen Einflussfaktoren nach, die mit einem solchen „Praxisschock" zusammenhängen.

Die verfolgte Fragestellung wird zunächst in den Kontext des Forschungsstandes eingebettet (Kapitel 2), um in der Folge die zugrunde liegende Datenbasis (Kapitel 3) näher zu beschreiben. Den empirischen Kern bilden die Auswertungen der Befragungsdaten der ersten Welle, in deren Rahmen wir unsere Operationalisierung des Praxisschocks darstellen (Kapitel 4) und differenzierende Analysen dieses Phänomens diskutieren (Kapitel 5). Nach einer Bilanzierung der empirischen Ergebnisse (Kapitel 6) wird der Beitrag durch eine Diskussion forschungsbezogener und praktischer Implikationen beschlossen (Kapitel 7).

2 Einbettung in den Forschungskontext

Im Zuge der Berufswahl wird eine der zentralen Weichenstellungen für das weitere (Erwerbs-)Leben vorgenommen. Dementsprechend kommt dieser Entscheidung eine große Bedeutung zu, sowohl mit Blick auf die individuelle Passung von angestrebtem Beruf und eigenen Erwartungen und Fähigkeiten als auch mit Blick auf das sogenannte Matching von Angebot und Nachfrage am Arbeitsmarkt insgesamt. Der Prozess der Berufswahl wird in der Forschung von verschiedenen Disziplinen und aus verschiedenen theoretischen Perspektiven beleuchtet, etwa hinsichtlich geschlechtsspezifischer Motive und Ungleichheiten (vgl. Chesters 2022) oder mit einem Fokus auf soziale Ungleichheit (vgl. Finger 2022). Andere Ansätze stellen individuelle psychische Strukturen und Merkmale als Triebfedern der Berufswahl in den Vordergrund (vgl. Schmude 2011) oder begreifen die Berufswahl als sukzessiven psychologischen Prozess der Entwicklung beruflicher Aspirationen (vgl. Gottfredson 1981).

Im Fall eines Ausbildungsabbruchs stellt sich die Frage, inwiefern dieser zumindest in Teilen mit einer nicht hinreichend fundierten Berufswahl zusammenhängt. Durch eine solche Fragestellung verschiebt sich der Akzent hinsichtlich der Bedeutung der Berufswahl weg von einer Erklärung des Verlaufs von Laufbahnen, des erzielten Einkommens und des Fortbestehens von Ungleichheiten hin zur Ursache für ein Ereignis, das die Berufswahl an sich infrage stellt. Ein Ausbildungsabbruch kann sowohl Ausdruck einer sinnvollen und letztlich erfolgreichen Umorientierung sein als

auch einer persönlichen Krise mit langfristigen Folgen für die Bildungs- und Erwerbsbeteiligung (vgl. Patzina & Wydra-Sommagio 2021).

Das Risiko eines Ausbildungsabbruchs ist allerdings sehr ungleich zwischen den Ausbildungsberufen verteilt, wie die Lösungsquoten, also der Anteil an vorzeitig gelösten Ausbildungsverträgen, verdeutlichen: Während aktuell Verwaltungsfachangestellte mit einer Lösungsquote von 4,6 % am unteren Ende der Skala rangieren, liegt die Lösungsquote für Friseure und Friseurinnen bei einem Maximum von 44,8 % und beträgt damit fast das Zehnfache (vgl. BIBB 2022, S. 145). Für die Pflegeausbildung liegen keine vergleichbaren Daten zur Lösungsquote vor, die Pflegeausbildungsstatistik (PfleA) weist für 2021 jedoch einen Anteil von 8,3 % an vorzeitig gelösten Ausbildungsverträgen aus, selbst wenn dieser Wert nicht mit der Lösungsquote gleichzusetzen ist (vgl. AG Statistik 2022, S. 26). Auch in Ermangelung einer belastbaren Datenbasis gehen manche Akteure von deutlich höheren Lösungsquoten von bis zu 30 % in der Pflege aus, die jedoch empirisch keineswegs gesichert sind.[1]

Neben der allgemeinen Forschung zu Ausbildungsabbrüchen und ihren Folgen im Kontext der Arbeitsmarktforschung (exemplarisch Kotte 2018) existiert ein Forschungsstrang, der sich dezidiert auf die vorzeitige Beendigung einer Ausbildung in der Pflege konzentriert. Einen der prominentesten pflegespezifischen Ansätze hat Kramer (1974) mit der Theorie des „Reality Shock", des Praxisschocks, begründet.[2] Dieser geht davon aus, dass sich das Verlassen der Pflege – ursprünglich nicht während der Ausbildung, sondern in der Zeit unmittelbar nach einer primär schulischen Ausbildung – daraus erklärt, dass die Novizen und Novizinnen einen mehrphasigen Prozess der Initiation und des Lernens durchlaufen. In dessen Zuge werden die schulisch vermittelten Werte der Arbeit in der Pflege mit denen der erlebten Arbeitsrealität abgeglichen. Große Diskrepanzen zwischen Erwartungen und tatsächlicher Praxis können demnach ein Verlassen des Pflegebereichs begünstigen.

Kramer unterteilt diesen Prozess in vier Phasen: (1) der initiale „Honeymoon", währenddessen die Arbeit in der Pflege mit Enthusiasmus angenommen wird, welcher durch die Phase (2) des Schocks abgelöst wird, in der negative Gefühle zutage treten, da die Praxis mit zunehmender Erfahrung als abweichend von den ursprünglichen Erwartungen empfunden wird. Dies ist zugleich die kritische Phase, in der Abbrüche besonders wahrscheinlich sind. Kommt es nicht zu einem Abbruch, folgt Phase (3), die Erholung, in der der Alltag in der Pflege differenziert und durchaus auch (wieder) positiv erlebt wird, bis sich schließlich in Phase (4), der Lösung des anfangs erlebten Konflikts, eine stabile und positive Haltung gegenüber der Arbeit in der Pflege herausbildet.

Aufbauend auf diesem Ansatz sind zahlreiche Untersuchungen durchgeführt worden, die mit variierenden Akzentuierungen der Frage nachgehen, inwiefern ein solcher Praxisschock tatsächlich existiert, welche Folgen er hat und wie dieser abgemildert werden kann.

1 Exemplarisch hierfür die folgende Website der Initiative „Pflegenot-Deutschland", die allerdings keine Quelle für die Schätzung nennt: https://www.pflegenot-deutschland.de/ct/pflegeausbildung-abbruchquote/.

2 Dieses Modell wurde auch für andere Berufe, etwa den Lehrerberuf, fruchtbar gemacht (vgl. Müller-Fohrbordt, Cloetta & Dann 1978 oder aktuell Dicke, Holzenberger, Kunina-Habenicht u. a. 2016).

Exemplarisch für jüngere Untersuchungen zum Praxisschock in der Pflege aus dem internationalen Kontext, die sich explizit auf Kramer beziehen, lassen sich die Arbeiten von Kim (2020) oder Kaihlanen, Salminena, Flinkmana u. a. (2019) anführen. Erstere untersucht den Zusammenhang zwischen Praxisschock und Selbstkonzept von Berufsanfängern und Berufsanfängerinnen in der Pflege, also nach Ende der überwiegend schulischen Ausbildung, und kommt anhand einer standardisierten Befragung von 184 Fällen zu dem Schluss, dass ein Praxisschock negativ auf das berufliche Selbstkonzept einwirken kann, während das vom Anleitungspersonal entgegengebrachte Vertrauen das Selbstkonzept in positiver Weise beeinflussen kann. Kaihlanen, Salminena, Flinkmana u. a. untersuchen in einer qualitativen Studie (n = 20) den Einfluss von praktischen Erfahrungen zum Ende der Ausbildung hin auf den darauffolgenden Übergang in die Berufstätigkeit. Sie zeigen, dass bestimmte Erfahrungen im letzten Praktikum dazu geeignet sind, den Übergang zu erleichtern, da sie (1) grundlegend auf den Übergang vorbereiten, (2) Ressourcen der Unterstützung erschließen und (3) bei einer guten Qualität des Praktikums allgemein hilfreich sind. Für Deutschland weisen Twenhöfel, Machl und Memmel (2020) anhand der Erfahrungen aus einem Modellprojekt auf die Inkongruenz zwischen schulisch vermittelten Inhalten der Pflegeausbildung und tatsächlich erlebter Praxis aus Sicht der Auszubildenden hin, welche einen Praxisschock wesentlich begünstigt. Mit Blick auf die neu eingeführte generalistische Pflegeausbildung betonen die Autoren und Autorinnen die Notwendigkeit der adäquaten Unterstützung seitens der Ausbildungsträger angesichts der heterogenen inhaltlichen Anforderungen an die Ausbildenden, insbesondere an den verschiedenen Lernorten.

Einen Schwerpunkt auf Strategien, dem Praxisschock vonseiten des Anleitungspersonals zu begegnen, legen Locasto und Kochanek (1989). Die Autorinnen weisen darauf hin, dass sich Ausbilderinnen und Ausbilder des Praxisschocks bewusst sein müssten, um gegenüber Berufsanfängern und Berufsanfängerinnen dieses Thema aktiv aufzugreifen und als Mentoren und Mentorinnen fungieren zu können und auf diese Weise den Übergang in die Berufstätigkeit zu erleichtern. Einen narrativen und technikgestützten Ansatz, dem Praxisschock unter Pflegeauszubildenden zu begegnen, beschreiben Stacey und Hardy (2010). Pflegekräfte, die gerade ihre Ausbildung abgeschlossen und ihre Erwerbstätigkeit aufgenommen hatten, erstellten unter Zuhilfenahme digitaler Tools persönliche Erzählungen über ihre eigenen Erfahrungen im Übergang von der Ausbildung in den Beruf. Das generierte Material soll sowohl Auszubildenden als auch Anleitern und Anleiterinnen in der Vorbereitung auf die Berufspraxis bzw. bei der Thematisierung dieses Übergangs dienen.

Schließlich verwenden weitere Autoren und Autorinnen den Begriff des Praxisschocks, beziehen sich dabei aber auf andere Konzepte als das Phasenmodell Kramers. So analysiert Kersting (2011) den Umgang mit dem Widerspruch zwischen Theorie und Praxis der Pflege bei Auszubildenden mit dem Phasenmodell des „Coolout“ im Sinne einer moralischen Desensibilisierung gegenüber den Widersprüchen. Die Autorin arbeitet hierfür insgesamt elf verschiedene Reaktionsmuster heraus. Küpper (2020) hingegen stellt auf das Kohärenzgefühl im Anschluss an Antonovsky (1997) ab, verstanden als Gefühl des allgemeinen Vertrauens des Individuums, das auf den Dimen-

sionen der Verstehbarkeit, der Handhabbarkeit und der Bedeutsamkeit fußt. Anhand einer quantitativen Studie unter Auszubildenden verschiedener Ausbildungsjahre in Baden-Württemberg (n = 582) kommt er zu dem Ergebnis, dass grundlegend ein positives Kohärenzgefühl positiv mit der Absicht des Berufsverbleibs in der Pflege korreliert (vgl. Küpper 2020, S. 105 ff.). Akada, Ishii, Yamaguchi u. a. (2020) nähern sich in einer qualitativen Studie (n = 18) dem Phänomen des Praxisschocks retrospektiv und mit dem Fokus auf das Selbstbild sowohl von Auszubildenden als auch Pflegenden. Hierfür interviewten sie Auszubildende in der Pflege kurz vor ihrem Abschluss zu ihrem Selbstbild und ihren Erwartungen an die Arbeit sowie Pflegekräfte, die bereits seit bis zu zwei Jahren beschäftigt waren, um sowohl deren gegenwärtiges als auch deren retrospektives Selbstbild zum Zeitpunkt des Abschlusses zu erheben. Die Autoren und Autorinnen betonen, dass Pflegekräfte kurz vor Beschäftigungsbeginn nur vage Vorstellung von der eigentlichen Praxis haben, und weisen darauf hin, dass Anstrengungen unternommen werden sollten, um ein möglichst konkretes Bild der praktischen Anforderungen zu vermitteln und so den Praxisschock abzumildern.

Die Befunde verdeutlichen zweierlei: Zum einen stellt das Konzept des Praxisschocks ein etabliertes theoretisches Modell dar, das vielfach angewendet wurde und dazu geeignet ist, Ausbildungsabbrüche oder vorübergehende Zweifel an der Richtigkeit der Berufswahl zu erklären. Zum anderen wird aber mit Blick auf den deutschen Kontext ersichtlich, dass belastbare quantitative Befragungsdaten von Auszubildenden in der Pflege rar sind. An dieser Stelle setzt unser Aufsatz an, indem er anhand einer vergleichsweise breiten Datenbasis die Erfahrungen von Auszubildenden in der Pflege in den Blick nimmt und dabei den Schwerpunkt auf die mögliche Erfahrung eines Praxisschocks legt.

3 Befragung von Pflegeauszubildenden

Die Befragung unter Auszubildenden in der neu geregelten Pflegeausbildung ist als Panelerhebung mit drei Wellen angelegt. Hierfür wurden im April 2022 Pflegeauszubildende in der Generalistik aus dem ersten und zweiten Ausbildungsjahr kontaktiert und zu ihrer Ausbildung befragt. Aus forschungspraktischen Gründen wurde die Grundgesamtheit auf Auszubildende aus den Bundesländern Baden-Württemberg, Berlin, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und Sachsen-Anhalt begrenzt. Berücksichtigt wurden bei der Auswahl der Bundesländer regionale Verteilungsfaktoren, der Anteil an Ausbildungseintritten, vorzeitige Vertragslösungen unter den Auszubildenden, Versorgungslücken, Nachwuchspotenziale in der Pflege und die Verteilung von Schulformen. Die Kontaktaufnahme mit den Auszubildenden erfolgte über die Schulleitungen der Pflegeschulen. Hierfür wurden alle Pflegeschulen der ausgewählten Bundesländer per E-Mail kontaktiert und um Unterstützung gebeten. Im Fall einer Einwilligung wurden den Schulen Links zur Onlinebefragung oder gedruckte Einladungen mit einem QR-Code zugeschickt, die sie unter den Auszubildenden verteilen bzw. per E-Mail weiterleiten konnten. Die Befragung konnte ausschließlich online beantwortet werden.

In der ersten Befragungswelle wurden 2.542 Auszubildende erreicht, von denen sich wiederum 1.906 vollständig an der Befragung beteiligten und 796 zudem einer erneuten Kontaktaufnahme zustimmten. Sechs Monate später wurde eine weitere Erhebung durchgeführt, die dritte Befragungswelle fand im April 2023 statt – zwölf Monate nach der Erstbefragung. Ziel der zweiten und dritten Welle war es, Auszubildende mit einem bereits vollzogenen Abbruch zu erfassen und Einflussfaktoren, die einen Ausbildungsabbruch begünstigen, zu identifizieren.

Aufgrund des Paneldesigns wurde den Auszubildenden in jeder Befragungswelle ein Set an gleichbleibenden Fragen gestellt, um Veränderungen auf Individualebene abbilden zu können. Darüber hinaus beinhaltete jede Befragungswelle thematische Schwerpunkte. So wurden in der ersten Befragungswelle neben ausbildungs- und personenbezogenen Faktoren vor allem das Berufswahlverhalten und Erwartungen an den Beruf in den Blick genommen.

Den hier präsentierten empirischen Analysen liegen die Daten der ersten Befragungswelle zugrunde, die sich in drei thematische Blöcke gliedern. Institutionelle Rahmenbedingungen, die einen strukturellen Kontext für die Aufnahme und Absolvierung der Ausbildung bilden, sind Bestandteil des ersten Blocks. Darunter fallen u. a. in Anspruch genommene Berufsorientierungsmaßnahmen und Unterstützungsangebote während der Ausbildung. Ein zweiter Block fragt soziodemografische Merkmale ab, die zwar unabhängig von der Ausbildung sind, aber Verhaltensmuster in der Ausbildung beeinflussen können (z. B. Alter, Schulabschluss, Migrationshintergrund). Der letzte Block beinhaltet Fragen zu ausbildungsbezogenen (Vor-)Erfahrungen. Neben Bewertungen zu Aspekten der Ausbildung, Abbruchgedanken und vorliegenden Problemlagen finden sich hier vor allem Fragen zur Erwartung an die Ausbildung und zur tatsächlichen Ausbildungsrealität, die den Analysefokus dieses Textes darstellen.

Stichprobe und Datensatzbeschreibung

Die Grundgesamtheit für die weiteren Analysen setzt sich wie folgt zusammen: Zum Zeitpunkt der Befragung befanden sich 44 % der befragten Auszubildenden im ersten Ausbildungsjahr und 56 % im zweiten Ausbildungsjahr. Die Mehrheit gab als ihren Ausbildungsschwerpunkt die stationäre Akutpflege an (51 %), gefolgt von der stationären Langzeitpflege (27 %) und der ambulanten Pflege (12 %). Weniger als 10 % der Befragten nannten als Fachbereich die pädiatrische oder psychiatrische Pflege.

65 % der befragten Auszubildenden waren zum Befragungszeitpunkt 24 Jahre alt und jünger. Mit 81 % sind die weiblichen Befragten im Datensatz leicht überrepräsentiert in Relation zu ihrem Anteil an Pflegeauszubildenden insgesamt (2021: 76 %). 42 % bzw. 48 % der Auszubildenden gaben als höchsten Schulabschluss den Realschulabschluss/Mittlere Reife bzw. die (Fach-)Hochschulreife an. 36 % der Befragten haben einen Migrationshintergrund. Auch wenn nicht von einer repräsentativen Sichtprobe ausgegangen wird, zeigt der Abgleich mit der PfleA (Statistisches Bundesamt 2022), dass es gelungen ist, Auszubildende entsprechend ihrer Verteilung auf die Bundesländer anzusprechen. Lediglich Rheinland-Pfalz scheint überrepräsentiert, Sachsen-Anhalt hingegen leicht unterrepräsentiert zu sein (Tab. 1).

Tabelle 1: Zusammensetzung der Stichprobe (Quelle: Pflegeausbildung in Deutschland 2022, Welle 1)

	N	Anteile
Ausbildungsjahr	**1905**	
… 1. Jahr	845	44 %
… 2. Jahr	1060	56 %
Fachbereich der Ausbildung	**1899**	
… Stationäre Akutpflege	961	51 %
… Pädiatrische Pflege	90	5 %
… Stationäre Langzeitpflege	520	27 %
… Ambulante Pflege	230	12 %
… Psychiatrische Pflege	73	4 %
… Ein anderer Fachbereich	25	1 %
Alter in Kategorien	**1695**	
… 17 Jahre	20	1 %
… 18 Jahre	89	5 %
… 19 Jahre	184	11 %
… 20 Jahre	213	13 %
… 21–24 Jahre	592	35 %
… 25–29 Jahre	218	13 %
… 30–39 Jahre	215	13 %
… 40–49 Jahre	112	7 %
… 50 Jahre und älter	52	3 %
Geschlecht	**1709**	
… Männlich	312	18 %
… Weiblich	1375	81 %
… Andere	22	1 %
Migrationshintergrund	**1707**	
… Nein	1099	64 %
… Ja	608	36 %
Höchster Schulabschluss	**1704**	
… Kein Schulabschluss	0	0 %
… Hauptschulabschluss	157	9 %
… Realschulabschluss/Mittlere Reife	722	42 %
… (Fach-)Hochschulreife	819	48 %
… Andere	6	0 %

(Fortsetzung Tabelle 1)

	N	Anteile
Bundesland	**1905**	
... Baden-Württemberg	398	21 %
... Berlin	102	5 %
... Mecklenburg-Vorpommern	112	6 %
... Nordrhein-Westfalen	1029	54 %
... Rheinland-Pfalz	228	12 %
... Sachsen-Anhalt	36	2 %

4 Praxisschock – Begriff und Operationalisierung

Unter Praxisschock als Arbeitsdefinition verstehen wir das Auseinanderklaffen von Erwartungen an die Ausbildung und tatsächlicher Ausbildungsrealität, darunter fällt in unserem Verständnis auch der Lernort Schule. Zeitlich bewegt sich der Praxisschock zudem in einer längeren Zeitspanne als in vergleichbaren Studien. Zur Erhebung dieses Phänomens wurden die Pflegeauszubildenden gebeten, einzuschätzen, inwieweit ihre Erwartungen an die Ausbildung mit der tatsächlichen Ausbildungsrealität übereinstimmen bzw. inwieweit diese abweichen.[3] Die Entwicklung der Dimensionen erfolgte auf der Grundlage von Gruppendiskussionen im Zuge einer Workshopreihe mit Praktikern und Praktikerinnen aus der Pflege. Die Skalen wurden spezifisch für die Itembatterien entwickelt.

In Abbildung 1 sind die Erwartungsabweichungen der befragten Auszubildenden dargestellt (blau/rot). Die blauen Balken sind positive Erwartungsabweichungen (Ausbildungsbedingungen oder Anforderungen sind besser bzw. niedriger als gedacht), die roten Balken dagegen negative Erwartungsabweichungen (Ausbildungsbedingungen oder Anforderungen sind schlechter bzw. höher als gedacht). Bereits auf den ersten Blick wird deutlich, dass die negativen Erwartungsabweichungen sehr ausgeprägt sind. Maßgeblich unterschätzt werden insbesondere die körperlichen und psychischen Belastungen der Pflegeausbildung. Jeweils mehr als die Hälfte der Befragten gibt an, dass die körperliche (56 %) und die psychische Belastung (52 %) höher als ursprünglich gedacht sind. Auch die Qualität der Anleitung (43 %), das Image des Berufs (42 %) und die Vermittlung von wichtigen Kompetenzen im Rahmen der Ausbildung (39 %) werden von Befragten oft als schlechter als ursprünglich gedacht eingeschätzt. Lediglich bezogen auf die Anforderungen an den Einsatzorten ist die Mehrheit nach eigener Einschätzung gut vorbereitet. Hier gaben 63 % der befragten Auszubildenden an, dass ihre Erwartungen der Realität entsprechen, 12 % schätzen die Anforderungen als niedriger als gedacht ein.

3 Die Items zur Operationalisierung von insgesamt neun Dimensionen waren gemäß der folgenden Systematik formuliert: „Die körperliche Belastung in der Ausbildung...; ist niedriger als gedacht, entspricht meinen Erwartungen, ist höher als gedacht".

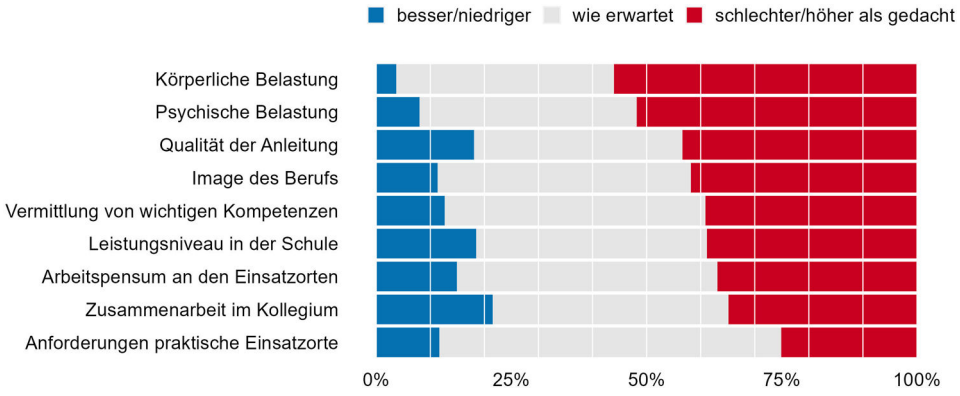


Abbildung 1: Erwartungsabweichungen in der Pflegeausbildung (Quelle: Pflegeausbildung in Deutschland 2022, Welle 1, Pflegeauszubildende n = 1.856)

Abweichende Erwartungen sind nicht zwangsläufig defizitär, vielmehr spiegeln sie einen normalen Prozess der Berufsorientierung bzw. des Ausbildungseinstiegs wider. Auszubildende sammeln theoretische, danach sukzessiv berufspraktische Erfahrungen im Zuge von Praxisphasen. Dass sich die einstigen Erwartungen an Ausbildung und Beruf von den tatsächlichen Erfahrungen unterscheiden, überrascht nicht grundsätzlich. Dennoch zeigt sich bei den Erwartungsabweichungen ein durchaus problematisches Muster: Viele und vor allem negative Erwartungsabweichungen stellen einen „Praxisschock" dar. Dieser hängt wiederum mit Abbruchgedanken und womöglich auch tatsächlichen Abbrüchen zusammen. Je stärker Anspruch und Realität auseinanderfallen, desto stärker stellen Pflegeauszubildende Ausbildung und Beruf infrage; Abbruchgedanken sind die Folge.

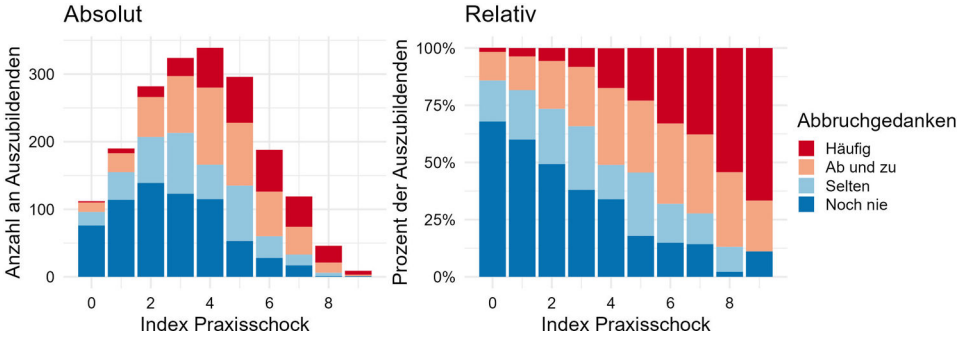


Abbildung 2: Negative Erwartungsabweichungen (Praxisschock) und Abbruchgedanken (Quelle: Pflegeausbildung in Deutschland 2022, Welle 1, Pflegeauszubildende n = 1.856)

Für die Darstellung des Zusammenhangs zwischen „Praxisschock" und Abbruchgedanken (Abb. 2) wurde aus den Negativabweichungen ein gleichgewichteter, additiver Index gebildet: Jede Person sammelt pro Dimension Punkte, sofern eine Erwartung negativ abweicht – z. B., wenn die körperliche Belastung höher ist als gedacht. Folglich

variiert der Index zwischen 0 (alle Dimensionen wie erwartet oder besser) und 9 (keine Dimension wie erwartet oder besser). Im Durchschnitt liegen bei den Befragten 3,7 Erwartungsabweichungen vor (Median: 4). Die Verteilung des Index entspricht nahezu einer Normalverteilung. Abbildung 2 zeigt die Verteilung des Praxisschock-Index differenziert nach der Häufigkeit von Abbruchgedanken, zunächst in absoluten Häufigkeiten (Absolut), danach die relativen Proportionen (Relativ). Es zeigt sich: Je häufiger Pflegeauszubildende negative Erwartungsabweichungen angeben, desto höher ist der Anteil von Auszubildenden mit Abbruchgedanken. Keine andere Dimension in unserer Befragung sagt die Häufigkeit von Abbruchgedanken besser voraus als die kumulierten Erwartungsabweichungen.

5 Deskription: Wer erlebt eher einen Praxisschock?

Vor diesem Hintergrund gehen wir der Frage nach, welche Auszubildenden eher einen Praxisschock erleben. Mittels linearer Regressionen (OLS) untersuchen wir soziodemografische Merkmale, Rahmenbedingungen der Ausbildung, Maßnahmen der Berufsorientierung, berufspraktische Vorerfahrungen sowie berufliche Prioritäten der Befragten. Die Analysen haben keinen kausalanalytischen Anspruch, vielmehr versuchen wir, das Phänomen Praxisschock in der Generalistik zu explorieren und beschreibend einzugrenzen.

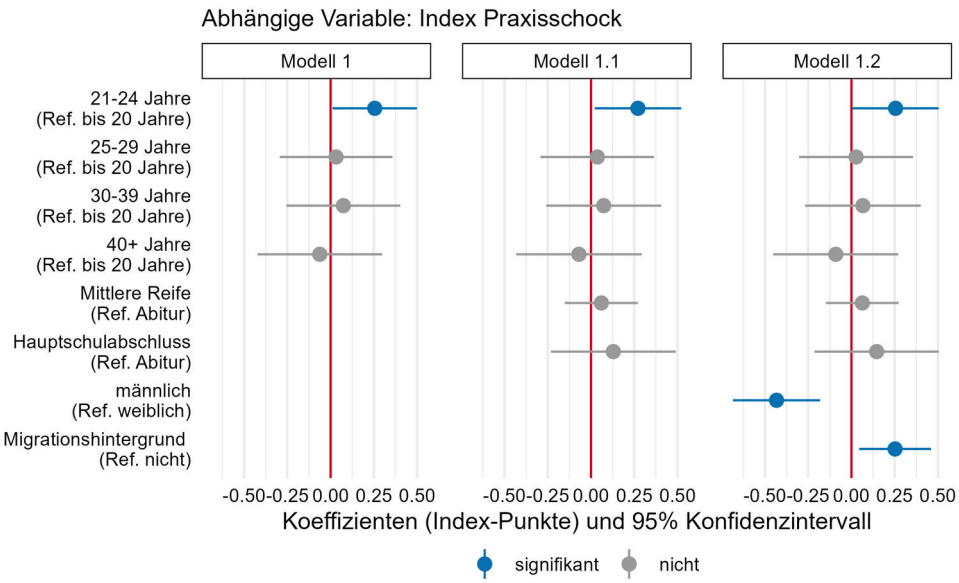


Abbildung 3: Soziodemografische Merkmale und Praxisschock (Quelle: Pflegeausbildung in Deutschland 2022, Welle 1, Pflegeauszubildende n = 1.631)

Abbildung 3 zeigt konditionale Zusammenhänge zwischen ausgewählten soziodemografischen Merkmalen der Auszubildenden und dem Praxisschock-Index. Hieran wird ersichtlich, dass 21–24-jährige Pflegeauszubildende etwas häufiger einen Praxisschock erleben als Auszubildende mit einem Alter von bis zu 20 Jahren (Modell 1: +0,26 Index-Punkte, t = 2,05**). Darüber hinaus sind die Gruppenunterschiede aber nicht signifikant, sodass sich kein eindeutiger Alterseffekt beobachten lässt. Auch andere Gruppenspezifikationen oder eine Modellierung als metrische Variable legen den gleichen Schluss nahe. Integriert man den höchsten Schulabschluss der Auszubildenden in das Modell, ergeben sich keine signifikanten Unterschiede, weder unter Kontrolle des Alters noch bivariat. Mit anderen Worten: Pflegeauszubildende mit Abschlüssen aller Schulformen erleben einen vergleichbaren Praxisschock. Weiterhin berichten männliche Pflegeauszubildende seltener von einem Praxisschock als weibliche (Modell 1.2: −0,43 Index-Punkte, t = 3,42***), Auszubildende mit Migrationshintergrund dagegen etwas häufiger als jene ohne Migrationshintergrund (Modell 1.2: +0,25 Index-Punkte, t = 2,33**). Schwierigkeiten aufgrund sprachlicher Defizite (Deutsch nicht Muttersprache bzw. Deutsch wird schlechter als die Muttersprache gesprochen) erklären den Migrationseffekt nicht. In der Gesamtschau lässt sich durchaus überraschend festhalten, dass soziodemografische Merkmale der Auszubildenden kaum mit dem Praxisschock zusammenhängen, da hiermit nur 1,4 % der Varianz des Praxisschock-Index erklärt werden können (R^2).

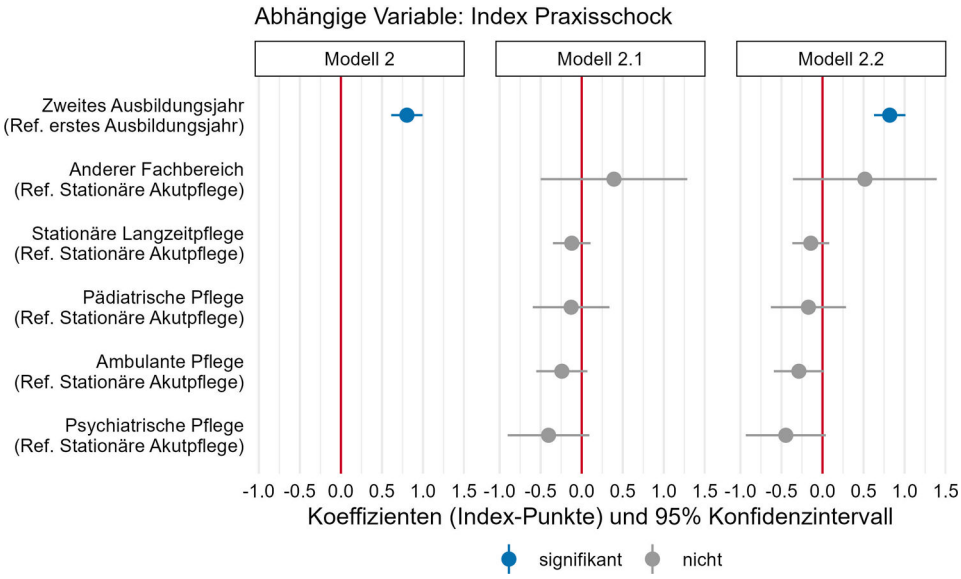


Abbildung 4: Rahmenbedingungen der Ausbildung und Praxisschock (Quelle: Pflegeausbildung in Deutschland 2022, Welle 1, Pflegeauszubildende n = 1.668)

Abbildung 4 visualisiert die Zusammenhänge zwischen Rahmenbedingungen der Ausbildung (Ausbildungsjahr und gewählte Hauptausbildungsstätte) und Praxisschock.

Demzufolge erleben Auszubildende im zweiten Jahr häufiger einen Praxisschock als Auszubildende im ersten Ausbildungsjahr (+0.80 Index-Punkte, t = 8.23***), unabhängig von der Hauptausbildungsstätte (Modell 2.2). Die gewählte Hauptausbildungsstätte selbst (Modell 2.1) macht kaum einen Unterschied, der Praxisschock ist unter Pflegeauszubildenden aller Fachbereiche ähnlich ausgeprägt. Allerdings scheint sich die erlebte Diskrepanz von Erwartungen und Erfahrungen mit fortschreitendem Ausbildungsverlauf zu intensivieren. Dies mag daher rühren, dass die Auszubildenden zunehmend stärker in Praxisphasen eingebunden werden, auch außerhalb ihrer Hauptausbildungsstätte. Dabei werden die auszuführenden Tätigkeiten nicht nur anspruchsvoller, sondern gehen auch mit einer stärkeren Verantwortungsübernahme einher. Ebenso wird sich schlichtweg die Anzahl an Tätigkeiten und damit das Arbeitspensum erhöhen, was wiederum zu zeitlichen Herausforderungen bei der Durchführung von Pflegetätigkeiten führt.

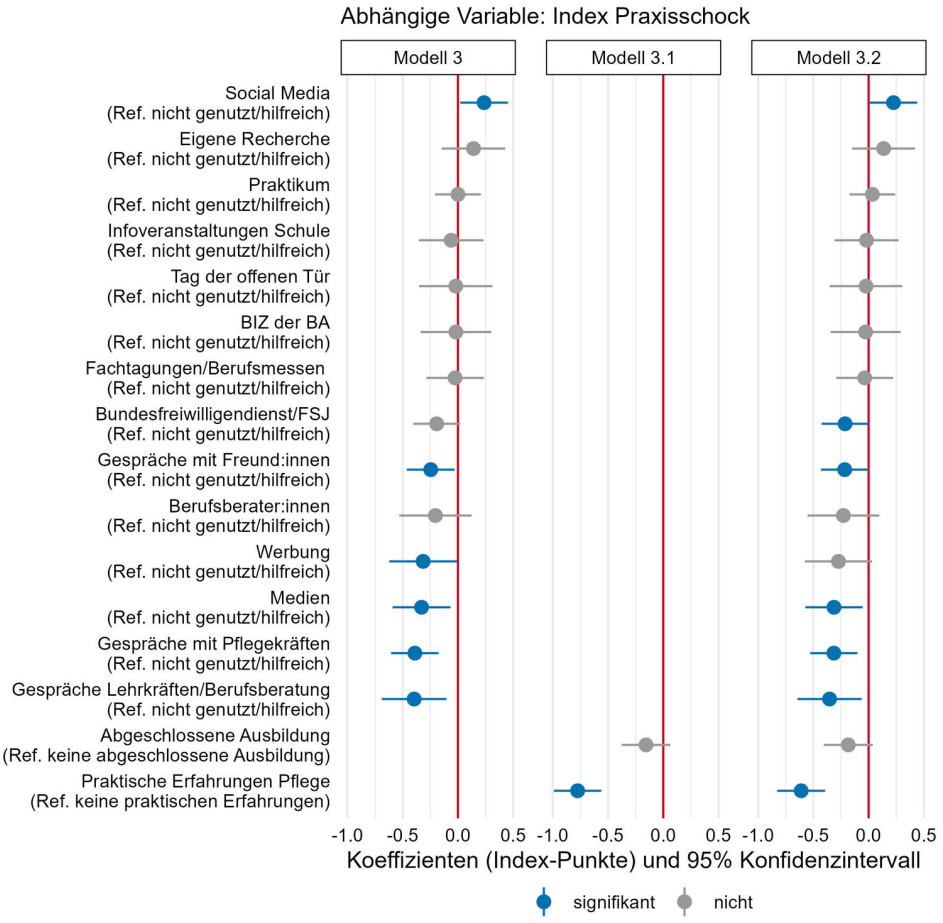


Abbildung 5: Maßnahmen der Berufsorientierung und Praxisschock (Quelle: Pflegeausbildung in Deutschland 2022, Welle 1, Pflegeauszubildende n = 1.701)

Die konditionalen Zusammenhänge zwischen als hilfreich eingeschätzten Maßnahmen der Berufsorientierung sowie berufspraktischen Vorerfahrungen und dem Praxisschock-Index finden sich in Abbildung 5. Hilfreiche Maßnahmen der Berufsorientierung wurden dichotomisiert; 1: die Maßnahme wurde in Anspruch genommen und als (sehr) hilfreich für die Entscheidung zur Pflegeausbildung eingeschätzt, 0: die Maßnahme stand nicht zur Verfügung, wurde nicht genutzt oder nicht als hilfreich eingeschätzt. Die multivariate Analyse dieser Aspekte zeichnet folgendes Bild: Pflegeauszubildende, die Social Media genutzt und als hilfreiche Berufsorientierungsmaßnahme eingeschätzt haben, erleben etwas häufiger einen Praxisschock (+ 0,24 Index-Punkte, t = 2,14**) als Auszubildende, bei denen dies nicht der Fall ist. Dies ist die einzige Form der Berufsorientierung, die den Praxisschock signifikant verstärkt. Weiterführende Analysen ergeben jedoch, dass der Effekt nicht robust ist. Dagegen haben Gespräche mit Lehrkräften und Berufsberatern und Berufsberaterinnen in der Schule (– 0,40 Index-Punkte, t = 2,66***), Gespräche mit Pflegekräften (– 0,39 Index-Punkte, t = 3,56***), die Nutzung von Medieninformationen (– 0,33 Index-Punkte, t = 2,47**) und Werbematerialien (– 0,32 Index-Punkte, t = 2,01**) sowie Gespräche mit Freunden und Freundinnen (– 0,25 Index-Punkte, t = 2,23**) einen signifikant negativen Effekt, auch unter verschiedenen Modellspezifikationen. Pflegeauszubildende, die diese Formen der Berufsorientierung genutzt und als hilfreich bewertet haben, erleben etwas seltener einen Praxisschock. Dennoch sind die Zusammenhänge als vergleichsweise schwach einzuordnen. Auch als hilfreich eingeschätzte Berufsorientierungsmaßnahmen (Modell 3) erklären nur 4,9 % der Varianz des Praxisschock-Index (R^2). Eine schlechte Berufsorientierung ist dabei nicht unbedingt die Folge einer spezifischen Maßnahme, da Berufsorientierungsmaßnahmen häufig in Kombination in Anspruch genommen werden. Somit stellt sich eher die Frage, ob bestimmte Maßnahmenkombinationen bedeutsam sind. Unsere Analysen legen nahe, dass besonders schulische Berufsorientierungsmaßnahmen und persönliche Gespräche mit Praktikern und Praktikerinnen oder Freunden und Freundinnen einen Unterschied machen könnten. Pflegeauszubildende wurden darüber hinaus gefragt, ob sie vor Ausbildungsbeginn praktische Erfahrungen in der Pflege gesammelt haben bzw. ob sie eine andere Ausbildung abgeschlossen haben. Die entsprechenden Analysen (Modell 3.1) ergeben, dass Pflegeauszubildende mit einschlägiger Berufserfahrung seltener einen Praxisschock erleben als Auszubildende ohne einschlägige Berufserfahrung (– 0.78 Index-Punkte, t = 7.09***).

Eine abgeschlossene Ausbildung hat im rein bivariaten Fall einen schwach signifikant negativen Effekt, bei der Berücksichtigung von praktischen Pflegeerfahrungen erweist sich der Zusammenhang jedoch als nicht robust. Demnach verringert nicht eine abgeschlossene Ausbildung per se den Praxisschock, sondern eher einschlägige Berufserfahrung in der Pflege. Dies ist insofern plausibel, da die spezifische Berufserfahrung weitaus eher einen Eindruck der Praxis der Pflege vermittelt als eine Ausbildung in einem anderen Fachbereich. Modell 3.2 schätzt konditionale Zusammenhänge unter Berücksichtigung von hilfreichen Berufsorientierungsmaßnahmen und praktischen Vorerfahrungen, davon ausgehend, dass einschlägig vorerfahrene Personen ggf.

andere Berufsorientierungsmaßnahmen in Anspruch nehmen. Dabei lässt sich erkennen, dass Berufsorientierung und Vorerfahrungen einen unabhängigen Effekt haben.

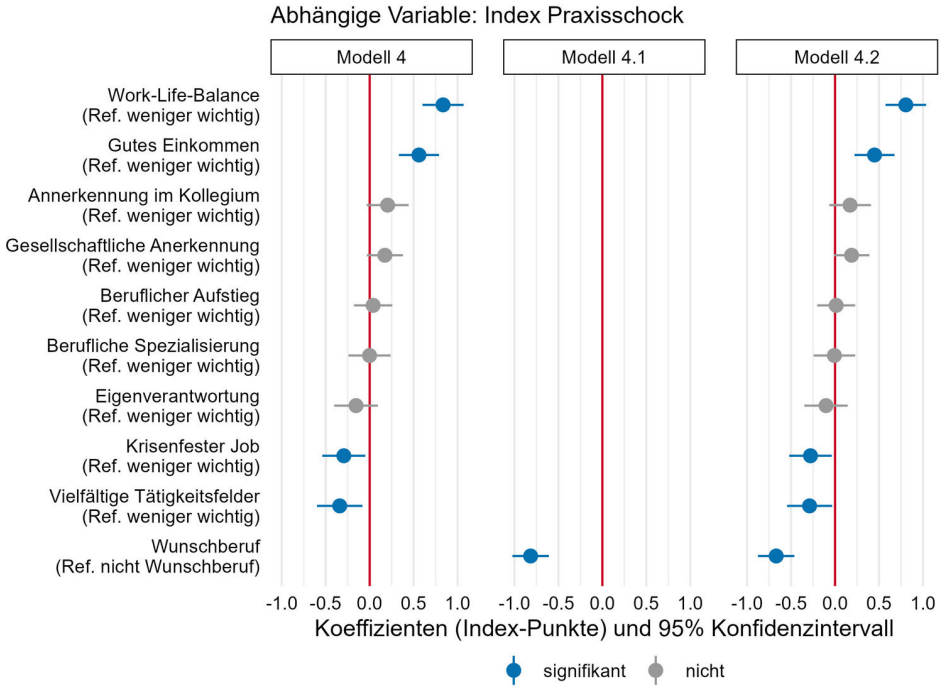


Abbildung 6: Berufliche Prioritäten, Wunschberuf und Praxisschock (Quelle: Pflegeausbildung in Deutschland 2022, Welle 1, Pflegeauszubildende n = 1.808)

Abbildung 6 zeigt konditionale Zusammenhänge zwischen den als sehr wichtig oder ziemlich wichtig eingeschätzten beruflichen Prioritäten und dem Praxisschock-Index. Die Ergebnisse veranschaulichen, dass Auszubildende, denen es besonders wichtig ist, Arbeit und Privatleben in Einklang zu bringen (Work-Life-Balance), eher einen Praxisschock erleben (+ 0,85 Index-Punkte, t = 7,14***) als Auszubildende, denen dies weniger wichtig ist. Gleiches gilt für Auszubildende mit der beruflichen Priorität, ein gutes Einkommen zu erzielen (+ 0,58 Index-Punkte, t = 5,05***). Dagegen berichten Auszubildende, denen vielfältige Tätigkeitsfelder (– 0.35 Index-Punkte, t = 2,66***) bzw. ein krisenfester Job wichtiger sind (– 0,29 Index-Punkte, t = 2,37***), etwas seltener von einem Praxisschock als Auszubildende, die diesen Dimensionen weniger Bedeutung beimessen. Neben beruflichen Prioritäten wurden die Auszubildenden auch danach gefragt, ob es sich bei der gewählten Ausbildung um ihren Wunschberuf handelt. Dieses Merkmal erfasst eher eine emotional-intrinsische Dimension im Sinne einer affektiven Bindung an ein Tätigkeitsfeld. Die dazugehörigen Analysen (Modell 4.1) ergeben, dass Auszubildende, die ihre Ausbildung als Wunschberuf bezeichnen, seltener einen Praxisschock erleben (– 0,81 Index-Punkte, t = 7.72***) – und das unabhängig von ihren beruflichen Prioritäten (Modell 4.2).

6 Zusammenfassung der empirischen Analysen

In der Gesamtschau unserer empirischen Analysen lässt sich festhalten: Viele Pflegeauszubildende erleben einen Praxisschock, verstanden als das Auseinanderfallen von Erwartungen oder Ansprüchen an die Ausbildung und der tatsächlichen Ausbildungspraxis in den ersten beiden Jahren der Ausbildung. Im Durchschnitt haben wir in unserer Stichprobe knapp vier Erwartungsabweichungen von neun möglichen gemessen. In dieser Gruppe hat die Hälfte der Befragten häufig oder ab und zu Abbruchgedanken. Diese nehmen mit wachsender Intensität des Praxisschocks deutlich zu. Soziodemografische Merkmale erklären den Praxisschock kaum. Lediglich männliche Auszubildende erleben etwas seltener einen Praxisschock, Auszubildende mit Migrationshintergrund etwas häufiger; aber auch hier sind die Unterschiede vergleichsweise gering. Wir finden keine Unterschiede in Abhängigkeit von den gewählten Hauptausbildungsstätten, wohl aber deutliche Unterschiede zwischen Befragten in verschiedenen Ausbildungsjahren: Pflegeauszubildende im zweiten Ausbildungsjahr berichten deutlich häufiger von einem Praxisschock als Auszubildende im ersten Jahr. Wir schließen daraus, dass es durch häufigere Praxisphasen und zunehmende Verantwortungsübernahme zu vermehrten Erwartungsabweichungen und damit zu einer Intensivierung des Effekts kommt. Der Praxisschock ist angesichts dessen weniger ein kurzfristiger „Schock" als eine längere Phase der „Desillusionierung", die sich oftmals intensiviert. Dieses Phänomen betrifft keine Gruppe von Auszubildenden in besonderer Weise, sondern einen Großteil der Pflegeauszubildenden. Allerdings kann Berufsorientierung diese Erfahrung abmildern. Auszubildende, die Gespräche mit Lehrkräften/Berufsberatern und Berufsberaterinnen, Freunden und Freundinnen oder Pflegekräften als hilfreiche Berufsorientierungsmaßnahme eingeschätzt haben, insbesondere aber Befragte, die selbst einschlägige Berufserfahrung in der Pflege gesammelt haben, erleben seltener einen Praxisschock. Zwar sind auch hier die Unterschiede trotz Signifikanz vergleichsweise klein, dennoch plausibel: Persönliche und fachkompetente Beratung oder einschlägige Berufserfahrung befördern angemessene Erwartungen an den Beruf. Auch berufliche Prioritäten spielen bei dieser Erfahrung eine Rolle. Hohe Ansprüche hinsichtlich Bezahlung und Work-Life-Balance hängen positiv mit dem Erleben eines Praxisschocks zusammen. Eine Präferenz für vielfältige Tätigkeitsfelder oder einen möglichst krisenfesten Job weist dagegen einen negativen Zusammenhang mit dem Praxisschock auf. Auszubildende, die die Pflege als Wunschberuf bezeichnen, erleben deutlich seltener einen Praxisschock als Auszubildende, bei denen dies nicht der Fall ist. Dies legt den Schluss nahe, dass realistische Erwartungen an die Pflegepraxis und eine affektive Bindung an den gewählten Beruf dazu beitragen können, den Praxisschock zu reduzieren und damit Abbruchgedanken vorzubeugen. Berufsorientierung, praktische (Vor-)Erfahrungen und angemessene Erwartungen an die Berufspraxis sind womöglich entscheidende Dimensionen zur Reduzierung des Praxisschocks. Unsere Auswertungen deuten insgesamt darauf hin, dass die Ausbildung in der Pflege als sehr anspruchsvoll erlebt wird. Es sind aber nicht zuletzt die Ausbildungsbedingungen, insbesondere in den Praxisphasen, die zu hinterfragen sind.

7 Fazit und Ausblick

Bilanziert man die hier präsentierten Ergebnisse der ersten Befragungswelle unter Pflegeauszubildenden, so überraschen Umfang und Ausmaß des Praxisschocks. Fast alle Auszubildenden stellen fest, dass ihre Erwartungen an die Ausbildung von der erlebten Praxis abweichen, und das in einem erheblichen Umfang und meist in negativer Weise. Gerade die körperlichen und psychischen Belastungen der Ausbildung werden von der Mehrheit der Auszubildenden unterschätzt. Zudem nimmt dieses Phänomen über die Zeit weiter zu, sodass es weniger der initiale Kontakt mit der Praxis ist, der Irritationen erzeugt. Vielmehr stellt sich im Verlauf der Ausbildung immer deutlicher heraus, dass deren Realität negativ von den ursprünglichen Erwartungen abweicht. Dass diese Erfahrung Abbruchgedanken befeuert, erscheint da als logische Konsequenz.

Ein wichtiger Hinweis auf mögliche Ansätze, dieser Erfahrung vorzubeugen, liefert die Beobachtung, dass eine fundierte Berufsorientierung und praktische Vorerfahrungen in der Pflege diesen Schock abmildern können. Eine Implikation dieses Ergebnisses könnte sein, Anstrengungen in der Berufsorientierung weiter zu intensivieren und einen noch stärkeren Fokus darauf zu legen, dass angehende Pflegekräfte bereits vor Beginn der Ausbildung Erfahrungen in diesem Bereich gesammelt haben. Dies mag bereits intuitiv plausibel sein, doch liefern die vorliegenden Analysen noch einmal empirische Evidenz für den Nutzen dieser Ansätze als wichtige Strategien, potenziellen Ausbildungsabbrüchen bereits in der Phase der Berufsorientierung zu begegnen. Gleichzeitig dürfte es ungleich schwieriger sein, auf die Präferenzen und intrinsischen Motive in der Berufswahl einzuwirken, auch wenn diese Aspekte ebenfalls die Erfahrung des Praxisschocks abmildern können.

Ein Punkt, den man an dieser Stelle einschränkend einräumen muss, ist die Tatsache, dass wir in der ersten Erhebungswelle „nur“ Abbruchgedanken als mögliche negative Folgen des Praxisschocks heranziehen können. Selbst wenn Auszubildende häufiger erwägen, eine Ausbildung abzubrechen, ist damit keinesfalls gesagt, dass sie diese letzte Konsequenz auch wirklich ziehen.

Weiterhin bleibt die Frage offen, inwiefern sich die für die Pflege beobachteten Tendenzen auf andere Ausbildungsberufe übertragen lassen. Hier ist zu bedenken, dass die Pflege ein sehr forderndes Berufsfeld darstellt, dessen Bedingungen sich schwerlich mit anderen Feldern vergleichen lassen. Die Tatsache, dass belastbare Zahlen zu Ausbildungsabbrüchen in der Pflege fehlen, erschwert eine solche Einordnung zusätzlich. Es liegt jedoch nahe, dass sich zumindest ähnliche Tendenzen in anderen Berufsfeldern finden, auch wenn dabei jeweils die Spezifika der verschiedenen Ausbildungsgänge zu beachten sind. Insofern könnte es von Interesse sein, den hier verfolgten Zusammenhängen auch in einem breiteren Kontext nachzugehen.

Abschließend ist angesichts von Umfang und Ausmaß des Praxisschocks in Rechnung zu stellen, dass die Einführung der Generalistik sowie die Durchführung der Befragung parallel zur COVID-19-Pandemie verliefen. Die befragten Auszubildenden wurden teils per Fernunterricht beschult, zudem waren womöglich auch die Pra-

xisphasen von unterschiedlichen Restriktionen und Unwägbarkeiten der Pandemie betroffen. Es ist daher nicht auszuschließen, dass unsere Ergebnisse zumindest in Teilen auch diese herausfordernden Rahmenbedingungen widerspiegeln.

Literatur

AG Statistik zur Ausbildungssituation in der Pflege (2022). *Die Ausbildungssituation in der Pflege. Zwischenbericht September 2022*. Verfügbar unter https://www.pflegeausbildung.net/fileadmin/de.altenpflegeausbildung/content.de/user_upload/Zwischenbericht_AG_Statistik.pdf (Zugriff am: 11.09.2023).

Akada, I., Ishii, A., Yamaguchi, A., Fukushige, H., Mitani, R., Ito, A., Nakajima, A. & Suga, S. (2022). Discrepancy between the Image Held by Nursing Students of Themselves as Employed Nurses during the Pre-Employment Period and the Post-Employment Reality Faced by Novice Nurses. *Health*, 14(12) S. 1244–1266. https://doi.10.4236/health.2022.1412088.

Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Deutsche erweiterte Ausgabe von Alexa Franke. Tübingen: dgvt-Verlag.

BA (Bundesagentur für Arbeit) (2022). *Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich*. Reihe: Blickpunkt Arbeitsmarkt. Verfügbar unter https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Statischer-Content/Statistiken/Themen-im-Fokus/Berufe/Generische-Publikationen/Altenpflege.pdf?__blob=publicationFile&v=13 (Zugriff am: 13.09.2023).

Blum, K., Offermanns, M. & Steffen, P. (2020) *Situation und Entwicklung der Pflege bis 2030*. Deutsches Krankenhausinstitut. Verfügbar unter https://www.dki.de/sites/default/files/2019-10/DKI%202019%20-%20Pflege%202030%20-%20Bericht_final.pdf (Zugriff am: 13.09.2023).

Bundesinstitut für Berufsbildung (2022). *Datenreport zum Berufsbildungsbericht 2022*. Verfügbar unter https://www.bibb.de/dokumente/pdf/Datenreport%202022_20102022_online.pdf (Zugriff am: 11.09.2023).

Chesters, J. (2022). Understanding the Persistence of Occupational Sex Segregation in German Labour Markets: How Gender Attitudes Shape Young Women's Occupational Aspirations. *Journal of Applied Youth Studies*, 5(1), S. 55–73. https://doi.10.1007/s43151-021-00065-1.

Dicke, T., Holzenberger, D, Kunina-Habenicht, O., Linninger, C., Schulze-Stocker, F., Seidel, T., Terhart, E., Leutner, D. & Kunter, M. (2016). „Doppelter Praxisschock" auf dem Weg ins Lehramt? *Psychologie, Erziehung und Unterricht*, 63(4), S. 244–257. https://doi.10.2378/peu2016.art20d.

Finger, C. (2022). *Soziale Herkunft und die Umsetzung von Studienaspirationen: Individuelle und institutionelle Einflüsse in Phasen der Selbst- und Fremdselektion*. Opladen, Berlin & Toronto: Budrich Academic Press.

Gottfredson, L. S. (1981). Circumscription and compromise: A developmental theory of occupational aspirations. *Journal of Counseling Psychology*, 28(6), S. 545–579.

González, D. G. & Peters, M. (2021). *Ausbildungs- und Studienabbrüche in der Pflege – ein integratives Review*. BIBB. Verfügbar unter https://www.pflegeausbildung-hamburg.de/fileadmin/user_upload/619f4c6c39260_Review_Ausbildungsabbrueche_Pflege_bf-2.pdf (Zugriff am: 13.09.2023).

Holtmann, A. C. & Solga, H. (2022). Nicht immer ein holpriger Start. Ausbildungsabbrüche haben vielfältige Ursachen. *WZB-Mitteilungen*, (177), S. 39–43.

Jakobs, A. & Vogler, C. (2020). Generalistische Ausbildung: Ein Jahr neue Pflege. *Pflegezeitschrift*, 73(12), S. 38–41.

Kaihlanen, A.-M., Salminena, L., Flinkmana, M. & Haavisto, E. (2019). Newly graduated nurses' perceptions of a final clinical practicum facilitating transition: a qualitative descriptive study. *Collegian Journal of the Royal College of Nursing Australia*, 26(1), S. 55–61. https://doi.10.1016/j.colegn.2018.03.003.

Kersting, K. (2011). *„Coolout" in der Pflege. Eine Studie zur moralischen Desensibilisierung*. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag.

Kim, J. S. (2020). Relationships between reality shock, professional self-concept, and nursing students' perceived trust from nursing educators: A cross-sectional study. *Nurse Education Today*, 88, 104369. https://doi.10.1016/j.nedt.2020.104369.

Kotte, V. (2018). „Durchläufer" und „Drop-Outs". (Dis-)Kontinuitäten von Ausbildungsverläufen im dualen System. *Zeitschrift für Pädagogik*, 64(4), S. 441–460.

Kramer, M. (1974). *Reality Shock. Why Nurses Leave Nursing*. St. Louis: C. V. Mosby Company.

Locasto, L. W. & Kochanek, D. (1989). Reality shock in the nurse educator. *Journal of Nursing Education*, 28(2), S. 79–81. https://doi.10.3928/0148-4834-19890201-10.

Müller-Fohrbordt, G., Cloetta, B. & Dann, H.-D. (1978). *Der Praxisschock bei jungen Lehrern*. Stuttgart: Klett.

Patzina, A. & Wydra-Somaggio, G. (2021). *Ausbildungsabbrüche und -unterbrechungen im Vergleich: Ohne Abschluss ist der Verdienst geringer und die Dauer der Beschäftigung kürzer*. IAB-Kurzbericht 18/2021. Verfügbar unter https://doku.iab.de/kurzber/2021/kb2021-18.pdf (Zugriff am 11.09.2023).

Schmude, C. (2011). Entwicklung von Berufspräferenzen im Schulalter: längsschnittliche Analyse der Entwicklung von Berufswünschen. Berlin Humboldt Universität zu Berlin: Philosophische Fakultät IV. https://doi.10.18452/13974.

Stacey, G. & Hardy, P. (2011). Challenging the shock of reality through digital storytelling. *Nurse education in practice*, 11(2), S. 159–164. https://doi.10.1016/j.nepr.2010.08.003.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2022). *Bildung und Kultur. Statistik nach der Pflegeberufe-Ausbildungsfinanzierungsverordnung 2021*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Twenhöfel, R., Machl, V. & Memmel, D. (2020). Praxisschock, Demotivation und Ausbildungsabbruch? Organisationserfordernisse an der Schnittstelle von schulischer und praktischer Ausbildung in der Pflege. *PADUA*, 15(2), S. 107–112. https://doi.10.1024/1861-6186/a000545.

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1 Erwartungsabweichungen in der Pflegeausbildung 253
Abb. 2 Negative Erwartungsabweichungen (Praxisschock) und Abbruchgedanken 253
Abb. 3 Soziodemografische Merkmale und Praxisschock 254
Abb. 4 Rahmenbedingungen der Ausbildung und Praxisschock 255
Abb. 5 Maßnahmen der Berufsorientierung und Praxisschock 256
Abb. 6 Berufliche Prioritäten, Wunschberuf und Praxisschock 258

Tabellenverzeichnis

Tab. 1 Zusammensetzung der Stichprobe 251

Autoren und Autorinnen



Dr. **Philipp Fuchs** ist Geschäftsführer des ISG Instituts für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik und leitet dort den Bereich Arbeitsmarktpolitik. Seine Arbeitsschwerpunkte sind die Evaluation von Maßnahmen der aktiven Arbeitsmarktpolitik, die Beratung und Vermittlung von Arbeitslosen sowie Organisationssoziologie.



Maik Oliver Mielenz, M. Sc., ist wissenschaftlicher Mitarbeiter im Bereich Arbeitsmarktpolitik am ISG Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik. Schwerpunkte seiner Arbeit liegen in der Evaluation und im Monitoring von wirtschafts- und sozialpolitischen Maßnahmen. Thematisch beschäftigt er sich mit den Bereichen: Bildungs- und Arbeitsmarktsoziologie, Übergang Schule – Beruf, Aus- und Weiterbildungsforschung, Berufsorientierung und Bildungsentscheidungen.



Dr. **Katja Seidel** ist seit Oktober 2017 als wissenschaftliche Mitarbeiterin am ISG Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik tätig. Sie hat ein quantitatives Forschungsprofil mit Arbeitsschwerpunkten in den Bereichen der empirischen Arbeitsmarkt- und Bildungsökonomik.



Sabine Wellmer, M. A., arbeitet seit 2018 als wissenschaftliche Mitarbeiterin im Bereich Arbeitsmarktpolitik am ISG Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik. Ihr Forschungsschwerpunkt liegt im Bereich Arbeitsmarktpolitik, insbesondere in der Evaluation von Programmen des Europäischen Sozialfonds (ESF).

Risikotypenspezifische Abbruchgründe und Gelingensfaktoren in der Pflegeausbildung – Maßnahmenentwicklung mit Methoden des Design Thinking

Jonas Seidel, Katharina Kirstein, Bouchra Achoumrar, Patricia Beck, Michael Brantzko, Benjamin Herten

Abstract

Der vorliegende Beitrag zielt darauf ab, anhand eines Methoden-Mixes Gründe für Ausbildungsabbrüche in der Pflege zu analysieren sowie Maßnahmen zur Verhinderung von Abbrüchen abzuleiten. Aufbauend auf einer Literaturrecherche wurden leitfadengestützte Interviews (n = 11) geführt und – im Rahmen eines nutzerorientierten kollaborativen Design-Thinking-Ansatzes – Risikotypen anhand von Personas (n = 4) identifiziert. Bei einer Persona handelt es sich um die phänotypische Darstellung einer Zielgruppe bzw. Zusammenfassung einer Zielgruppe, indem sie in eine fiktive Person übersetzt wird. Als Ergebnis wurden anhand der Literaturrecherche die wesentlichen *Abbruchgründe (*Persönliche Gründe, Studienbedingte Gründe, Matching-Problematik) und *Lösungsansätze* (*S*trategien zur Stärkung des Individuums. Verbesserung der Ausbildungsstrukturen. Verbesserung der Studienstrukturen. Lehr- und Lernstrategien. Politische Fördermaßnahmen) herausgearbeitet. Zu den vier identifizierten Risiko- bzw. Abbruchtypen, für die jeweils Personas entwickelt wurden, zählen: der/die Desinteressierte, der/die Sensible/Helfende, der/die Lernschwache/mit Sprachproblemen und der/die familiär Eingebundene.

Schlagworte: Ausbildungsabbrüche, Design Thinking, Maßnahmenentwicklung, Personas, Risikotypen

This paper aims to use a mix of methods to analyze reasons for training dropouts in nursing and to derive measures for prevention. Building on a literature review, guided interviews (n = 11) are conducted, and risk types are identified using personas (n = 4) in a user-oriented collaborative design thinking approach. Based on the literature review, the main dropout reasons (Personal reasons, Study-related reasons, Matching problems) and solution approaches (Strategies to strengthen the individual, Improvement of training structures, Improvement of study structures, Teaching and learning strategies, Political support measures) were identified. The five identified risk or dropout types include: The Disinterested, The Sensitive/Helping, The Learning/Language Disadvantaged, The Family Involved.

Keywords: Dropout from Nursing Education, Design Thinking, Development of Measures, Personas, Risk Types

1 Einleitung

Der Fachkräftemangel in den Pflegeberufen und damit verbundene Lösungsansätze zur Gewinnung neuer beruflich Pflegender stehen seit Jahren im Fokus pflegepolitischer und wissenschaftlicher Diskussionen. So wurden zuletzt eine Reihe von politischen Initiativen und Imagekampagnen sowie wissenschaftliche Studien umgesetzt, die darauf abzielen, die Arbeitsplatzsituation in der Pflege zu verbessern und mehr beruflich Pflegende für den Beruf zu gewinnen. Auch wenn sich die Zahl der Beschäftigten in der Pflege in den letzten Jahren erhöht hat (vgl. Tsarouha u. a. 2022), werden die Pflegeberufe in der jüngsten Fachkräfteengpassanalyse der Bundesagentur für Arbeit weiterhin als Engpassberufe gelistet (vgl. Bundesagentur für Arbeit 2021). Wissenschaftliche Prognosen gehen vor dem Hintergrund der demografisch bedingt steigenden Zahl Pflegebedürftiger für das Jahr 2030 von einer Versorgungslücke von ca. 187.000 Vollzeitäquivalenten in der Pflege aus (vgl. Blum u. a. 2019).

Neben Maßnahmen wie einer Attraktivitätssteigerung des Berufsbilds, der Rekrutierung von internationalen beruflich Pflegenden oder der Gewinnung von Quereinsteigerinnen und -einsteigern sowie Berufsrückkehrerinnen und -rückkehrern liegt ein weiterer Hebel in der Berufsausbildung, um das Arbeitskräftepotenzial sowohl in der ambulanten und stationären Langzeitpflege als auch in der Akutpflege im Krankenhaus positiv zu beeinflussen. Aktuelle Zahlen des Statistischen Bundesamtes zeigen, dass seit der durch das Pflegeberufegesetz im Jahr 2020 eingeführten generalistischen Ausbildung eine steigende Zahl an Auszubildenden zu verzeichnen ist: So wurden im Jahr 2021 ca. 56.300 Ausbildungen begonnen, was im Vergleich zu 2020 einer Steigerung von 5 % entspricht (vgl. Statistisches Bundesamt 2022). Dies ist eine positive Entwicklung, aber noch keine nachhaltige Lösung, da die berufsspezifischen Prädiktoren für Ausbildungsabbrüche in der Pflege weiterhin bestehen. Um diese zu erklären, lassen sich in der Literatur eine Reihe von Faktoren identifizieren, die belastend auf Auszubildende wirken und möglicherweise zu einem Ausbildungsabbruch führen können. Das Spektrum reicht von einem hohen Druck im Ausbildungsalltag (vgl. Kraft & Drossel 2019) über einen als eingeschränkt wahrgenommen Handlungsspielraum (vgl. Mir u. a. 2016), eine subjektiv wahrgenommene geringe Wertschätzung durch die Praxisanleitung (vgl. Braun u. a. 2019) bis hin zu der Herausforderung, in Ballungsräumen bezahlbaren Wohnraum zu finden (vgl. Mohr u. a. 2019). Auszubildende selbst benennen ebenfalls die Faktoren Zeitdruck und wenig wahrgenommene Anerkennung seitens des Arbeitgebers (vgl. Scharfenberg 2016). Hinzu kommen zu wenig Zeit für pflegefachliche Kernaufgaben an den Patientinnen und Patienten oder Bewohnerinnen und Bewohnern sowie ein als nicht leistungsgerecht empfundenes Gehalt (ebd.).

Somit lassen sich in der wissenschaftlichen Literatur zahlreiche Hinweise auf mögliche Gründe für Abbrüche in der Pflegeausbildung finden. Eine Systematisierung von Abbruchgründen und möglichen Risikofaktoren sowie Maßnahmen, um Ausbildungsabbrüche wirksam zu verhindern, standen bislang jedoch nicht im Fokus von Forschungsprojekten. Hier setzt das vom Bundesinstitut für Berufsbildung

(BIBB) geförderte Projekt „Analyse von Maßnahmen zur Verhinderung von Ausbildungsabbrüchen in der Pflege“ an, in dem wissenschaftliche Forschung mit praxisorientierter Organisationsentwicklung in Ausbildungsstätten verknüpft wird. Ein interdisziplinäres Konsortium aus Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern des Instituts für europäische Gesundheits- und Sozialwirtschaft (IEGUS) und des Instituts für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik (ISG) sowie Praxisexpertinnen und -experten der auf die Pflegebranche spezialisierten Unternehmens- und Personalberatung contec untersucht in einem über drei Jahre laufenden Projekt Gründe für Ausbildungsabbrüche sowie Maßnahmen zu deren Verhinderung mittels quantitativer und qualitativer Forschungsmethoden. Der quantitative Teil besteht aus einer Panelbefragung von Pflegeauszubildenden über drei Wellen im Abstand von sechs Monaten. Der qualitative Baustein umfasst biografische Interviews mit Ausbildungsabbrecherinnen und -abbrechern sowie leitfadengestützte Interviews mit institutionellen Akteurinnen und Akteuren im Bereich der Pflegeausbildung (vgl. Fuchs u. a. in diesem Sammelband). Diese Erkenntnisse werden fortlaufend im Rahmen einer an einen Design-Thinking-Ansatz angelegten Workshopreihe mit Fachpersonen aus den Lernorten Schule und Betrieb und deren Umfeld reflektiert und erweitert. Schließlich wird eine begründete Auswahl an Maßnahmen zur Verhinderung von Ausbildungsabbrüchen in einem Pilotprojekt in Ausbildungsstätten implementiert und begleitend evaluiert.

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt ist die Recherche der ersten Projektphase abgeschlossen und eine Arbeitsversion des Kriterienkatalogs zur Systematisierung von Abbruchgründen wurde erarbeitet. Zudem wurde im Zuge des Design-Thinking-Ansatzes eine Reihe von Kollaborationsworkshops durchgeführt. Zentral ist dabei die Erarbeitung sogenannter Personas, die im Fokus dieses Beitrags stehen. Sowohl die Panelbefragung von Auszubildenden als auch die Interviews befinden sich in der Erhebungs- bzw. frühen Analysephase. Die dritte und letzte Welle der Panelbefragung, die Rekrutierung von Interviewpartnerinnen sowie -partnern und die qualitativ-hermeneutische Auswertung des Interviewmaterials erfolgen voraussichtlich bis Ende des Jahres 2023.

Dieser Beitrag zielt darauf ab, den bisherigen Erkenntnisgewinn des Projektes mit Blick auf die Literaturrecherche bzw. die ergänzenden Interviews sowie die Entwicklung der Personas vorzustellen.

Im Folgenden werden zunächst das Forschungsdesign und das konkrete methodische Vorgehen beschrieben. Anschließend werden die Ergebnisse aus der Literaturrecherche bzw. den ergänzenden Interviews vorgestellt. Daraufhin werden die vier Personas erläutert, wobei eine Persona vertieft und die drei weiteren Personas tabellarisch vorgestellt werden. Den Abschluss des Beitrags bilden eine kritische Würdigung, die Vorstellung offener Forschungsfragen und ein Fazit.

2 Forschungsdesign

Das Forschungsdesign des Gesamtprojektes wurde im einleitenden Kapitel beschrieben. Bei dem Teilprojekt, dessen Ergebnisse in diesem Beitrag vorgestellt werden, handelt es sich um ein experimentelles Vorgehen auf Basis einer vorab durchgeführten Literaturrecherche bzw. ergänzender Interviews.

2.1 Literaturrecherche

Durch die Literaturrecherche sollten zum einen die beiden zentralen Themenfelder des Projektes – Gründe und Risikofaktoren für Ausbildungsabbrüche sowie präventive Maßnahmen – konzeptionell erschlossen werden. Zum anderen diente die Recherche der Vorbereitung des Design-Thinking-Ansatzes. Auf der wissenschaftlichen Ebene wurde schwerpunktmäßig das integrative Review von Garcia González und Peters (2021) ausgewertet, da es den aktuellen Stand der Forschung im Zuge einer systematischen Literaturrecherche erhoben hat. Ergänzend wurde nach aktueller Literatur in wissenschaftlichen Fachdatenbanken recherchiert, um auch den Wissenstand nach Juli 2020 (Stichtag der Recherche im integrativen Review) zu erfassen.

Darüber hinaus lag der Fokus auf der Sichtung der grauen Literatur in Form von Stellungnahmen, Positionspapieren etc. von Verbänden und berufspolitischen Organisationen, um ergänzend zur wissenschaftlichen Perspektive auch die verbandliche/politische Sicht auf das Thema Ausbildungsabbrüche analysieren zu können. Es zeigte sich jedoch, dass zwar viele Verbände und berufspolitische Organisationen grundlegend zur gegenwärtigen Situation sowie zu Herausforderungen des Pflegeberufs Stellung nehmen, nicht jedoch zum spezifischen Thema der Ausbildungsabbrüche. Deshalb wurden einschlägige verbandliche/politische Funktionsträger:innen für ein kurzes leitfadengestütztes Interview angefragt.

2.2 Ergänzende leitfadengestützte Interviews

Basis der Fallauswahl bildeten die identifizierten verbandlichen/politischen Akteurinnen und Akteure. Über die sogenannte Schneeballmethode wurde zudem in den Interviews zusätzlich nach weiteren potenziell interessanten Interviewpersonen gefragt. Insgesamt wurden elf Interviews mit Vertreterinnen und Vertretern von Wohlfahrts- und Berufsfachverbänden auf kommunaler, Landes- und Bundesebene sowie Pflegeschulen und ausbildenden Pflegeunternehmen mit Expertise in der betrieblichen Pflegeausbildung geführt.

Der in den Interviews verwendete Leitfaden wurde auf Basis der seitens des BIBB definierten Forschungsfragen entwickelt und iterativ im Rahmen der Interviews um weitere Aspekte ergänzt. Er umfasste folgende Themenbereiche:

- Gründe für Ausbildungsabbrüche
- Typologie von Abbrechenden – „Abbruchtypen“
- Risikofaktoren für einen Ausbildungsabbruch
- Maßnahmen gegen Ausbildungsabbrüche
- Best-Practice-Projekte zur Vermeidung von Ausbildungsabbrüchen
- Gelingensfaktoren der Ausbildung

Im Anschluss wurden die Interviews in Anlehnung an die inhaltlich-strukturierende Inhaltsanalyse nach Mayring (2022) ausgewertet. Dabei lag der Fokus im Zuge der Kategorienbildung auf der Erarbeitung von „Abbruchtypen". Diese Analyse von verschiedenen „Abbruchtypen" wurde zudem konzeptionell mit der parallel laufenden Workshopreihe verschränkt. Darüber hinaus lieferten Erkenntnisse über spezifische „Risikotypen" die Grundlage für die Workshops zur Persona-Entwicklung.

2.3 Design-Thinking-Ansatz

Zur kontinuierlichen Verzahnung von Wissenschaft und Praxis wurde im Verlauf des Vorhabens schrittweise ein Expertennetzwerk, bestehend aus Trägern und Verbänden, Pflegeschulen und Hochschulen sowie kommunalen und politischen Organisationen, aufgebaut. Ziel war dabei, das Know-how sowie relevante Praxiserfahrungen der Expertinnen und Experten gezielt in verschiedene Workshopformate einzubinden. Je nach Ausrichtung der Workshops wurden insbesondere Kontakte bestimmter Zielgruppen, bspw. Träger/Verbände oder Pflege- bzw. Hochschulen, angeschrieben, um die für den jeweiligen Workshop relevante Fragestellung bestmöglich bearbeiten zu können.

Die konkrete Umsetzung der Workshopreihe orientierte sich an einem Design-Thinking-Ansatz. Design Thinking ist ein innovativer Ansatz eines nutzerzentrierten Denkens zur Lösung von Problemen, bspw. im Bereich Public Health (vgl. Abookire u. a. 2020). Im Rahmen dieses Vorgehens sollen die Erkenntnisse der Nutzer:innen neuer Produkte und Dienstleistungen sowie deren Erfahrungen zielführend miteinbezogen werden, um passgenaue Lösungen zu entwickeln (vgl. Meinel u. a. 2011). Im Bereich Public Health bzw. dem Gesundheitswesen insgesamt konnte die Entwicklung erfolgreicher und nachhaltiger Interventionen mit Ansätzen des Design Thinking beobachtet werden (vgl. Chan 2018).

Ziel des im Projekt umgesetzten Prozesses war nicht, einen kompletten und stringenten Design-Thinking-Ansatz zu implementieren. Der Grundgedanke einer partizipativen und anwendungsorientierten Entwicklung von Lösungen sollte jedoch verfolgt werden und umfasst konkret ein Methodenset sowie einen iterativen Prozess der Entwicklung von zielgruppen- und praxisorientierten Lösungen.

Das Methodenset besteht nach dieser Herangehensweise aus den durchgeführten Workshops und den vorgeschalteten wissenschaftlichen Methoden der Literaturrecherche und ergänzenden leitfadengestützten Interviews. Der für das Design Thinking charakteristische iterative Prozess beginnt mit der Phase des *Verstehens des Problems* und der *Beobachtungsphase* sowie der Definition von *Sichtweisen*, die in diesem Projekt zum einen durch die vorgeschaltete Literaturrecherche und die ergänzenden leitfadengestützten Interviews abgebildet wurden. Zum anderen wurden die relevanten Sichtweisen durch die Festlegung auf die Personas definiert. Durch das anschließende Brainstorming an Maßnahmen zur Verhinderung von Ausbildungsabbrüchen und die konzeptionelle Zusammenführung der erarbeiteten Maßnahmen im Rahmen der Persona-Workshops wurde die Phase der *Ideenfindung* und *Prototyp-Entwicklung* abgebildet.

Das Ziel der Persona-Workshops bestand darin, Nutzer:innen (in diesem Fall Expertinnen und Experten aus der Praxis sowie aus dem pflegeschulischen und hochschulischen Kontext) zu verstehen und mittels diverser Teilnehmendenkollektive – mit unterschiedlichen Erfahrungshintergründen und Kompetenzen – Lösungen für die Fragestellung zu erarbeiten, wie „Risikotypen" für Ausbildungsabbrüche durch Personas besser verstanden und präventive Maßnahmen abgeleitet werden können. Dabei dienten die Persona-Workshops als „methodischer Problemraum", d. h., die Befragten waren völlig frei darin, die Personas festzulegen und entsprechend zu benennen. Lediglich der Fokus auf jene Personen, die von den Problemen im Kontext der Pflegeausbildung betroffen sind, musste eingehalten werden. Dieser Fokus und die erwähnten methodischen Freiheiten führten bei den konkret durchgeführten Workshops dazu, dass eher defizitorientierte Bezeichnungen für die Personas ausgewählt wurden. Durch die anschließende Konzentration auf Lösungsansätze und Maßnahmen zur Verhinderung von Ausbildungsabbrüchen gelang es jedoch, die defizitorientierte Perspektive zugunsten einer lösungsorientierten Perspektive zu überwinden.

Im weiteren Verlauf des Projekts werden ausgewählte Maßnahmen zur Verhinderung von Ausbildungsabbrüchen in einem Praxissetting pilotiert und evaluiert. In der Logik des Design Thinking entspricht dies der *Testen-Phase*.

3 Ergebnisse

3.1 Wissenschaftliche Perspektive

Um das Themenfeld wissenschaftlich und konzeptionell zu erschließen, wurde das integrative Review von Garcia González und Peters (2021) ausgewertet. Auf Basis der Analyse von 109 Quellen wurden darin drei Kategorien für Abbruchgründe und fünf Kategorien für Lösungsansätze herausgearbeitet:

Abbruchgründe:
- Persönliche Gründe
- Studienbedingte Gründe
- Matching-Problematik

Lösungsansätze:
- Strategien zur Stärkung des Individuums
- Verbesserung der Ausbildungsstrukturen
- Verbesserung der Studienstrukturen
- Verbesserung von Lehr- und Lernstrategien
- Politische Fördermaßnahmen

Mit diesen Kategorien von Abbruchgründen und Lösungsansätzen wird jedoch nicht der Anspruch verfolgt, eine trennscharfe Abgrenzung festzulegen. Vielmehr können sich die Kategorien inhaltlich überschneiden bzw. Abbruchgründe und Lösungsansätze können mehreren Kategorien zugeordnet werden.

Zudem beziehen sich einige der von Garcia González und Peters (2021) aufgeführten Faktoren auf die Pflegeausbildung im angloamerikanischen Sprachraum, wo die Ausbildung als Studium organisiert ist. Bei der Übertragbarkeit der Erkenntnisse auf die Ausbildungsstrukturen in Deutschland muss berücksichtigt werden, dass ein Studium per se anders organisiert ist als eine Ausbildung.

In der ergänzenden Recherche nach dem Zeitpunkt ab Juni 2020 veröffentlichter Literatur konnten sechs weitere Veröffentlichungen identifiziert werden, deren Forschungsgegenstand zum Teil ebenfalls das Pflegestudium ist. In der Analyse wird deutlich, dass in der jüngsten wissenschaftlichen Debatte ein breites Spektrum an Aspekten im Themenfeld der Pflegeausbildung bzw. des Pflegestudiums diskutiert wird: So analysieren Brown u. a. (2021) mittels quantitativem Vorgehen Faktoren für den akademischen Erfolg von Krankenpflegeschülerinnen sowie -schülern und stellen dabei insbesondere die Bedeutung von pädagogischen Ansätzen und Nachhilfemaßnahmen heraus. Hughes u. a. (2021) arbeiten in einem Literaturreview Ansätze zur Stärkung interner Ressourcen zur Förderung der Resilienz von Krankenpflegeschüler*innen und -schülern in der Erstausbildung heraus – bspw. Reflexion, positives Reframing und Achtsamkeitstraining. In einer deskriptiv-qualitativen Studie untersuchen Kane u. a. (2021), welche Kontextfaktoren ausschlaggebend sind, um Männer für die akademische Pflegeausbildung zu gewinnen und Studienabbrüche zu vermeiden. Zentrales Anliegen dieser Studie ist die Berücksichtigung von Genderaspekten in der pflegerischen Ausbildung und der Abbau von geschlechtsspezifischen Vorurteilen. Mitchell u. a. (2021) analysieren mit der Methode des Scoping Reviews Strategien zur Bindung von Pflegeschülerinnen und -schülern. Demnach sind einzelne Strategien dann erfolgsversprechend, wenn sie in ein Gesamtkonzept eingebettet sind und interdisziplinär ausgerichtet sind. Panda u. a. (2021) untersuchen mittels eines systematischen Literaturreviews mit anschließender Metaanalyse Herausforderungen, mit denen Krankenpflegeschüler:innen und Hebammen in der klinischen Lernumgebung konfrontiert sind. Als kritische Herausforderungen zeigen sich ausbildungsbedingte Faktoren wie fehlende Unterstützungsstrukturen und eine inkonsistente Planung von Theorie/Praxis sowie personale Faktoren wie bspw. Versagensängste. Schließlich analysieren Torbjørnsen u. a. (2021) anhand eines integrativen Reviews, wie die Lernerfahrungen von Studierenden in „nursing programmes“ verbessert werden können. Bedeutsame Aspekte sind die Unterstützung durch Peers und Peer-Learning-Konzepte, Angebote zur Förderung der persönlichen Entwicklung sowie Studienberatung.

3.2 Verbandliche und politische Perspektive

In der Auswertung der verbandlichen und politischen Perspektive auf Abbruchgründe fand eine Orientierung an der von Garcia González und Peters (2021) erarbeiteten Systematik von Abbruchgründen statt, die dann um die Erkenntnisse der eigenen Recherchen und Interviews erweitert wurde. Schließlich wurden spezifische Risikotypen abgeleitet, die typische Ausprägungen an Gefährdungspotenzialen für Ausbildungsabbrüche vereinen.

Persönliche (ausbildungsunabhängige) Gründe

Wichtige persönliche Hindernisse sind Sprachbarrieren bzw. mangelnde individuelle Sprachkompetenzen seitens der Auszubildenden, die sowohl im schulischen als auch im praktischen Teil der Ausbildung zu Überforderung und schließlich zum Abbruch führen können.

Auch finanzielle Probleme können als persönlicher Grund zu Ausbildungsabbrüchen führen. Betroffen sind hierbei häufig Auszubildende, die neben dem eigenen auch noch den Lebensunterhalt für andere Personen finanzieren (müssen). Verschärft werden finanzielle Probleme von Auszubildenden zumeist in Großstädten und Ballungsräumen mit hohen Mieten und Lebenshaltungskosten.

Des Weiteren werden viele Auszubildende durch familiäre Verpflichtungen und Herausforderungen belastet. Das Spektrum reicht dabei von einer nicht gelingenden Vereinbarkeit der Ausbildung mit privater Sorgearbeit (Kinderbetreuung, informelle Pflege etc.) über (ungewollte) Schwangerschaften in der Ausbildungszeit bis hin zu grundsätzlich angespannten familiären Verhältnissen.

Auch bestimmte Charaktereigenschaften und Kompetenzen scheinen Ausbildungsabbrüche zu begünstigen. Vor dem Hintergrund der generalistischen Pflegeausbildung besonders problematisch sind mangelnde Lernkompetenzen, da sich umfangreiches und teilweise sehr komplexes Wissen selbstständig angeeignet werden muss. Weitere persönliche Faktoren, die für eine erfolgreiche Bewältigung der Pflegeausbildung nach Einschätzung der Befragten problematisch sein können, sind eine gering ausgeprägte Konfliktfähigkeit sowie eine unzureichende Resilienz im Umgang mit den (psychischen) Belastungen der Pflegeausbildung. Nicht zuletzt können sowohl körperliche als auch psychische gesundheitliche Probleme zu Ausbildungsabbrüchen führen.

Ausbildungsbedingte Gründe

Als zentraler ausbildungsbedingter Grund zeigt sich die fehlende Unterstützung von Auszubildenden bzgl. verschiedener Aspekte der Ausbildung. Bedingt durch eine angespannte Personalsituation und fehlende finanzielle Ressourcen für institutionelle Unterstützungsstrukturen können sowohl die Pflegeschulen als auch Träger der praktischen Ausbildung den Auszubildenden nicht die benötigte Unterstützung bieten. Konkret äußert sich dies bspw. in einer häufig wechselnden Praxisanleitung – eine Situation, die insbesondere in der generalistischen Ausbildung mit ihren häufig wechselnden Einsatzorten zum Problem werden kann. Eine fehlende Unterstützung betrifft jedoch nicht ausschließlich ausbildungsbezogene Themen, sondern ebenso eine mangelnde sozialpädagogische Begleitung während der Ausbildung. Weitere potenzielle Abbruchgründe, die sich nach Einschätzung der Befragten aus den Strukturen der Pflegeausbildung unmittelbar oder indirekt ergeben, sind unregelmäßige Arbeitszeiten verbunden mit langen Anfahrtswegen sowie Dauerbelastungen und Zeitdruck in Praxisphasen.

Matching-Problematik

Als Grund für Ausbildungsabbrüche kommt der Matching-Problematik insbesondere zu Beginn der Ausbildung eine hervorgehobene Bedeutung zu: Ausbildungsinteressierte haben häufig keine Kenntnis bzw. zumindest falsche Vorstellungen von den wesentlichen und potenziell belastenden Merkmalen der Ausbildung wie bspw. der Schicht- und Wochenendarbeit. Eine mögliche Ursache liegt darin, dass Auszubildende immer seltener praktische Vorerfahrungen in der Pflege mitbringen. Neben diesem fehlenden Verständnis für die Belastungen des Pflegeberufs führen auch idealistisch geprägte Erwartungen an das Berufsbild sowie naive Vorstellungen vom pflegerischen Handeln – etwa in schambehafteten Situationen bei noch nicht vorhandener professioneller Einordnung von Nähe und Distanz – zu einem „Praxisschock" zu Beginn der Ausbildung (vgl. Fuchs u. a. in diesem Sammelband).

Auswirkungen der Coronapandemie

In den geführten Interviews wurde deutlich, dass die Auswirkungen der Coronapandemie die Situation in Bildungsinstitutionen und Ausbildungsstätten und somit eine Reihe von Abbruchgründen auf verschiedenen Ebenen verschärft haben. Die Pandemie begann fast zeitgleich mit der Umsetzung der generalistischen Ausbildung und ließ letztere in den Hintergrund rücken. Mit steigenden Belastungen in den Einrichtungen mussten Ressourcen, die eigentlich für die neuen strukturellen Anforderungen durch die generalistische Pflegeausbildung vorgesehen waren, für die Bewältigung der Auswirkungen der Pandemie aufgewendet werden. Neben einer allgemein erhöhten Belastungssituation in den Einrichtungen haben die Auswirkungen der Pandemie auch zusätzliche Anforderungen an die Auszubildenen gestellt, bspw. musste sich innerhalb kürzester Zeit an das pandemiebedingte Lernen auf Distanz angepasst werden.

Abbruchgründe seitens des Trägers

Es existiert ebenfalls eine Reihe von Abbruchgründen, bei denen der Träger das Ausbildungsverhältnis beendet. Grund sind häufig nicht erfüllte (rechtliche) Anforderungen: So kommt es vor, dass nicht alle verpflichtenden Praxiseinsätze, bspw. in der Psychiatrie und Pädiatrie, gewährleistet werden können. Zudem führt es unweigerlich zum Abbruch, wenn Auszubildende die gesetzlich vorgeschriebene Fehlzeitenquote überschreiten. Laut den Befragten ist eine hohe Fehlzeitenquote häufig ein Indiz für einen bevorstehenden Abbruch und sollte demnach seitens der Träger/Bildungsinstitutionen unbedingt ernst genommen werden.

Risikotypen

Um die anschließende Entwicklung von Personas vorzubereiten und wissenschaftlich zu fundieren, wurde in den Interviews auch nach möglichen Abbruchtypen gefragt. Im Zuge der inhaltsanalytischen Auswertung wurden die folgenden Abbruchtypen identifiziert.

1. Der/die Desinteressierte
2. Der/die Sensible/Helfende
3. Der/die Lernschwache
4. Der/die mit Sprachproblemen
5. Der/die familiär Eingebundene

Diese Abbruchtypen wurden im anschließenden Design-Thinking-Prozess aufgegriffen und dienten als Grundlage zur Entwicklung von konkreten Personas.

3.3 Ergebnisse des Design-Thinking-Prozesses zur Entwicklung von Personas

Zur konzeptionellen Vorbereitung der Workshops wurden zunächst die Abbruchtypen inhaltlich weiter geschärft und im Zuge dessen die Typen „der/die Lernschwache" und „der/die mit Sprachproblemen" zusammengefasst zu „der/die Lernschwache/mit Sprachproblemen". In den Workshops wurden den Teilnehmenden die Abbruchtypen als mögliche Grundlage für die weitere Bearbeitung vorgestellt. Basierend auf den Präferenzen und Praxiserfahrungen der Teilnehmenden wurde einer der vier Risikotypen ausgewählt und innerhalb des Workshops zu einer Persona ausgearbeitet.

Persona auf Grundlage des Risikotyps „der/die Desinteressierte"

Die Teilnehmenden des ersten Persona-Workshops wählten den Risikotyp „der/die Desinteressierte" für die Persona-Erstellung aus. Die erarbeitete Persona wird anhand der nachfolgenden Abbildung dargestellt:

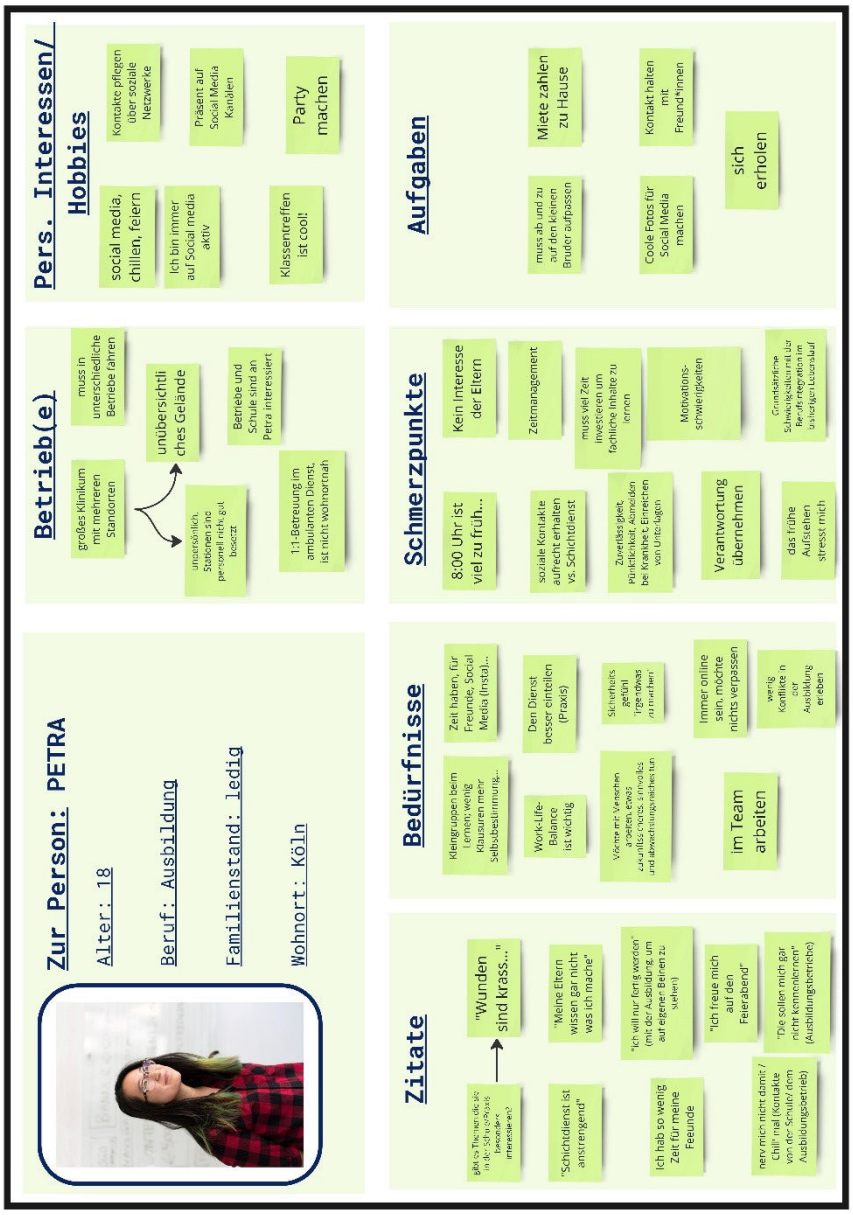


Abbildung 1: Erste Persona: Petra (Quelle: Persona-Workshops, eigene Darstellung)

Die Persona Petra ist 18 Jahre alt und hat sich mangels Alternativen für die generalistische Ausbildung zur Pflegefachfrau entschieden. Aufgrund Petras fehlendem intrinsischem Interesse für die Ausbildungsthemen hat sie oft Motivationsschwierigkeiten und ist unzufrieden, da sie viel Zeit investieren muss, um die fachlichen Inhalte zu erlernen. In ihrer Freizeit verbringt Petra sehr viel Zeit auf Social Media, um sich einerseits selbst darzustellen und um mit ihren Freundinnen und Freunden in Kontakt zu bleiben.

Auf Basis der Persona-Beschreibungen sammelten die Teilnehmenden zudem Ideen zu folgenden Fragestellungen:

- Wie können Ausbildungsbetriebe Petra bestmöglich unterstützen, sodass sie die Ausbildung erfolgreich absolviert?
- Was können Ausbildungsbetriebe NICHT tun?
- Was können Pflegeschulen tun?

Die Teilnehmenden des Workshops hoben insbesondere hervor, wie wichtig eine Vernetzung und gemeinsame Strukturentwicklung der Kooperationsverbünde der generalistischen Ausbildung ist. Es wurde zudem betont, dass eine transparente Kommunikation nicht nur zwischen den Kooperationspartnern, sondern auch mit den Auszubildenden notwendig ist, um Auszubildenden bspw. Berufliche Perspektiven aufzuzeigen oder benötigte Hilfestellungen zu identifizieren. Zudem wurden verschiedene Veranstaltungs- und Aktivitätsformate diskutiert, die Auszubildenden wie Petra Spaß machen und sie frühzeitig an die Organisation binden (bspw. Weihnachtsfeiern, Teamausflüge o. Ä.). Insgesamt stimmten die Teilnehmenden zudem darin überein, dass Auszubildenden wie Petra von Beginn an Vertrauen seitens der Organisationen entgegengebracht werden sollte, um ihre Motivation und ihr Selbstwirksamkeitsgefühl zu stärken. In Bezug auf Potenziale der Pflegeschulen wurde „Gamification“ als geeignete Maßnahme erwähnt, um junge, Social-Media-affine Menschen wie Petra abzuholen und das Lernen für sie spannend zu gestalten. Ebenfalls wurde die Idee diskutiert, Schule und Lernen als Ganzes neu zu denken und individueller auf die Bedürfnisse der Auszubildenden einzugehen. Auch hier können unterschiedliche Austauschformate einen erheblichen Mehrwert für Auszubildende wie Petra bilden. Grenzen des Möglichen sahen die Teilnehmenden der Workshops vor allem dann erreicht, wenn bspw. trotz diverser Unterstützungsangebote vertragliche Verpflichtungen wiederholt missachtet werden und sich dieses Verhalten zusätzlich negativ auf andere Auszubildende auswirkt.

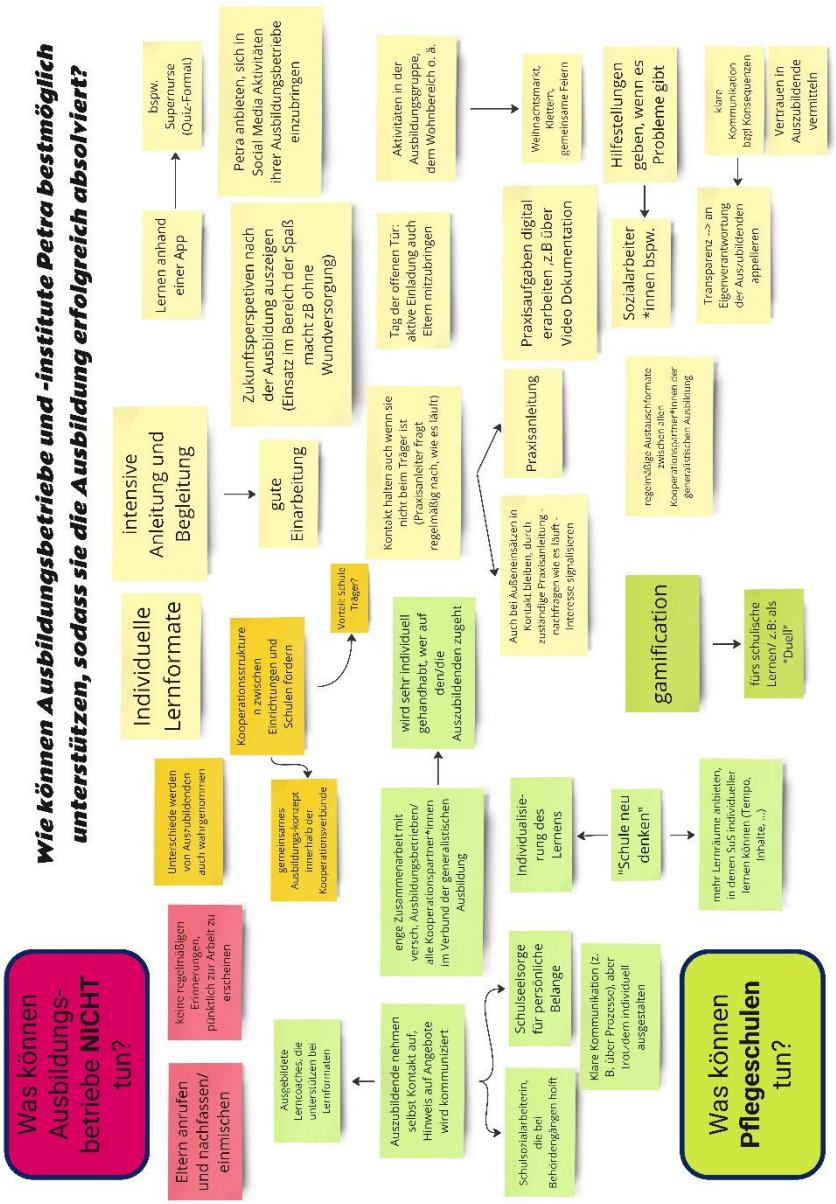


Abbildung 2: Maßnahmen zur Verhinderung von Ausbildungsabbrüchen, Persona Petra (Quelle: Persona-Workshops, eigene Darstellung)

Im Zuge des Design-Thinking-Prozesses wurden drei weitere Personas erstellt und jeweils spezifische Maßnahmen zur Vermeidung von Ausbildungsabbrüchen erarbeitet. Die Ergebnisse werden in der folgenden Tabelle dargestellt.

Tabelle 1: Überblick der Personas und Maßnahmen gegen Ausbildungsabbrüche (Quelle: Persona-Workshops, eigene Darstellung)

Persona	**„der/die Lernschwache/ mit Sprachproblemen“**	**„der/die Sensible/Helfende“**	**„der/die familiär Eingebundene“**
Alter	22	19	35
Beruf	Ausbildung Pflegefachkraft (Generalistik)	Ausbildung Pflegefachkraft (Generalistik)	Ausbildung Pflegefachkraft (Generalistik)
Familienstand	ledig	in einer Beziehung	in einer Beziehung Zwei Kinder (4 und 6 Jahre alt)
Wohnort	Bergisch Gladbach	Duisburg-Ruhrort	Bochum
Persönliche Interessen und Hobbys	• Ausbildung schaffen, um Aufenthaltserlaubnis zu erlangen • Langfristiger Wunsch: Ingenieur werden • Frei haben an muslimischen Feiertagen	• Freunde/Freundinnen treffen • Backen, insbesondere Torten • Nähen, vor allem Decken • Spazieren gehen mit dem Nachbarshund • Pferde (hatte früher eine Reitbeteiligung)	• Zeit mit der Familie verbringen • Kochen • Tanzen gehen • Schwimmen gehen mit den Kindern
Bedürfnisse	• Soziale Kontakte im Kurs • Lernpartnerschaften • Kultureller Austausch • Lockerer Austausch mit Kolleg:innen • Eigenen kulturellen Hintergrund in der Schule ausleben können • In der Schule so gut werden wie in der Praxis • Lob von Patient:innen und Bewohner:innen • Erfolgserlebnisse haben • Freiräume für Amtsbesuche • Nutzung von Übersetzungsprogrammen im Alltag	• Lob und Bestätigung • Zeit fürs „Kümmern“ • Lerngruppen • Das Gefühl haben, selbst gesehen zu werden • Braucht die Verknüpfung zum Alltag, um fachliche Inhalte gut lernen zu können • Großes Interesse an Menschen und ihren Bedürfnissen • Sicherer Arbeitsplatz und gutes Einkommen • Work-Life-Balance	• Ausgewogene Work-Life-Balance • Ausbildung in Teilzeit wäre ideal • Verlässlicher Dienstplan, weniger Spätschichten • Kinderbetreuung, die mit dem Schichtdienst vereinbar ist • Flexible Arbeitszeiten • Gute Entwicklung und guter Bildungsweg der Kinder • Eigene Erfolge sehen • Ruhige Minuten zwischendurch genießen
Aufgaben	• Lerninhalte selbstständig erarbeiten • Theoretische Inhalte in der Freizeit nacharbeiten • Unterstützung durch Praxisanleiter:innen einfordern • Sprachzertifikate erwerben • Nachhilfeangebote wahrnehmen	• Lernen, eine professionelle Distanz gegenüber den Pflegebedürftigen aufzubauen • Klassensprecherin • Die eigene pflegebedürftige Schwester versorgen • Stütze für den psychisch erkrankten Freund sein • Mit den eigenen chronischen Erkrankungen um-	• Lernen für die Ausbildung, Teilnahme an Lerngruppen • Unterstützung der eigenen Eltern • Die Kinder zum Sport und zu Verabredungen bringen • Die Kinder bei ihren Hausaufgaben unterstützen • Elternabende

(Fortsetzung Tabelle 1)

Persona	„der/die Lernschwache/ mit Sprachproblemen“	„der/die Sensible/Helfende“	„der/die familiär Eingebundene“
Aufgaben	• Amtsbesuche erledigen • Familiäre Verpflichtungen	gehen (Neurodermitis und Morbus Crohn) • Unterstützung im Haushalt	• Die Paarbeziehung und Freundschaften aufrechterhalten • Familiäre Anforderungen und Ausbildung vereinbaren • Haushalt gemeinsam mit Partner erledigen
Schmerzpunkte (erlebte Herausforderungen)	• Sprachbarrieren bei beruflichen Aufgaben und in der Kommunikation im Team • Fehlende Integration ins Team • Theoretische Inhalte und Fachbegriffe lernen • Transfer von der Theorie in die Praxis fällt schwer • Tradierte Rollenerwartungen → „Problem mit weiblichen Führungskräften“ • Hemmschwellen bei der Pflegetätigkeit → „Männer sollen Frauen waschen?“ • Weite Fahrtwege zu Ämtern, Abhängigkeit vom ÖPNV	• Schwierigkeiten und potenzielle Abbruchgründe liegen eher im praktischen Teil der Ausbildung • Körperliche und psychische Belastung ist höher als gedacht • Lernen zu Hause fällt schwer • Kann keine Grenzen für sich selbst setzen • Neigt dazu, die eigene Selbstfürsorge zu vernachlässigen • Der Impuls, anderen helfen zu wollen, geht mit eigener psychischer Vulnerabilität einher • Vergisst viel und fühlt sich teilweise überfordert	• Befürchtung, die Familie zu vernachlässigen • Rollenkonflikte • Ängste, Zeit mit den Kindern zu opfern und dennoch die Ausbildung nicht zu schaffen • Ohne Kinderbetreuung und Unterstützung durch Eltern geht gar nichts • Ferienzeiten und Kinderkrankzeiten sind herausfordernd • Hohe Fehlzeiten in der Ausbildung wegen familiären Verpflichtungen • Finanzielle Abhängigkeit vom Partner, Geldsorgen
Maßnahmen zur Verhinderung von Ausbildungsabbrüchen	• Ausbildungspat:innen und Ausbildungsbegleitung, auch für sozialpädagogische Themen • Freistellung zur Teilnahme an Sprachkursen • Klare Kommunikation von Erwartungen seitens des Trägers • Regelmäßige Feedbackgespräche • Förderung der Vernetzung zwischen Auszubildenden • Unterstützung des Spracherwerbs über visuelle Lernformate • Unterstützung bei Amtsbesuchen • Jobticket für den ÖPNV • Unterstützung bei der Wohnungssuche	• Wöchentliche Reflexionsaufgaben und anschließende Besprechung dieser Themen • Festlegung von Meilensteinen, um berufliche Entwicklung sichtbar zu machen • Zu Beginn der Ausbildung: Erhebung von Erwartungen an die Ausbildung und den eigenen Grenzen • Austauschformate mit erfahreneren Auszubildenden • Feste Bezugspersonen • Lerngruppen, die in der Pflegeschule/im Ausbildungsbetrieb stattfinden können • Sozialpädagogische Unterstützung	• Priorität auf Frühdienste, um die Kinderbetreuung übernehmen zu können • Frühzeitige und verbindliche Abstimmung des Dienstplans • Regelmäßiger Austausch zwischen Pflegeschulen und Ausbildungsbetrieben, um Probleme frühzeitig zu erkennen • Ermöglichung von flexiblen Arbeitsmodellen oder einer Teilzeitausbildung • System der Urlaubsplanung, welches die Vereinbarkeit von Beruf und Familie berücksichtigt • Betriebliche Unterstützung bei der Kinderbetreuung

4 Kritische Würdigung und Diskussion

Es bestehen inzwischen wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse zu guten Rahmenbedingungen betrieblicher Pflegeausbildung auf verschiedenen Abstraktionsebenen. Weder herrscht jedoch Konsens darüber, welche Erkenntnisse sich in der Praxis verankern lassen, noch, welche Maßnahmen für welche Auszubildenden oder Risikotypen besonders effektiv und wirksam sind. Hinzu kommen sehr unterschiedliche Voraussetzungen in den verschiedenen Bundesländern, Kommunen und nicht zuletzt in den Ausbildungsbetrieben und Pflegeschulen. Dabei können Ansätze wie die hier vorgestellte Entwicklung von Personas als Grundlage für die Überlegung und Entwicklung praxisorientierter Maßnahmen in konkreten Ausbildungssettings helfen. Die Personas machen die Bedarfe und Problemlagen für die Gestalter:innen der Ausbildung begreifbar und greifbar, und somit gestaltbar und umsetzbar. In den Kollaborationsworkshops konnten wir engagierte Verantwortliche aus den Lernorten Schule und Praxis erleben, die gemeinsam nachhaltige Lösungen für Auszubildende ausarbeiten wollten. Damit ist die innovative Methode dafür geeignet, die Ausbildung in Ausbildungsverbünden und zwischen Schulen und Betrieben aufeinander abzustimmen.

Das dargestellte Vorgehen ermöglicht die Erarbeitung zielgruppenspezifischer sowie individueller Maßnahmen und Lösungsansätze und die konkrete Ausgestaltung theoretisch gesicherter Erkenntnisse. So wurde bspw. die Unterstützung bei der Wohnungssuche explizit bei der Persona Ali als Maßnahme benannt. Gleichwohl können auch Auszubildende mit anderen Profilen davon profitieren: Denken wir an Metropolen mit hohen Mietkosten oder ländliche Ausbildungsverbünde mit weit voneinander entfernten Einsatzorten.

Gleichzeitig bieten die Diskussionsergebnisse ihrerseits die Chance, diese konkret zu hinterfragen. Können Testanforderungen pauschal nicht an die spezifischen Möglichkeiten und Kompetenzen der Auszubildenden angepasst werden, wie im Fall von Ali als Ergebnis festgehalten? In der Literatur werden durchaus Möglichkeiten diskutiert, Anforderungen, in denen Sprachkenntnisse nicht im Vordergrund stehen, auf alternative Weise zu testen oder mündliche Prüfungen anzubieten, in denen über einen Dialog Erläuterungen und Klärungen möglich sind.

Alle Personas profitieren von abgestimmten Feedbackgesprächen zwischen den Lernorten Schule und Betrieb: zur Information über den Stand der Fehlzeiten und zum Aufzeigen von Gegenmaßnahmen, als Motivation und zur Strukturierung der Ausbildung über die Darstellung von Lernfortschritten und nächsten Meilensteinen und nicht zuletzt zur gegenseitigen Sensibilisierung für besondere Herausforderungen, um diese aktiv anzugehen.

Auch die Schaffung von weiteren Unterstützungsstrukturen kann im Kontext der erarbeiteten Personas aufgezeigt werden: kulturelle Sensibilität, die Möglichkeit, sich an beruflichen Role Models zu orientieren, fachliche Unterstützung, Nachhilfe oder die Möglichkeit, Fehlstunden zu kompensieren. Nicht zuletzt wurde auch eine Auffangstrategie in Form eines Übergangs in die Pflegeassistenz- bzw. Pflegehelferausbildung oder eine Teilzeitausbildung benannt. Für Probleme, die weder im schulischen

noch im betrieblichen Kontext aufgefangen werden können, wird zumindest der Anspruch formuliert, den Weg in andere Hilfestrukturen weisen zu können. In einigen Bundesländern profitieren die Pflegeschulen von institutionalisierten Sozialpädagoginnen und -pädagogen. Teilnehmende aus Bundesländern, in denen das nicht der Fall ist, forderten eine solche Unterstützung an ihren Schulen.

Immer wieder kam die Diskussion um notwendige Voraussetzungen für die Pflegeausbildung auf: Welche Charaktereigenschaften und Kompetenzen müssen bereits vor Ausbildungsantritt gegeben sein und wie viel Aufwand sind wir als Gesellschaft oder konkret die an der Ausbildung beteiligten Institutionen und Personen bereit, an Unterstützung und Förderung aufzuwenden? So wurden die Potenziale von Auswahlverfahren einerseits und Assessments mit universellen Anforderungen andererseits in den Workshops und Interviews ebenso diskutiert wie in der Literatur.

In der Literatur wie in den Interviews und Workshops wird der Stellenwert von frühen und realistischen Erfahrungen mit der Pflege im persönlichen Umfeld oder im Rahmen der Berufsorientierung, in Praktika, im Bundesfreiwilligendienst oder im Freiwilligem Sozialen Jahr hervorgehoben. Die eigenen Erfahrungen vermitteln eine realistische Erwartung an den Beruf und verringern einen möglichen Praxisschock in der Ausbildung oder im frühen Berufsleben. Erwartungsmanagement im Sinne der Vermittlung eines realistischen Berufsbildes gilt als eine der effektivsten Maßnahmen zur Vermeidung von Ausbildungsabbrüchen. Für die einen müssen allzu idealistische Erwartungen gezügelt werden, die anderen benötigen Leitplanken, die sie zur Entwicklung einer professionellen Identität motivieren. Beim Erwartungsmanagement bedarf es auch einer Abstimmung zwischen den Lernorten Schule und Betrieb, damit diese nicht unvereinbar auseinanderfallen, sondern sich widerspruchsfrei ergänzen.

Hier liegt auch eine besondere Herausforderung der generalistischen Pflegeausbildung: die Gestaltung und Abstimmung der Ausbildung zwischen den verschiedenen Praxislernorten und dem Lernort Schule. Gleichzeitig wird in der generalistischen Ausbildung die Chance gesehen, eine ganzheitliche professionelle Identität zu erwerben, was wiederum als ausbildungsförderlicher persönlicher Faktor gilt.

Als Grenze des Verfahrens der Persona-Entwicklung zeigte sich, dass im Laufe der Workshops auch Ideen geäußert wurden, die nicht mehr unmittelbar mit der Persona zu tun haben, sondern allgemeiner Natur sind. Kontrovers wurde zudem während der Workshops und teilweise auch im Nachgang diskutiert, wie plakativ und ggf. auch stereotyp oder vorurteilsbeladen die Auseinandersetzung mit bestimmten Risikotypen ausfallen darf, von der Konstruktion der jeweiligen Hintergründe bis zur Namensgebung der Persona. Doch nur in einem offenen Raum, in dem Annahmen getroffen sowie verworfen werden können und wertschätzend auf vielleicht problematische Zuschreibungen eingegangen wird, können Erkenntnisse entstehen und Lösungen gestaltet werden. Im besten Fall werden Ansichten korrigiert und Kenntnislücken aufgedeckt, die es im nächsten Schritt zu füllen gilt. Hier kann Forschung im besten Sinne „Wissen schaffen“ und sich der Praxis zugänglich machen, wo iterative Verbesserungen erzielt werden können. Und diese Lösungen können sich wiederum der wissenschaftlichen Evaluation stellen.

Im weiteren Projektverlauf gilt es, die Erkenntnisse um allgemeine und spezifische Maßnahmen für eine gelingende Ausbildung miteinander in Beziehung zu bringen und hinsichtlich ihrer Umsetzbarkeit und Effektivität zu testen und zu bewerten. Bei der Interpretation der zuvor vorgestellten Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass weder die erarbeiteten Personas noch die Ergebnisse aus den leitfadengestützten Interviews repräsentativ sind. Eine deutschlandweit repräsentative quantitative Befragung ist jedoch Teil des Gesamtprojektes, wodurch repräsentative Aussagen über Zusammenhänge einer erfolgreichen Ausbildung getroffen werden könnten.

Literatur

Abookire, S., Plover, C., Frasso, R. & Ku, B. (2020). Health Design Thinking: An Innovative Approach in Public Health to Defining Problems and Finding Solutions. *Frontiers in public health*, 8, S. 459. https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00459.

Blum, K., Offermans, M. & Steffen, P. (2019). *Situation und Entwicklung der Pflege bis 2030*. Deutsches Krankenhausinstitut. Verfügbar unter https://www.dki.de/sites/default/files/2019-10/DKI%202019%20-%20Pflege%202030%20-%20Bericht_final_0.pdf (Zugriff am: 18.10.2023).

Braun, H., Börsch, H.-J., Haas, M., Simoes, E. & Lauxen, O. (2019). Pflege an der Grenze: Möglichkeiten, Chancen und Risiken: eine Diskussion. In R. Münnich & J. Kopp (Hg.), *Pflege an der Grenze*. Springer VS.

Brown, J., McDonald, M., Besse, C., Manson, P., McDonald, R., Rohatinsky, N. & Singh, M. (2021). Nursing Students' Academic Success Factors: A Quantitative Cross-sectional Study. *Nurse educator*, 46(2), E23–E27. https://doi.org/10.1097/NNE.0000000000000882.

Bundesagentur für Arbeit. (2021). *Fachkräfteengpassanalyse – Deutschland und Länder*. Verfügbar unter https://statistik.arbeitsagentur.de/SiteGlobals/Forms/Suche/Einzelheftsuche_Formular.html;jsessionid=3B4299C62E9D0BA0085665B298B54A7B?nn=27096&topic_f=fachkraefte-engpassanalyse (Zugriff am: 18.10.2023).

Chan, K. (2018). A Design Thinking Mindset Beyond the Public Health Model. *World Medical & Health Policy*, 10(1), S. 111–119. https://doi.org/10.1002/wmh3.253.

Garcia González, D. & Peters, M. (2021). *Ausbildungs- und Studienabbrüche in der Pflege – ein integratives Review*. Bonn: Bundesinstitut für Berufsbildung.

Hughes, V., Cologer, S., Swoboda, S. & Rushton, C. (2021). Strengthening internal resources to promote resilience among prelicensure nursing students. *Journal of professional nursing: official journal of the American Association of Colleges of Nursing*, 37(4), S. 777–783. https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2021.05.008.

Kane, D., Rajacich, D. & Andary, C. (2021). Exploring the Contextual Factors Surrounding the Recruitment and Retention of Men in a Baccalaureate Nursing Program. *Nursing forum*, 56(1), S. 24–29. https://doi.org/10.1111/nuf.12504.

Kraft, S. & Drossel, M. (2019). Untersuchung des sozialen, beruflichen und gesundheitlichen Erlebens von Pflegekräften in stationären Krankenpflegeeinrichtungen – Eine qualitative Analyse. *HeilberufeScience*, 10(3–4), S. 39–45. https://doi.org/10.1007/s16024-019-0327-9.

Mayring, P. (2022). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*, 13. überarbeitete Auflage. Weinheim: Julius Beltz.

Meinel, C., Leifer, L. & Plattner, H. (2011). *Design Thinking*. Berlin, Heidelberg: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-642-13757-0.

Mir, E., Kada, O., Brunkel, H., Kohlmann, E. & Kohlmann, C.-W. (2016). Wie nehmen Auszubildende der Altenpflege die Arbeits- und Organisationsstrukturen in der Praxis wahr? *HeilberufeScience*, 7(2), S. 83–87. https://doi.org/10.1007/s16024-016-0263-x.

Mitchell, K. M., Baxter, C. E., Gural, D. M., Chorney, M. A., Simmons-Swinden, J. M., Queau, M. L. & Nayak, N. (2021). Strategies for retention of nursing students: A scoping review. *Nurse education in practice*, 50, 102956. https://doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102956.

Mohr, J., Reiber, K. & Riedlinger, I. (2019). Veränderungsprozesse im Kontext des aktuellen Fachkraftbedarfs am Beispiel der Ausbildung. *PADUA*, 14(3), S. 169–173. https://doi.org/10.1024/1861-6186/a000493.

Panda, S., Dash, M., John, J., Rath, K., Debata, A., Swain, D., Mohanty, K. & Eustace-Cook, J. (2021). Challenges faced by student nurses and midwives in clinical learning environment – A systematic review and meta-synthesis. *Nurse education today*, 101, 104875. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.104875.

Scharfenberg, E. (2016). *Was beschäftigt Pflegekräfte?* Elisabeth Scharfenberg. Verfügbar unter http://www.elisabeth-scharfenberg.de/daten/downloads/ErgebnissederUmfrage_WasbeschaeftigtPflegekraefte.pdf (Zugriff am: 18.10.2023).

Statistisches Bundesamt. (2022). *Ausbildung in der Pflege 2021: 5 % mehr neue Ausbildungsverträge als im Vorjahr*. Verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2022/07/PD22_314_212.html (Zugriff am: 18.10.2023).

Torbjørnsen, A., Hessevaagbakke, E., Grov, E. K. & Bjørnnes, A. K. (2021). Enhancing students learning experiences in nursing programmes: An integrated review. *Nurse education in practice*, 52, 103038. https://doi.org/10.1016/j.nepr.2021.103038.

Tsarouha, E., Mohr, J. & Reiber, K. E. (2022). Die neue Pflegeausbildung als Strategie zur Fachkräftesicherung? Ziele, Chancen und Risiken. *Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit*, 53(2), S. 48–53.

Abbildungsverzeichnis

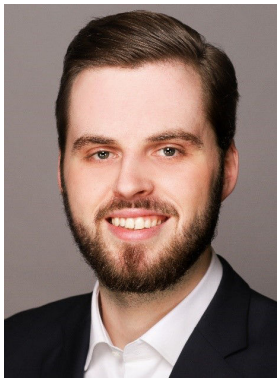
Abb. 1 Erste Persona: Petra 275

Abb. 2 Maßnahmen zur Verhinderung von Ausbildungsabbrüchen, Persona Petra . . . 277

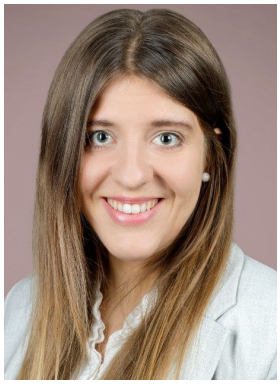
Tabellenverzeichnis

Tab. 1 Überblick der Personas und Maßnahmen gegen Ausbildungsabbrüche 278

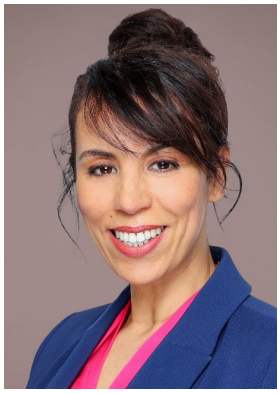
Autoren und Autorinnen



Jonas Seidel, wissenschaftlicher Mitarbeiter beim IEGUS – Institut für europäische Gesundheits- und Sozialwirtschaft. Jonas Seidel ist Sozialwissenschaftler (M. A.) und Doktorand an der Fakultät für Sozialwissenschaften der Technischen Universität Dortmund. Seine Forschungsschwerpunkte umfassen die Themen Gesundheitssystem und -wirtschaft, Gesundheitsförderung und Prävention sowie Vereinbarkeit von Beruf und privater Sorgearbeit.



Katharina Kirstein, wissenschaftliche Mitarbeiterin beim IEGUS – Institut für europäische Gesundheits- und Sozialwirtschaft. Katharina Kirstein studierte Gesundheit und Diversity an der Hochschule für Gesundheit Bochum und Public Health an der Universität Bremen. Ihre Forschung fokussiert auf die betriebliche und kommunale Gesundheitsförderung und Prävention sowie die Gestaltung der Versorgung. Ihre methodischen Schwerpunkte liegen im Bereich qualitativer Methoden sowie systematischer Übersichtsarbeiten. Sie ist an der Durchführung von Literaturübersichten, Mixed-Methods-Studien und Evaluationsprojekten beteiligt.



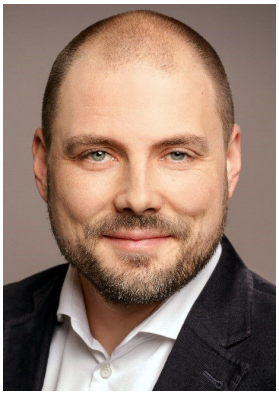
Dr. **Bouchra Achoumrar**, wissenschaftliche Mitarbeiterin beim IEGUS – Institut für europäische Gesundheits- und Sozialwirtschaft und Lehrbeauftragte an der Alice Salomon Hochschule, Berlin, Studiengang Management und Versorgung im Gesundheitswesen. Die Arbeits- und Forschungsschwerpunkte von Dr. Bouchra Achoumrar umfassen die Themengebiete Diversität, Migration und Fachkräftezuwanderung sowie Management und Controlling in der Gesundheits- und Sozialwirtschaft.



Patricia Beck, wissenschaftliche Mitarbeiterin beim IEGUS – Institut für europäische Gesundheits- und Sozialwirtschaft und Dekanats- und Lehrbeauftragte, FOM Hochschule, Institut für Gesundheit & Soziales (ifgs). Patricia Beck promoviert an der Charité Berlin im Bereich Versorgungsforschung mit einem Fokus auf Migration und Gesundheit. In ihre Forschungs- und Lehrarbeit integriert sie empirische Sozialforschung und sie verfügt über Expertise in den Bereichen Gesundheit, Migration und soziale Innovation. Die Forschungsschwerpunkte von Patricia Beck liegen im Bereich von Diversität im Gesundheits- und Sozialwesen. Hierbei widmet sie besonderes Interesse den Themen Migration, Inklusion und sozialer Innovation.



Michael Brantzko, wissenschaftlicher Mitarbeiter beim IEGUS – Institut für europäische Gesundheits- und Sozialwirtschaft. Die Arbeits- und Forschungsschwerpunkte von Michael Brantzko beziehen sich auf die Begleitung pflegebezogener Projekte aus pflegepraktischer Perspektive, schwerpunktmäßig im Kontext Pflegeausbildung. Bezug nehmend zur Nachwuchsgewinnung und -förderung in der Pflege geht er der Frage nach, wie Menschen für die Pflege begeistert, gebunden und anhand ihrer Kompetenzen gefördert werden können.



Benjamin Herten, Leiter des IEGUS – Instituts für europäische Gesundheits- und Sozialwirtschaft. Benjamin Herten studierte Wirtschaftswissenschaft und Sozialwissenschaft an der Ruhr-Universität Bochum. Seinen Masterabschluss erlangte er im Studienprogramm Methoden der Sozialforschung an der sozialwissenschaftlichen Fakultät.

Gelingender Einstieg in die praktische Ausbildung

Anna Willaredt, Sabine Dorn, Nicola Hofmann, Karin Reiber

Abstract

Im Rahmen des Projekts TiP-regio („Transitionen in die Pflege – individuelle und regionale Ressourcen stärken") wird der Frage nachgegangen, welche Herausforderungen Auszubildende beim Einstieg in die praktische Ausbildung zu bewältigen haben und welche Unterstützungsmaßnahmen hilfreich sein können. Zur Beantwortung dieser Fragen werden Fokusgruppen- und Experteninterviews geführt. Untersucht werden Erfahrungen und Erleben von Auszubildenden im Orientierungseinsatz sowie die bereitgestellten und zusätzlich erforderlichen Unterstützungsmaßnahmen aus Sicht von Pflegepädagoginnen und -pädagogen sowie von Pflegepraktikerinnen und -praktikern. Aufbauend auf den Forschungsergebnissen wird ein Konzept zur Begleitung und Unterstützung von Auszubildenden im ersten Praxiseinsatz entwickelt.

Schlagworte: Ausbildungseinstieg, Orientierungseinsatz, Pflegeausbildung, Transition

The commencement of practical training is a sensitive phase of the transition from formal education to nursing training. Challenges trainees face when entering practical training and support they receive are therefore analyzed within the project TiP-regio ("Transition to nursing – strengthening individual and regional resources"). Data was collected in focus groups and in expert interviews which involve the experience of trainees and the perspective of nursing educators and practitioners. Based on the research results, the study develops a concept to support trainees during their first internship.

Keywords: transition, practical training, nursing training, first internship

1 Einleitung

Der Einstieg in die Ausbildung stellt eine sensible Phase am Übergang von der Schule in die Berufsausbildung dar. Die Auszubildenden sehen sich vielfältigen berufsspezifischen Entwicklungsaufgaben gegenüber (vgl. Einig, Partsch & Darmann-Finck 2022, S. 219). Insbesondere der erste Praxiskontakt im Rahmen des Orientierungseinsatzes bietet eine Vielzahl an Eindrücken und kann unterschiedlichste Emotionen evozieren (vgl. Winter 2019, S. 177 ff.), deren adaptive Bewältigung entscheidend auf den erfolgreichen Fortgang der Ausbildung einwirkt (vgl. Beinke 2009, S. 19). Hier nimmt die

Praxiseinrichtung eine wichtige Rolle ein. Bereits zu Beginn der praktischen Ausbildung wird der erste Grundstein für eine positive berufliche Identitätsausbildung (vgl. Mohr, Riedlinger & Reiber 2022, S. 216) und damit auch für den späteren Berufsverbleib gelegt (vgl. ebd., S. 236). Mit geeigneten Maßnahmen zur Unterstützung und Begleitung neuer Auszubildender kann der Träger der praktischen Ausbildung maßgeblich zur Anbahnung der Berufsbindung sowie zu einer ersten Identifikation mit dem Ausbildungsbetrieb beitragen (vgl. ebd., S. 236 f.).

Als problematisch für einen gelingenden Einstieg zeigt sich allerdings die Beanspruchung, der sich Auszubildende im Pflegeberuf ausgesetzt fühlen (Ver.di 2022): Der Ausbildungsreport Pflegeberufe 2021 zeigt auf, dass sich etwa die Hälfte der Auszubildenden häufig bis immer belastet fühlt. Als Gründe hierfür werden das Arbeiten unter hohem Zeitdruck, die mangelnde Vereinbarkeit von Privatleben und Beruf sowie fehlende Pausen angeführt. Dementsprechend hat mehr als die Hälfte der befragten Auszubildenden Schwierigkeiten damit, sich in der Freizeit ausreichend zu erholen. Insgesamt sind weniger als 43 % der Auszubildenden mit ihrer Ausbildung zufrieden. Im Vergleich zu den dualen Ausbildungsberufen zeigt sich ein großer Unterschied: Dort liegt die Zufriedenheit bei über 70 % (vgl. Ver.di 2022, S. 11).

Im Rahmen der Begleitforschung zur Umsetzung des neuen Pflegeberufegesetzes (BENP) wurden Auszubildende mittels einer Längsschnittbefragung zu ihrem Ausbildungserleben befragt (vgl. Olden, Großmann, Dorin u. a. 2023, S. 250). Insgesamt vergeben die Auszubildenden die Noten gut bis befriedigend (Gesamtnote 2,45). Der Lernort Pflegeschule wird geringfügig besser bewertet als der Lernort Praxis. Als Herausforderungen zeigen sich u. a. der Theorie-Praxis-Transfer sowie die Gestaltung des praktischen Lernens (vgl. ebd., S. 249). Die Auszubildenden bemängeln den Informationsstand am Einsatzort bzgl. ihrer Fähigkeiten und ihres Wissensstands (vgl. ebd., S. 253). Fast alle Auszubildenden wünschen sich eine Ansprechperson für Probleme in der Ausbildung (vgl. ebd., S. 252). Überdies denkt ein Viertel der befragten Auszubildenden regelmäßig über einen Ausbildungsabbruch nach (vgl. Olden, Großmann, Dorin u. a. 2023, S. 255).

Küpper (2020) untersucht den Berufsverbleib von Auszubildenden in der Pflege im Kontext der Entwicklung eines arbeitsbezogenen Kohärenzgefühls. Das arbeitsbezogene Kohärenzgefühl beschreibt die wahrgenommene Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit der aktuellen Arbeitssituation einer Person (vgl. Bauer, Vogt, Inauen u. a. 2015, S. 22). Küpper (2020) zufolge empfinden die befragten Auszubildenden die Arbeit in der Pflege zwar als überdurchschnittlich sinnhaft, jedoch als unterdurchschnittlich verstehbar und handhabbar (vgl. ebd., S. 99). Darüber hinaus wird in der Studie auf den „Praxisschock" als relevantes Phänomen in der Pflegeausbildung verwiesen. Auszubildende können sich vor dem Einstieg in die praktische Ausbildung „einen wesentlich längeren erwarteten Berufsverbleib" (ebd., S. 108) vorstellen (25,7 Jahre) als Auszubildende, die bereits den ersten Praxiseinsatz absolviert haben (18,8 Jahre) (vgl. ebd.).

Um die Ausbildungszufriedenheit zu erhöhen und Ausbildungsressourcen effektiv nutzen zu können, bedarf es vielfältiger Unterstützungsmaßnahmen. Dieser Bei-

trag beleuchtet daher, wie der Einstieg in die praktische Ausbildung im Zeichen von Fachkräftesicherung gelingen kann. Konkret werden hierzu folgende Fragestellungen verfolgt: Welche Bedeutung hat der Orientierungseinsatz im Hinblick auf den Beitrag der Ausbildung zur Fachkräftesicherung? Wie erleben Auszubildende den Orientierungseinsatz? Welchen Unterstützungsbedarf nehmen Pflegepädagoginnen und -pädagogen seitens der Auszubildenden wahr? Wie können Auszubildende beim Einstieg in die praktische Ausbildung systematisch unterstützt werden? Untersucht werden diese Fragen im Rahmen des Forschungsprojekts TiP-regio, das im Folgenden vorgestellt wird.

2 Das Projekt TiP-regio

2.1 Verbund und Teilprojekte

Das Projekt TiP-regio („Transitionen in die Pflege – individuelle und regionale Ressourcen stärken") ist ein interdisziplinärer Projektverbund, der den Übergang von der Schule in die Pflegeausbildung aus verschiedenen Blickwinkeln beleuchtet.

Für die einzelnen Phasen des Übergangs werden in den Teilvorhaben auf der Basis der erhobenen Daten zu Herausforderungen und Unterstützungserfordernissen berufspädagogische Konzepte entwickelt, um

1. über Berufsorientierungspraktika ein positives und gleichermaßen realistisches Berufsbild zu vermitteln,[1]
2. **einen gut unterstützten und begleiteten Einstieg in die praktische Ausbildung zu gewährleisten,**
3. Auszubildende durch Vermittlung emotionaler Kompetenzen auf die konstruktive Bewältigung belastender Situationen vorzubereiten,
4. mittels sprachsensiblem Fachunterricht Unterstützung für sprachliche Herausforderungen anzubieten[2] und den Ausbildungserfolg zu fördern sowie
5. zu einer Optimierung des regionalen Übergangsmanagements beizutragen.

Im multiperspektivischen Design werden alle relevanten Akteursgruppen befragt: ausbildungsinteressierte Schülerinnen und Schüler, Lehrende an allgemeinbildenden sowie Pflegeschulen, Auszubildende sowie Akteure des Regionalen Übergangsmanagements wie Arbeitsagenturen und Träger der Jugendberufshilfe. Die entwickelten Konzepte werden zum Teil exemplarisch erprobt und evaluiert. Sie stehen im Anschluss für die Praxis zur Verfügung, um so zu einem gelingenden Übergang und Einstieg in die Pflegeausbildung beitragen zu können. Das Projekt wurde vom Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) in Auftrag gegeben und hat eine Laufzeit von zwei Jahren (12/2021–11/2023). Beteiligt sind die Hochschule Esslingen, die Uni Bremen Campus und das Forschungsinstitut Betriebliche Bildung.

1 Hierzu Dorn, Willaredt, Hofmann u. a. in diesem Band.
2 Hierzu Daase & Fleiner in diesem Band.

2.2 Forschungsdesign

Dieser Beitrag fokussiert auf das Teilprojekt zum Einstieg in die praktische Pflegeausbildung im Rahmen des Orientierungseinsatzes. Der Ausbildungseinstieg ist eine berufsbiografisch bedeutsame Transitionsphase, in der vielfältige Herausforderungen zu bewältigen sind (vgl. Partsch, Einig & Darmann-Finck 2022, S. 44). Die Auszubildenden machen erste und grundlegende Erfahrungen in ihrem zukünftigen Berufsfeld, daher stellt der Orientierungseinsatz eine besondere Form der Erprobung der Berufswahlentscheidung dar (vgl. Reiber, Fleiner, Partsch u. a. 2024, S. 12). Aus einer laufbahnbezogenen Perspektive auf Berufsorientierung betrachtet geht es für die Auszubildenden darum, typische Herausforderungen beim Ausbildungseinstieg adaptiv zu bewältigen (vgl. Savickas 2013, S. 157 ff.), damit es nicht zu einer dysfunktionalen Anpassungsleistung kommt und der Einstieg zum Ausstieg wird. Ein Teilvorhaben im Projekt TiP-regio zielt daher auf den Orientierungseinsatz in seiner Bedeutung für die Auszubildenden als erster Praxiskontakt ab. Das Teilprojekt verfolgt folgende Fragestellungen:

- Welche Herausforderungen haben Auszubildende beim Einstieg in den praktischen Teil der Ausbildung zu bewältigen?
- Welche Maßnahmen können Auszubildende beim Einstieg in die praktische Ausbildung unterstützen?

Ziel des Teilprojekts ist es, ein Begleit- und Unterstützungskonzept für den Orientierungseinsatz zu entwickeln, das Aspekte der sozialen Einbindung, des Kompetenz- und Autonomieerlebens (vgl. Deci & Ryan 1993, S. 236) sowie die jeweiligen Spezifika der unterschiedlichen Pflegesektoren berücksichtigt. Um bei der Konzeptentwicklung möglichst viele unterschiedliche Perspektiven einbeziehen zu können, wurden alle in dieser Phase relevanten Bezugsgruppen befragt: Auszubildende vor und nach dem Orientierungseinsatz, Pflegepädagoginnen und -pädagogen sowie Akteure in Einrichtungen, die als Best-Practice-Beispiele bereits ein Konzept für den ersten Praxiseinsatz anwenden. Abbildung 1 veranschaulicht das Forschungsdesign im Teilprojekt Ausbildungseinstieg.

Aufbauend auf der Literaturrecherche wurden zunächst explorative Experteninterviews durchgeführt, dies mit Akteuren und Ausbildungsträgern mit spezifischem Konzept für den Orientierungseinsatz. Als Expertinnen und Experten wurden Praxiskoordinatorinnen und -koordinatoren, zentrale oder leitende Praxisanleiterinnen und -anleiter sowie Schulleitungen der zum Träger gehörenden Pflegeschulen befragt. Im Fokus des Interesses standen Erfolgsfaktoren und Gelingensbedingungen für die Begleitung und Unterstützung der Auszubildenden im Orientierungseinsatz.

Darüber hinaus wurden Fokusgruppendiskussionen geführt, zum einen mit Auszubildenden, zum anderen mit Pflegepädagoginnen und -pädagogen, die einen Ausbildungskurs im ersten Ausbildungsdrittel leiten. Die Gruppendiskussionen mit den Auszubildenden fanden im Prä-Post-Design statt: Vor dem Orientierungseinsatz waren deren Vorerfahrungen im Praxisfeld Pflege sowie Erwartungen, Wünsche und Befürchtungen hinsichtlich des Orientierungseinsatzes von Interesse; in der zweiten

Runde zielten die Diskussionsleitfragen auf die erlebte Unterstützung sowie Unterstützungsdesiderata. Es wurden drei Fokusgruppen durchgeführt, dies mit Auszubildenden an Pflegeschulen, deren Träger der praktischen Ausbildung der stationären Langzeitpflege und der stationären Akutpflege zuzuordnen sind.

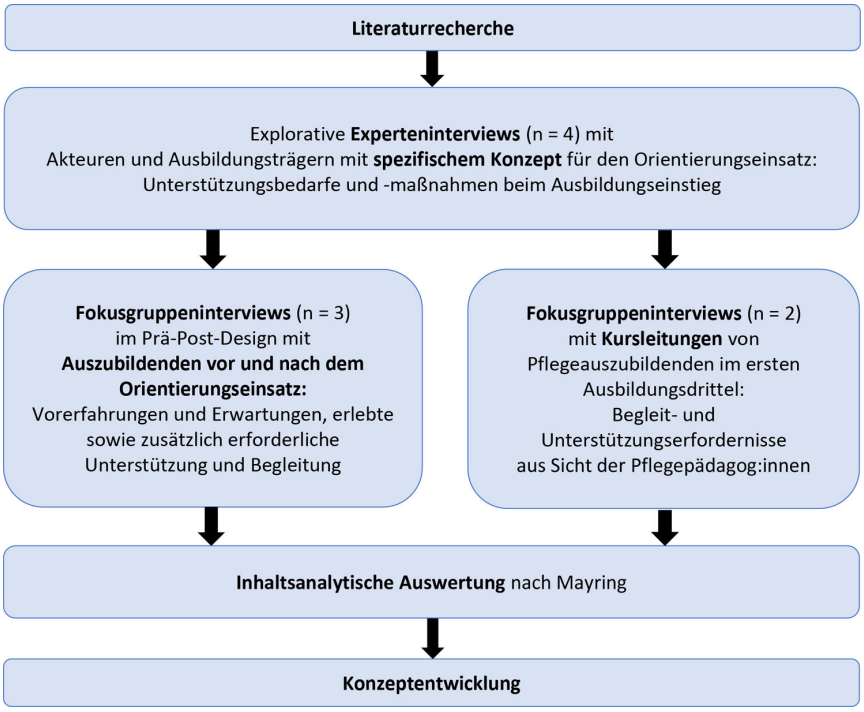


Abbildung 1: Forschungsdesign

Ergänzend wurde mittels Fokusgruppen (n = 2) die Perspektive der Kursleitungen erhoben. Hier zielten die Leitfragen auf die Bedeutung des ersten Praxiseinsatzes für die Auszubildenden aus Sicht der Pflegepädagoginnen und -pädagogen sowie die wahrgenommenen Unterstützungserfordernisse.

Aufbauend auf den Ergebnissen aus der Literaturrecherche, den Fokusgruppen- sowie Experteninterviews wird ein Onboarding-Konzept speziell für den Orientierungseinsatz entwickelt. Dieses hat das Ziel, Auszubildende bei der adaptiven Bewältigung typischer Herausforderungen beim Ausbildungseinstieg zu unterstützen. Das Konzept umfasst daher Maßnahmen, die sowohl individuelle Bedürfnisse als auch strukturelle Entwicklungspotenziale adressieren, um damit gezielt zur Sicherung des Fachkräftenachwuchses beitragen zu können.

Im Folgenden werden die Ergebnisse aus Theorie und Forschung mit Blick auf die Bedeutung des Orientierungseinsatzes für die Ausbildung im Kontext der Gewinnung und Bindung von neuem Pflegefachpersonal skizziert.

3 Ergebnisse

3.1 Stand von Theorie und Forschung zum Einstieg in die praktische Ausbildung

In einer laufbahnbezogenen Betrachtungsweise von Berufsorientierung geht es für die Auszubildenden beim Einstieg in die praktische Ausbildung darum, charakteristische Frage- und Problemstellungen adaptiv zu bewältigen (vgl. Savickas 2013, S. 157 ff.), um den ersten Grundstein für die Berufsidentifikation und -bindung zu legen (vgl. Mohr, Riedlinger & Reiber 2022, S. 216). Als Adaptabilität im beruflichen Kontext bezeichnet Ratschinski (2014) die Anpassungsleistung an berufliche Rollenmuster sowie die Bereitschaft, Rollenerwartungen zu erfüllen (vgl. ebd., S. 11). Hirschi & Baumeler (2020) beschreiben die Laufbahnadaptabilität als Passungsprozess zwischen der eigenen Person und der Arbeit mit dem Ziel, „eine Arbeitssituation zu haben, in der die Arbeit das eigene Selbstkonzept stützt und bestätigt" (ebd., S. 38). Die Berufswahlmotive gelten als die grundlegende individuelle Ausrichtung in Bezug auf das Berufsleben. Dementsprechend vollziehen Auszubildende beim Einstieg in die praktische Ausbildung eine Anpassungsleistung. Sie prüfen, wie die gegebene Situation zu ihren Vorstellungen von sich selbst und ihrem Berufsleben passt. Gleichzeitig werden die „eigenen beruflichen Orientierungen an die tatsächlichen Gegebenheiten angepasst" (Reiber, Küpper & Mohr 2021, S. 186). Nach Kirchknopf & Kögler (2018) ist die Bewältigung von berufsbezogenen Entwicklungsanforderungen Grundlage für die Entwicklung beruflicher Identität (vgl. ebd., S. 97), was wesentlich zur Berufsbindung und somit auch zur Fachkräftesicherung beiträgt (vgl. Mohr, Riedlinger & Reiber 2022, S. 236).

Es lassen sich typische Anforderungen identifizieren, die Auszubildende in dieser Statuspassage zu bewältigen haben. Dazu zählt die hohe Arbeitsbelastung auf körperlicher und emotionaler Ebene (vgl. Einig, Partsch & Darmann-Finck 2022, S. 222 ff.; Garcia Gonzáles & Peters 2021, S. 16; Schmucker 2020, S. 54 f.); das Gefühl, nicht willkommen zu sein, kann erschwerend hinzukommen (vgl. Garcia Gonzáles & Peters 2021, S. 18). Auch sprachliche Anforderungen (vgl. Garcia Gonzáles & Peters 2021, S. 16; Braeseke, Rieckhoff, Engelmann u. a. 2020, S. 45) und der Aufenthaltsstatus (vgl. Sell 2019, S. 87) können als zusätzliche belastende Faktoren beim Einstieg in die Ausbildung zum Tragen kommen.

Praxiseinsätze werden als Umschlagpunkte gesehen, „an denen die Erwartungen auf die Realität des Arbeitsalltags treffen und sich entscheidet, ob eine Ausbildung fortgeführt wird oder nicht" (Garcia Gonzáles & Peters 2021, S. 16). Unsicherheit und Sorge hinsichtlich der eigenen Leistungen wirken sich als hemmende Faktoren auf den Ausbildungsverlauf aus. Verstärkt werden diese Unsicherheiten und Ängste durch unzureichende Anleitung und reduzierte Möglichkeiten zum Kompetenzerwerb (vgl. ebd., S. 16 ff.).

Nach Reiber, Küpper und Mohr (2021) ist die Entwicklung eines arbeitsbezogenen Kohärenzgefühls zentral dafür, dass sich Ausbildung und damit auch der erste Praxiseinsatz berufsbiografisch betrachtet als wichtige Statuspassage positiv auf die Identifikation und Bindung mit dem Beruf auswirken (vgl. ebd., S. 192). Die präsentierten

Daten deuten darauf hin, dass der Faktor *Sinnhaftigkeit* von den Auszubildenden als hoch eingeschätzt wird und die Auszubildenden ihre Arbeit demnach als bedeutsam und lohnenswert empfinden. Die Faktoren *Verstehbarkeit* und *Handhabbarkeit* werden jedoch eher gering eingeschätzt; die Autorinnen und Autoren diskutieren diesbezüglich einen Zusammenhang zum bestehenden Fachkräftemangel: Die sowieso komplexe Fach- und Strukturlogik könne angesichts einer Personalmangelsituation teilweise intransparent, unzuverlässig und unberechenbar erscheinen. Die Autorinnen und Autoren gehen davon aus, dass die Auszubildenden hier eine noch höhere Adaptionsleistung vollziehen müssen, als es am Übergang in die Berufsausbildung ohnehin erforderlich ist (vgl. ebd., S. 191).

Dem Orientierungseinsatz als erster Praxiskontakt in der Ausbildung kommt insgesamt eine wesentliche Rolle zu, dies ebenso für die Motivation der Auszubildenden auf individueller Ebene wie auch für die Gewinnung von Pflegefachpersonal auf struktureller Ebene. Um sowohl ein tragfähiges Fundament für die weitere berufliche Kompetenzentwicklung zu legen als auch eine erste Identifikation mit dem Ausbildungsträger anzubahnen, sollten daher spezifische Unterstützungskonzepte entwickelt und umgesetzt werden.

Im Folgenden wird zunächst der Frage nachgegangen, wie Auszubildende den Orientierungseinsatz konkret erleben und welche Unterstützungsdesiderate sich aus deren Sicht sowie aus Sicht von Pflegepädagoginnen und -pädagogen ergeben.

3.2 Erleben der Auszubildenden im Kontext des Orientierungseinsatzes

In diesem Abschnitt wird beleuchtet, wie Auszubildende den Orientierungseinsatz erleben. Dies wurde wie oben beschrieben mittels Fokusgruppendiskussionen im Prä-Post-Design erhoben. In der ersten Diskussionsrunde waren die Erwartungen, Wünsche und Befürchtungen hinsichtlich des ersten Praxiseinsatzes von Interesse.

Positive Erwartungen

Mit Blick auf die Erwartungen der Auszubilden lässt sich zunächst festhalten, dass ihnen ihr Status als Auszubildende wichtig ist. Sie sehen sich selbst als Lernende und wollen auch als Lernende wahrgenommen werden. Sie freuen sich darauf, das theoretisch erlernte Wissen in der Praxis zu erproben. Daher ist ihnen insbesondere die Praxisanleitung wichtig. Sie hoffen auf motivierte Kolleginnen und Kollegen, die Interesse haben, ihnen den Praxisalltag näherzubringen. Darüber hinaus wünschen sich die Auszubildenden, ins Team integriert zu werden. Sie wollen sich nicht unerwünscht fühlen, sondern Wertschätzung erfahren. Dazu gehört für sie ein freundliches Team sowie das Arbeiten in einer angenehmen Atmosphäre. Insgesamt sind die Auszubildenden dem ersten Praxiseinsatz gegenüber positiv gestimmt. Sie freuen sich auf den Kontakt mit den zu pflegenden Menschen, das praktische Zusammenarbeiten mit den Kolleginnen und Kollegen und den persönlichen Austausch.

Durchmischte Eindrücke

In den Fokusgruppen nach dem Orientierungseinsatz haben die Auszubildenden ihre Erfahrungen sowie erlebte und zusätzlich gewünschte Unterstützung diskutiert. Hier

zeigt sich ein breit gefächertes Bild. Negativ berichtet wird von den Auszubildenden, dass sie nicht als Lernende wahrgenommen werden, dass ihnen in den praktischen Einsatzbereichen wenig gezeigt wird und die Unterstützung nicht ihrem Bedarf entspricht. Die hohe Arbeitslast und das Arbeiten im Schichtdienst ist für viele eine große Herausforderung, insbesondere mit Bezug auf zahlreiche Wochenenddienste gleich zu Beginn der praktischen Ausbildung. Des Weiteren fühlen sich die Auszubildenden nur zum Teil ins Pflegeteam integriert. Dies wird als mangelnde Wertschätzung erlebt. Einige der Auszubildenden sehen sich als Lückenfüller:innen, die dort eingesetzt werden, wo der Personalmangel besonders ausgeprägt ist. Zum Thema Praxisanleitung weisen die Aussagen der Auszubildenden eine große Variationsbreite auf: von systematischer Praxisanleitung durch hauptamtliche Praxisanleitende bis hin zu mangelhafter oder sogar fehlender Praxisanleitung wird berichtet.

Belastende und widersprüchliche Erfahrungen

Darüber hinaus erleben die Auszubildenden emotionalen Stress und ethisch-moralische Unsicherheit. Dies wird bspw. im Zusammenhang mit Notfallsituationen oder Sterbebegleitung berichtet. Hier fühlen sich die Auszubildenden nicht gut unterstützt und überfordert. Als weitere Herausforderung schildern die Auszubildenden den Umgang mit als unfreundlich erlebten zu Pflegenden, mit Diskriminierung und mit sexuellen Übergriffen. Insbesondere mit Blick auf diese Erfahrungen fühlen sich die Auszubildenden teilweise nicht gut begleitet. Es wird der Wunsch geäußert, besser darauf vorbereitet zu werden, wie man in den genannten Situationen reagieren kann. Des Weiteren melden viele Auszubildende zurück, dass sie die Rollenvorbilder in den Einsatzbereichen als nicht erstrebenswert und die Pflegequalität mitunter als unzureichend erleben. Konstatiert wird bspw., dass hygienische Standards nicht eingehalten werden. Insgesamt zeigen sich für die Auszubildenden Widersprüche zwischen dem im ersten Schulblock erworbenen Wissen und der erlebten Praxis. Für manche Auszubildende ist vor allem der Umgang mit den zu pflegenden Menschen sehr schockierend. So wird über den Umgangston mit einer zu pflegenden Person berichtet:

> *„Und dann vielleicht auch so Gespräche mit Bewohnern, wo man sich denkt, oje. Also wenn ich jetzt der Bewohner wäre, dann würde ich wahrscheinlich heulen. […] Das hat mich dann doch überrascht, weil somit rechnet man eigentlich nicht mit so etwas“* (Interview: BE_AN_01).

Positive Erfahrungen

Als sehr positiv wiederum erleben viele Auszubildende die eigene Beziehungsgestaltung zu den zu pflegenden Menschen. Einige können gute Beziehungen aufbauen und erfahren Wertschätzung und Anerkennung, sowohl von zu Pflegenden als auch vom Team. Dort, wo Einrichtungen strukturell auf den Orientierungseinsatz vorbereitet sind, bspw. wenn es eine Orientierungswoche gibt oder in den Einsatzbereichen klare Strukturen für die Ausbildung vorliegen und diese auch transparent sind, wird das als sehr positiv wahrgenommen. Ebenso, wenn die Praxisanleitung regelmäßig und zielgerichtet durchgeführt wird. Die Auszubildenden, die sich überwiegend positiv zum Orientierungseinsatz äußern, fühlen sich in das Pflegeteam integriert, erhalten emotionale Unterstützung und erleben positive Beziehungen.

3.3 Perspektive der Kursleitungen

Ergänzend wurde der Begleit- und Unterstützungsbedarf der Auszubildenden aus Sicht von Pflegepädagoginnen und -pädagogen diskutiert. Befragt wurden Kursleiter:innen, die eine Ausbildungskohorte im ersten Ausbildungsdrittel begleiten.

Herausforderungen für die Auszubildenden in der Ausbildungspraxis

Aus Sicht der Lehrpersonen sehen sich Auszubildende hohen Ansprüchen gegenüber, gleichzeitig erhalten sie wenig Wertschätzung. Von den Auszubildenden wird erwartet, dass sie sich schnell und ohne größeren Unterstützungsbedarf in den unterschiedlichen Fachbereichen zurechtfinden, um die Pflegefachpersonen bei den Aufgaben zu unterstützen. Lernen soll am besten nebenher ohne großes Aufsehen stattfinden.

In diesem Zusammenhang wird die generalistische Pflegeausbildung im Zuge der Pflegeberufereform thematisiert. Aus Sicht der teilnehmenden Pädagoginnen und Pädagogen führt die Neugestaltung der Ausbildung zu einer Fülle an theoretischen Grundlagen, die alle im ersten Schulblock der Ausbildung verortet sind, wodurch der Transfer zwischen theoretischen Inhalten und praktischem Lernen zu kurz kommt. Grundlegende pflegerische Tätigkeiten wie Patientenbeobachtung und Unterstützung bei der Körperpflege werden nur exemplarisch skizziert und erst im Verlauf der Ausbildung wieder aufgegriffen und inhaltlich vertieft. Dies wiederum führt dazu, dass sich Auszubildende nicht gut auf den ersten praktischen Einsatz vorbereitet fühlen. Hierzu wird berichtet:

> *„Dann tun wir jetzt vielleicht Vitalzeichen mal anfangen, tun das Üben. Aber letztendlich basiert die theoretische Ausbildung ganz klar da darauf, dass die praktische Anwendung in der Praxis angeleitet wird und das dann auch da geübt werden soll. Dann findet es nicht statt, weil die davon ausgehen: In der Schule steht es, also, können die das schon. Und im Prinzip soll es ja gerade anders herum sein"* (Interview: BE_P_02).

Darüber hinaus werden Auszubildenden als Lückenfüller betrachtet und dort eingesetzt, wo der Personalmangel sehr ausgeprägt ist. Aus Sicht der Lehrpersonen erleben Auszubildende moralische Unsicherheit hinsichtlich des Spannungsfeldes zwischen Theorie und Praxis, was das Erleben eines Praxisschocks begünstigt. Auch das Fehlen von Rollenvorbildern in der Praxis kann einen Praxisschock befördern. Als herausfordernd insbesondere für den Orientierungseinsatz beschreiben die Pflegepädagoginnen und -pädagogen die Frustration, auf die die Auszubildenden in der Pflegepraxis mitunter treffen; sie sei hoch und übertrage sich auf die Auszubildenden. Diese sehen sich Aussagen wie

> *„Ach, was wollt ihr denn mit professioneller Pflege? Warum macht ihr überhaupt die Ausbildung?"* (Interview: BE_P_01)

gegenüber und müssen so ihre Berufswahl vor Pflegefachpersonen, die eigentlich positive Rollenvorbilder für die Auszubildenden sein sollten, legitimieren.

Ebenfalls wird berichtet, dass Auszubildende mit Migrationshintergrund gerade zu Beginn der Ausbildung noch sprachliche Defizite und einen höheren Unterstützungsbedarf aufweisen. Letzteres führe fatalerweise dazu, dass mit den Auszubildenden in der Praxis weniger kommuniziert würde:

„Und tatsächlich ist es so. Umso schlechter deutsch du sprichst, umso weniger wird mit dir gesprochen. Also, so hab ich jetzt das Gefühl" (Interview: BE_P_02).

Rahmenbedingungen und Strukturen

Neben dem Erleben der Auszubildenden wurden Rahmenbedingungen und Strukturen, die den Einstieg in die praktische Ausbildung bedingen, diskutiert. Als eine Herausforderung zeigen sich die Kommunikation und Vernetzung mit den Trägern der praktischen Ausbildung aufgrund der vielen verschiedenen Kooperationspartner. Dies erschwert aus Sicht der Lehrenden eine engere Begleitung der Auszubildenden in der Praxis durch die Lehrpersonen der Pflegeschule.

Als hemmender Faktor hinsichtlich Sprachförderung betrachten die befragten Lehrpersonen die zeitliche und mentale Beanspruchung der Auszubildenden. Sprachunterricht findet in der Freizeit statt, allerdings werden Angebote diesbezüglich nur teilweise wahrgenommen:

„Aber es ist tatsächlich so, dass ich den Eindruck habe, dass die Lernenden einfach fast keine Kapazität mehr haben, gell. Da nochmal nebenher, nochmal Deutschkurs zu machen" (Interview: BE_P_02).

Aus Sicht der befragten Lehrpersonen hängt dies zum einen mit der neuen Generation von Auszubildenden zusammen. Diese fühlt sich schneller überfordert und legt größeren Wert auf den Ausgleich zwischen Arbeit und Freizeit. Zum anderen werden Gründe dafür darin gesehen, dass der Start in die Ausbildung eine schwierige Phase in der beruflichen Sozialisation darstellt:

„Und was man natürlich auch sagen muss: Der Schichtdienst macht vielen Auszubildenden zu schaffen. Der Wochenenddienst. Vor allen Dingen auch gerade in dieser Phase der Sozialisation, ja noch. Meine Freunde gehen feiern und ich muss jetzt auf einmal arbeiten. Das ist eine riesen-, riesengroße Umstellung" (Interview: BE_P_02).

Insgesamt ist es aus Sicht der Kursleiter:innen wichtig, den Auszubildenden Verständnis und Vertrauen entgegenzubringen, sie in ihrer Lebenswelt abzuholen und sie so zu akzeptieren, wie sie sind. Die Auszubildenden benötigen Vorbilder und Bezugspersonen, damit sie sich wertgeschätzt und fachlich wie persönlich gut begleitet fühlen.

3.4 Gelingender Einstieg in die Pflegeausbildung aus Sicht von Expertinnen und Experten

Um der Frage nachzugehen, wie eine systematische Begleitung von Auszubildenden beim Einstieg in die praktische Ausbildung erfolgen kann, wurden, wie in Kapitel 2.2 dargestellt, explorative Experteninterviews durchgeführt mit Akteuren und Ausbildungsträgern, die bereits ein spezifisches Konzept für den Orientierungseinsatz anwenden. Auf Basis der Ergebnisse haben sich drei wesentliche Ebenen herauskristallisiert, die zum Gelingen des Orientierungseinsatzes beitragen: die strukturelle Ebene, die inhaltliche Ebene sowie die Rahmung, in der die soziale Einbindung der Auszubildenden stattfindet.

Auf der strukturellen Ebene ist die personelle Ausstattung Dreh- und Angelpunkt, um die praktische Ausbildung – und so auch den Orientierungseinsatz – in der Ein-

richtung koordinieren und weiterentwickeln zu können. Dafür benötigt es eine ausreichende Anzahl an Praxisanleitenden mit verbindlicher Dienstplanung. Für die bereichsgebundene Praxisanleitung ist es außerdem erforderlich, die Praxisanleitenden mit entsprechendem Zeitkontingent für die systematisierte und strukturierte Anleitung von den alltäglichen Arbeitsabläufen zu entbinden. Überdies ist für die Begleitung der Auszubildenden wichtig, dass sie eine feste Bezugsperson zugeordnet bekommen, an die sie sich bei Fragen und Anliegen wenden können und die den Auszubildenden gerade beim Ankommen zur Seite steht.

Auf der inhaltlichen Ebene betrachtet hat nach Einschätzung der befragten Expertinnen und Experten die Definition von Lernzielen für den Orientierungseinsatz eine hohe Bedeutung. Ein verbindliches Praxiscurriculum, in dem Lernziele und Lernaufgaben verankert sind, strukturiert die Ausbildung einheitlich und stellt allen Beteiligten die erforderlichen Informationen bereit. Gefördert werden kann die Kommunikation zwischen Auszubildenden, Bezugspersonen und Pflegeteams durch etablierte Instrumente wie Erst-, Zwischen- und Abschlussgespräche, gemeinsam entwickelte Zielsetzungen, Lernaufgaben usw. Der Austausch zwischen den Lernorten Schule und Praxis zu Stand und Entwicklung der Auszubildenden bildet die Grundlage einer individuellen Begleitung der Auszubildenden. Darüber hinaus bedarf es aus Sicht der Interviewpartner:innen ebenso der Unterstützung der Praxisanleitenden: Austauschforen wie regelmäßige Praxisanleitungstreffen sowie kontinuierliche bedarfsgerechte Fortbildungen tragen zu deren Unterstützung bei.

Der gelingende Einstieg in die praktische Ausbildung wird durch die soziale Rahmung der inhaltlichen und strukturellen Ebene komplettiert. Dazu gehört aus Perspektive der befragten Expertinnen und Experten, generell einen wertschätzenden Umgang mit den Auszubildenden zu pflegen, da sie auch zukünftige Kolleginnen und Kollegen sein können. Die Beziehungspflege ist daher wesentlich: Das beginnt mit einer Begrüßungskultur und Offenheit gegenüber neuen (wenn auch vorübergehenden) Teammitgliedern, geht über in die soziale Einbindung von Auszubildenden bspw. beim gemeinsamen Pausemachen und endet in einem lernförderlichen Umfeld, in dem Auszubildende einen konstruktiven Umgang mit Fehlern erlernen können und sie Verständnis dafür erhalten, dass sie noch am Anfang der Ausbildung stehen.

3.5 Zusammenfassende Diskussion

Die initialen Erwartungen der Auszubildenden, geprägt von der Vorfreude, das in der Theorie erlernte Wissen auch praktisch anwenden zu können und eine positive Zusammenarbeit im Team zu erleben, spiegeln sich in den Erfahrungen der Auszubildenden nur teilweise wider. Die Anerkennung ihrer Rolle als Lernende sowie die Möglichkeit, angemessene Herausforderungen mit Unterstützung erfolgreich zu bewältigen, sind für die Auszubildenden von hoher Bedeutung. Anleitung und soziale Einbindung ins Pflegeteam tragen für die Auszubildenden zu einem positiven Erleben des Orientierungseinsatzes bei. Aus Sicht der Kursleitungen ist es für die Auszubildenden essenziell, eine „verstehende Perspektive auf die Lebenswelt der Pflegeauszubildenden zu entwickeln“ (Partsch, Einig & Darmann-Finck 2022, S. 44). Von zentraler

Bedeutung für einen gelingenden Einstieg in die praktische Ausbildung sind daher die Integration und strukturierte Begleitung über verantwortliche Bezugspersonen, systematische Praxisanleitung sowie eine wertschätzende Lernumgebung, die sowohl die fachliche als auch persönliche Entwicklung der Auszubildenden fördert. Unterstützend wirken hier formeller wie informeller Austausch, Ausbildungspatenschaften sowie die Gestaltung von Einführungs- und Orientierungstagen.

Mohr, Schwarzer, Hofmann u. a. (2021, o. S.) weisen auf die Bedeutung der strategischen Verankerung der Ausbildung hin: Die Ausbildung ist bei wesentlichen Entscheidungen mit zu bedenken und sie wird von allen Akteursgruppen mit Bezug zur Pflege mitgetragen. Darüber hinaus betrachten die Autorinnen das lernförderliche Klima als einen von drei wesentlichen Bausteinen für eine gelingende Ausbildungspraxis (neben der strategischen Verankerung der Ausbildung und der Rolle der Anleitung im Arbeitsalltag). Als wichtigen Ansatzpunkt dafür nennen sie kommunikative Prozesse, in die die Auszubildenden eingebunden werden sollen. Ein regelmäßiger Austausch zwischen pflegefachlichen Leitungspersonen und den Auszubildenden in der Einrichtung und den Organisationseinheiten zu fördernden und hemmenden Faktoren des praktischen Lernens bietet den Verantwortlichen Gelegenheit zur Weiterentwicklung der Lernmöglichkeiten im jeweiligen Einsatzort und den Auszubildenden die Chance, sich ernst genommen und wertgeschätzt zu fühlen. Hierüber kann ein lernförderliches Klima entstehen[3] (vgl. ebd., o. S.).

4 Ein Konzept zur Unterstützung der Auszubildenden

Aufbauend auf den Ergebnissen aus Theorie und Forschung wird das zu entwickelnde Konzept sowohl individuelle Bedürfnisse als auch strukturelle Verbesserungspotenziale adressieren, damit eine berufspädagogische Begleitung des Orientierungseinsatzes gewährleistet werden kann.

Auf struktureller Ebene könnte das bspw. die Einführung einer sogenannten Orientierungswoche sein: eine terminlich fixierte Woche, die alle Stationen/Wohnbereiche auf Basis eines verbindlichen Ablaufplans gestalten. Inhaltlich könnte dazu die Vorstellung der Pflegedienstleitung sowie anderer Akteure und zuständiger Ansprechpersonen gehören. Die ersten Arbeits- und Lernaufgaben könnten gemeinsam mit Praxisanleiterinnen und -anleitern durchgeführt werden, um eine pädagogisch begleitete Einführung in den Lernort Praxis zu ermöglichen. Bei diesem Vorgehen wäre es möglich, auf kurzfristige Ausfälle von Praxisanleiterinnen und -anleitern zu reagieren, indem die Personalressourcen der einzelnen Pflegebereiche gebündelt und Auszubildende für die Praxisanleitung anderen Pflegebereichen zugewiesen werden. Dies bedingt jedoch eine partielle oder vollständige Entbindung der Praxisanleitenden von den Tätigkeiten in der regulären pflegerischen Versorgung und den Aufgaben im Pflegealltag, damit die Praxisanleitung verlässlich gesichert ist. Im Sinne eines einheitlichen

3 Konkrete Handlungsempfehlungen zur Etablierung eines lernförderlichen Klimas finden sich auf der ZAFH-Care4Care-Website unter dem Schwerpunktthema Ausbildung (https://www.zafh-care4care.de/schwerpunktthema/berufliche-bildung/ausbildung/ [14.04.2023]).

Ausbildungskonzepts sollten die im praktischen Ausbildungsplan vorgesehenen Arbeits- und Lernaufgaben für alle Stationen und Wohnbereiche die verbindliche Basis sein, die dann ggf. bereichsspezifisch adaptiert werden. Darüber hinaus wäre es wichtig, die gesamten Teams für die Bedeutung des Orientierungseinsatzes zu sensibilisieren und entsprechend darauf vorzubereiten.

Auf der individuellen Ebene ist die Zuordnung einer festen Ansprechperson für die Auszubildenden – ergänzend zu der/dem zuständigen Praxisanleiter:in – essenziell für die Integration der Auszubildenden ins Team und zur individuellen Begleitung. Feste Bezugspersonen können gerade in den ersten Tagen bei Fragen und Anliegen unterstützen. Dazu gehört bspw. auch ein regelmäßiger kurzer Austausch zum gegenseitigen Kennenlernen und zum Erleben der Auszubildenden. Herausforderungen im Umgang mit als schwierig erlebten Situationen könnten regelmäßig gemeinsam reflektiert werden und Auszubildende könnten während ihres Orientierungseinsatzes regelmäßig aktiv in Übergaben und Besprechungen ihre Wahrnehmungen und Erfahrungen rückmelden, um eine Einbindung ins Team zu fördern; alle Beteiligten würden so für die Belange der jeweiligen Auszubildenden sensibilisiert.

Um die Ausbildungsziele insbesondere im Orientierungseinsatz transparent zu machen, wäre es sinnvoll, für die unterschiedlichen Einsatzorte Poster oder Steckbriefe zu konzipieren, aus denen auf den ersten Blick hervorgeht, welches Lernangebot der Bereich/die Abteilung bietet und welche Kompetenzen und praktisch-technischen Fähigkeiten erlernt werden können. Dies könnte sowohl dem Pflegefachpersonal als auch den Auszubildenden Sicherheit geben. Die Auszubildenden hätten zusätzlich die Möglichkeit, regelmäßig den eigenen Lernstand zu evaluieren. Ebenfalls zur Evaluation des Lernstandes sollten zu Beginn, in der Mitte und am Ende des Orientierungseinsatzes Standortbestimmungsgespräche durchgeführt werden. Darüber hinaus können qualitätssichernde Instrumente wie Feedbackbögen zu den jeweiligen Einsatzbereichen im Orientierungseinsatz entwickelt, genutzt und ausgewertet werden, um das Erleben und die Rückmeldung der Auszubildenden in die Weiterentwicklung des Onboarding-Konzepts miteinbeziehen zu können.

Das berufspädagogische Konzept zur Gestaltung des Orientierungseinsatzes wird derzeit finalisiert und pilotiert. Es wird ab Januar 2024 auf der BIBB-Homepage verfügbar sein.

5 Fazit

Der Orientierungseinsatz ist der bedeutsame erste Praxiseinsatz, der insbesondere im Kontext Fachkräftesicherung und mit Blick auf die berufliche Sozialisation gezielt unterstützt und begleitet werden muss, damit Auszubildende diesen als positiv bewerten und keinen Praxisschock erleben. Beim Einstieg in die praktische Ausbildung kann die Motivation der Auszubildenden durch das Erleben von Autonomie, Kompetenz und sozialer Eingebundenheit gestärkt werden (vgl. Deci & Ryan 1993, S. 236). Einrichtungsspezifische Konzepte erleichtern den Auszubildenden das Ankommen in der praktischen Ausbildung und bieten allen Mitarbeiter:innen eine Orientierung im Um-

gang mit Auszubildenden. Des Weiteren sind leitende sowie anleitende Mitarbeiter:innen wichtige Schlüsselpersonen für Auszubildende im ersten Praxiseinsatz. Konzepte zur Begleitung und Unterstützung von Auszubildenden müssen daher auch in der betrieblichen Organisationsstruktur verankert werden. So kann die Basis für einen gelingenden Ausbildungsfortgang, für die positive Identifikation mit dem Beruf und für eine betriebliche Bindung gelegt werden. Mohr, Schwarzer, Hofmann u. a. (2021) nennen neben dem lernförderlichen Klima ebenso die strategische Verankerung der Ausbildung in der Einrichtung als wesentlichen Bestandteil für das Fundament einer gelingenden Ausbildungspraxis. Die Autorinnen erachten das mangelnde Bewusstsein für die Bedeutung der Auszubildenden als die „Kolleg:innen von morgen" (ebd.) als wesentlichen Grund dafür, dass es in der Praxis häufig an der Umsetzung mangelt. Sie schlagen auf strategischer Ebene vor, bei jeder Entscheidung die Konsequenz für die Auszubildenden mit zu bedenken, den Stellenwert der Ausbildung für die Fachkräftesicherung zu verdeutlichen und für alle Beteiligten auf allen hierarchischen Ebenen sichtbar werden zu lassen (ebd., o. S.). Diese Prinzipien – strategische Verankerung und lernförderliches Klima – erscheinen gerade für die Konzeption des Orientierungseinsatzes als gelingende Statuspassage entscheidend.

Literatur

Bauer, G. F., Vogt, K., Inauen, A. & Jenny, G. J. (2015). Work-SoC – Entwicklung und Validierung einer Skala zur Erfassung des arbeitsbezogenen Kohärenzgefühls. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 23(1), S. 20–30. https://doi.10.1026/0943-8149/a000132.

Beinke, L. (2009). *Berufsvorbereitung und Berufseinstieg. Schwierigkeiten Jugendlicher beim Übergang von der Schule in die Berufsausbildung*. Frankfurt, Main: Peter Lang.

Braeseke, G., Rieckhoff, S., Engelmann, F., Lingott, N., Dean, M. & Pörschmann-Schreiber, U. (2020). Evaluation der Förderung von Modellprojekten zur Gewinnung von jungen Menschen aus Vietnam zur Ausbildung in der Pflege in Deutschland. Berlin: Bundesministerium für Wirtschaft und Energie. Verfügbar unter https://www.bmwk.de/Redaktion/DE/Downloads/E/evaluation-modellprojekt-gewinnung-pflegekraefte-vietnam.pdf?__blob=publicationFile&v=4 (Zugriff am: 26.10.2023).

Deci, E. L. & Ryan, R. M. (1993). Die Selbstbestimmungstheorie der Motivation und ihre Bedeutung für die Pädagogik. *Zeitschrift für Pädagogik*, 39, S. 223–238. https://doi.10.25656/01:11173.

Einig, C., Partsch, S. & Darmann-Finck, I. (2022). Entwicklungsaufgaben im ersten Jahr der pflegeberuflichen Ausbildungsgänge. *ZBW Zeitschrift für Berufs- und Wirtschaftspädagogik*, 118(2), S. 207–237.

Garcia González, D. & Peters, M. (2021). *Ausbildungs- und Studienabbrüche in der Pflege – ein integratives Review*. Bonn: Verlag Barbara Budrich.

Hirschi, A. & Baumeler, F. (2020). Berufswahltheorien – Entwicklung und Stand der Diskussion. In T. Brüggemann & S. Rahn (Hg.), *Berufsorientierung. Ein Lehr- und Arbeitsbuch*, 2., überarbeitete und erweiterte Auflage, S. 31–42. Münster, New York: Waxmann.

Kirchknopf, S. & Kögler, K. (2018). Die Bedeutung der Laufbahnadaptabilität für den berufs- und wirtschaftspädagogischen Diskurs. Konstruktverständnis und Forschungsdesiderate. In E. Wittmann, D. Frommberger & B. Ziegler (Hg.), *Jahrbuch der berufs- und wirtschaftspädagogischen Forschung*, S. 95–109. Opladen, Berlin & Toronto: Barbara Budrich Verlag.

Küpper, A. (2020). *Berufsverbleib von Auszubildenden in der Pflege. Der Einfluss von Moral Distress und arbeitsbezogenem Kohärenzgefühl*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Mohr, J., Riedlinger I. & Reiber K. (2022). Die berufspraktische Pflegeausbildung unter dem Blickwinkel beruflicher Identitätsbildung. In U. Weyland & K. Reiber (Hg.), *Professionalisierung der Gesundheitsberufe*, ZBW-Beiheft 33, S. 215–241. Stuttgart: Franz Steiner Verlag.

Mohr, J., Schwarzer, G., Hofmann, N. & Reiber, K. (2021). Das Fundament einer gelingenden Ausbildungspraxis in der Pflegeausbildung. *Denk-doch-Mal.de*, 1/2021, Beruflichkeit in den Gesundheits- und Pflegeberufen. Verfügbar unter https://denk-doch-mal.de/jutta-mohr-gabriele-schwarzer-nicola-hofmann-karin-reiber-das-fundament-einer-gelingenden-ausbildungspraxis-in-der-pflegeausbildung/ (Zugriff am: 26.10.2023).

Olden, D., Großmann, D., Dorin, L., Meng, M., Peters, M. & Reuschenbach, B. (2023). Die generalistische Pflegeausbildung in Deutschland aus Sicht Auszubildender. *Pflege*, 36(5), S. 249–257. https//doi.10.1024/1012–5302/a000930.

Partsch, S., Einig, C. & Darmann-Finck, I. (2022). „Und irgendwann spricht man es auch nicht mehr an" – Entwicklungsaufgaben von Pflegeauszubildenden vom 1. in das 2. Ausbildungsjahr. *Journal für Qualitative Forschung in Pflege- und Gesundheitswissenschaften*, 9(1), S. 43–51.

Ratschinski, G. (2014). Berufswahlbereitschaft und -fähigkeit als Metakompetenz aus Identität, Adaptabilität und Resilienz. Eine neue Konzeptualisierung der Zielgröße von Berufsorientierungsmaßnahmen. *bwp@*, 27. Verfügbar unter www.bwpat.de/ausgabe27/ratschinski_bwpat27.pdf (Zugriff am: 26.10.2023).

Reiber, K., Fleiner, M., Partsch, S., Dorn, S., Hofmann, N. & Willaredt, A. (2024). Den Übergang in die Pflegeausbildung gestalten – Ein Beitrag zur Fachkräftegewinnung. K.-H. Gerholz, S. Annen, R. Braches-Chyrek, J. Hufnagl & A. Wagner (Hrsg.), *bwp@ Spezial HT2023: Hochschultage Berufliche Bildung 2023*, 1–20.

Reiber, K., Küpper, A. & Mohr, J. (2021). Wunsch und Wirklichkeit in der Pflegeausbildung – eine laufbahnbezogene Perspektive auf Berufsorientierung im Kontext von Fachkräftebedarf. In U. Weyland, B. Ziegler, K. Driesel-Lange & A. Kruse (Hg.), *Entwicklungen und Perspektiven in der Berufsorientierung*, S. 179–195. Bonn: Verlag Barbara Budrich.

Savickas, M. L. (2013). Career construction theory and practice. In S. D. Brown & R. W. Lent (Hg.), *Career development and counseling*, S. 147–183. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons.

Schmucker, R. (2019). Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen. Ergebnisse einer Sonderauswertung der Beschäftigtenbefragung zum DGB-Index Gute Arbeit. In J. Klauber, A. Schwinger, S. Greß, A. Kuhlmey & K. Jacobs (Hg.), *Pflege-Report 2019*, S. 49–60. Berlin: Springer Open.

Sell, S. (2019). Potenzial und Grenzen von Zuwanderung in die Pflege. In J. Klauber, A. Schwinger, S. Greß, A. Kuhlmey & K. Jacobs (Hg.), *Pflege-Report 2019*, S. 85–101. Berlin: Springer Open.

Ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (Hg.) (2022). *Ausbildungsreport Pflegeberufe 2021*. Verfügbar unter https://gesundheit-soziales-bildung.verdi.de/++file++63492153d04b586de48bfd09/download/V-FB3_010_Ausbildungsreport_2022_RZ_Impressum_korr_sis.pdf (Zugriff am: 26.10.2023).

Winter, C. (2019). *Emotionale Herausforderungen Auszubildender während der praktischen Pflegeausbildung. Empirische Grundlegung eines persönlichkeitsstärkenden Praxisbegleitungskonzepts*. Hannover: Gottfried Wilhelm Leibniz Universität, Diss., 2019. https://doi.org/10.15488/9168.

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1 Forschungsdesign 291

Autorinnen



Anna Willaredt, Bildungswissenschaftlerin (M. A.), war wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Hochschule Esslingen. Sie arbeitet in einem Forschungsprojekt zur beruflichen Bildung in der Domäne Pflege im Kontext der Fachkräftesicherung und Professionalisierung.
Kontakt: info@educate4care.de



Sabine Dorn, Pflegewissenschaftlerin (M. A.), ist wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Hochschule Esslingen. Sie arbeitet in Forschungsprojekten zur beruflichen Bildung in der Domäne Pflege im Kontext der Fachkräftesicherung und Professionalisierung.
Kontakt: sabine.dorn@hs-esslingen.de



Nicola Hofmann, Pflegepädagogin (M. A.), ist wissenschaftlicher Mitarbeiterin an der Hochschule Esslingen. Sie arbeitet in Forschungsprojekten zur beruflichen Bildung in der Domäne Pflege im Kontext der Fachkräftesicherung und Professionalisierung.
Kontakt: nicola.hofmann@hs-esslingen.de



Karin Reiber, Krankenschwester, promovierte Sozial- und habilitierte Bildungswissenschaftlerin, Professorin für Erziehungswissenschaft mit dem Schwerpunkt Berufspädagogik/berufliche Didaktik Fachrichtung Pflege und Schwerpunktprofessur Berufsbildungsforschung Domäne Pflege (www.educate4care.de) an der Hochschule Esslingen. Arbeitsschwerpunkte: Berufliche Bildung Fachrichtung Pflege im Kontext von Fachkräftesicherung und Professionalisierung; Lehrerinnen- und Lehrerbildung für die berufliche Fachrichtung Pflege; Hochschulbildung und -didaktik.
Kontakt: Karin.Reiber@hs-esslingen.de

Betriebliche Bildungsarbeit in der Langzeitpflege: Wege zur individuellen und kollektiven Entwicklung

Stefanie Hiestand, Wolfram Giessler, Sophie Kaiser, Franziska Wegemann

Abstract

Pflegekräfte brauchen Kompetenzen, die sie ermächtigen, die vielfältigen Herausforderungen bzw. Veränderungen in der Pflege (mit-)gestalten zu können. In der Praxis bestehen immer wieder Passungsprobleme zwischen Aus-, Fort- und Weiterbildungsangeboten und den Anforderungen im Berufsalltag. Fortbildungen in der Langzeitpflege sind zumeist Anpassungsqualifizierungen und Weiterbildungen werden als eine rein formale Qualifizierung verstanden. Aus der Perspektive von Pflegekräften werden im Kontext der betrieblichen Bildungsarbeit die Kompetenzbedarfe selten systematisch erhoben und die Lernwirksamkeit der Personalentwicklungsmaßnahmen wird als gering beschrieben. Es sind Instrumente und Lernformen notwendig, die kompetenzorientiert ausgerichtet sind und sowohl individuelle als auch kollektive Entwicklung ermöglichen. Im Beitrag werden empirisch erprobte Konzeptionen bzw. Tools vorgestellt, die solche Lernprozesse unterstützen.

Schlagworte: individuelle und kollektive Kompetenzentwicklung, Führung, Entlernen, Partizipation

Nursing staff needs skills that empower them to be able to shape the diverse challenges and changes in nursing. In practice, there are always problems of matching between training, further education and further training offers and the requirements of everyday working life. Further training in long-term care is mostly adjustment qualification and further training is understood as a pure formal qualification. From the perspective of nursing staff, the need for skills is rarely systematically surveyed in the context of in-company training work and the learning effectiveness of personnel development measures is described as low. Tools and forms of learning are required that are competence-oriented and enable individual and collective development. This article presents empirically tested concepts and tools that support such learning processes.

Keywords: individual and collective competence development, leadership, de-learning, participation

1 Ausgangslage

Fort- und Weiterbildung in der Langzeitpflege ist vielfältig und unterliegt keinen einheitlichen bundesrechtlichen Regelungen. Schon allein die Begrifflichkeiten unterscheiden sich zum berufsbildenden System nach dem Berufsbildungsgesetz (BBiG[1]). So wird im Bereich der Pflegeberufe *Weiterbildung* als eine formale Qualifizierung verstanden, die entweder durch einen landesrechtlichen Abschluss, durch Regelungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), von Fachgesellschaften oder durch Zertifizierungen von Bildungsanbietern geregelt ist. Für den Bereich der ambulanten und stationären Langzeitpflege gibt es kaum landesrechtliche Regelungen für Fachweiterbildungen. Hinzu kommt, dass unklar ist, auf welche Versorgungsbedarfe die einzelnen Weiterbildungsregelungen gerichtet sind und inwieweit sie Laufbahnen im Anschluss an die generalistische Pflegeausbildung ermöglichen. In dem vom Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) in Auftrag gegebenem Projekt zu Qualifizierungsanforderungen von Weiterbildungen in der Pflege wird festgestellt, dass die Weiterbildungsordnungsarbeit gerahmt wird vom Spannungsfeld des Rechts- und Verwaltungshandelns und pflegefachlichen und -pädagogischen Perspektiven, die jedoch noch nicht systematisch in der Berufsbildungspolitik aufgegriffen werden (vgl. Bergmann & Seltrecht 2023, S. 253).

Fortbildungen in der Langzeitpflege sind zumeist Anpassungsqualifizierungen, die entweder betrieblich oder von Bildungsanbietern durchgeführt werden. Hierzu gibt es Vorgaben für stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen. Da diese Vorgaben Bestandteil des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements sind und hierfür die Leitung der Einrichtung oder des ambulanten Dienstes verantwortlich zeichnet, ist die Funktion des/der Qualitätsmanagementbeauftragten (QMB) geschaffen worden. Diese sind je nach Größe der Einrichtung auch verantwortlich für die Umsetzung des Fortbildungsplans. Die formalen Qualifizierungen und Weiterbildungen für QMB enthalten in der Regel keine pädagogischen Inhalte, sodass für betriebliche Lernprozesse berufspädagogische Kompetenzen strukturell nicht gesichert sind. Bei größeren Trägern sind eigene Fort- und Weiterbildungseinrichtungen vorhanden, die dann die Fortbildungspläne umsetzen. Eine systematische Erhebung der Lern- und Qualifizierungsbedarfe der Beschäftigten und eine kompetenzorientierte Personalentwicklung sind in der Langzeitpflege jedoch jedoch nur teilweise vorhanden (vgl. Hiestand & Gießler 2018; Gießler & Zimmermann 2014). Ebenso wird im Bericht der Arbeitswelt festgestellt:

> „Die Fort- und Weiterbildungslandschaft in der beruflichen Pflege ist intransparent und es besteht ein Bedarf an verbindlichen Qualitätsstandards. Der Fort- und Weiterbildungsbedarf des betrieblichen Bildungspersonals wird künftig steigen, insbesondere ausbildungs- und berufspädagogische Kompetenzen werden an Bedeutung gewinnen. Dies inkludiert auch eine lernförderliche Arbeitsgestaltung, die begleitend zum betrieblichen Alltag und betrieblichen Reorganisationsprozessen, neue Handlungs- und Reflexionsspielräume für die Beschäftigten eröffnet und in agilere Strukturen und Formate der Personalarbeit und Personalentwicklung eingebettet ist“ (Rat der Arbeitswelt 2021, S. 138 f.).

1 Berufsbildungsgesetz. Vom 4. Mai 2023. Bundesgesetzblatt Jahrgang 2023 Teil I Nr. 217, ausgegeben zu Bonn am 16. August 2023, 920.

Gerade der letzte Aspekt bzgl. lernförderlicher Arbeitsgestaltung ist wesentlich, da der Lernort Pflegepraxis vielfältige Möglichkeiten zur Entwicklung von Kompetenzen bietet: Arbeit ist zum einen durch explizite und implizite Strukturen und Routinen geprägt. Zum anderen stehen nur bestimmte und begrenzte Ressourcen (Zeit, Arbeitsmittel etc.) zur Bewältigung von Arbeitsanforderungen zur Verfügung. Zudem gibt es in der Regel (Ziel-)Vorgaben durch die Unternehmensleitung, die von den Beschäftigten einzuhalten sind. Das Individuum muss die teils in der betrieblichen Praxis vorherrschenden Widersprüchlichkeiten in Strukturen, Ressourcen und Zielvorgaben ausgleichen und individuelle Handlungsstrategien entwickeln, die auf der jeweiligen beruflichen Handlungskompetenz aufbauen. Gerade in der Pflegepraxis müssen tägliche Dilemmata und Antinomien durch die Pflegekräfte bearbeitet und gelöst werden, z. B. hinsichtlich einer Balance zwischen Selbstbestimmung der zu Pflegenden und deren Schutz, zwischen knappen Zeitressourcen und ausgiebiger Biografiearbeit oder zwischen Emotions- und Gefühlsarbeit (vgl. Hiestand & Gießler 2023). Angesichts begrenzter zeitlicher Ressourcen gilt es zu klären, wie die Arbeit zum Ort des Lernens werden kann und welche didaktischen Aspekte dabei eine Rolle spielen. Für die betriebliche Bildungsarbeit in der Langzeitpflege ergeben sich also Gestaltungsnotwendigkeiten bzw. -potenziale sowohl auf individueller als auch auf kollektiver Ebene. *Doch welche berufspädagogischen Ansätze eigenen sich konkret für die betriebliche Bildungsarbeit in der Langzeitpflege? Inwiefern kann betriebliche Bildungsarbeit kompetenzorientiert ausgestaltet werden?*

Im Folgenden werden empirisch erprobte Konzeptionen bzw. Tools skizziert, die sowohl individuelle als auch kollektive Kompetenzentwicklung in der Langzeitpflege berücksichtigen. Um die verschiedenen didaktischen Ansätze einordnen zu können, wird zu Beginn das grundlegende Verständnis bzgl. Kompetenzorientierung skizziert.

2 Kompetenzentwicklung und Entlernen

„Kompetenzen umfassen Fähigkeiten, Kenntnisse, Fertigkeiten, Wissen, Einstellungen und Werte, deren Erwerb, Entwicklung und Verwendung sich auf die gesamte Lebenszeit eines Menschen bezieht“ (Dehnbostel 2015, S. 16). *Kompetenzen* sind nicht frei übertragbar, sondern hoch individualisiert und durch Handlungen, Wertvorstellungen und mentale Modelle geprägt. Kompetenzen sind stets subjektbezogen, da sie sozialkommunikative, aktionale und persönliche Handlungsdispositionen umfassen. *Qualifikationen* dagegen beziehen sich auf die Erfüllung konkreter Nachfrage und Anforderungen des Arbeitsmarktes und sind tätigkeitsbezogen (vgl. u. a. Arnold & Schüssler 2001). Qualifikationen sind fachbezogene Kenntnisse und somit Teil von Kompetenzen bzw. als „integrale Bestandteile zu sehen“ (Dehnbostel u. a. 2006, S. 130). Kompetenzentwicklung kann nur durch das Subjekt selbst stattfinden, d. h., Kompetenzen können nicht vermittelt, sondern es kann lediglich ein Rahmen geschaffen werden, innerhalb dessen jeder einzelne Mitarbeiter und jede einzelne Mitarbeiterin aus sich selbst heraus Kompetenzen entwickelt (vgl. Hiestand & Rempel 2021).

Im Fokus der beruflichen Aus- und Weiterbildung steht die Förderung der *beruflichen Handlungskompetenz*, welche nach der KMK (2021, S. 32) die „Bereitschaft und Befähigung des Einzelnen, sich in beruflichen, gesellschaftlichen und privaten Situationen sachgerecht durchdacht sowie individuell und sozial verantwortlich zu verhalten" umfasst. Die berufliche Handlungskompetenz setzt sich aus verschiedenen Teilkompetenzen zusammen: Fachkompetenz, Selbst- bzw. Humankompetenz und Sozialkompetenz. Je nach pädagogischer Perspektive zählt die Methodenkompetenz zur beruflichen Handlungskompetenz oder liegt als Basiskompetenz quer zu den anderen Teilkompetenzen. Was alle pädagogischen Ausführungen zur beruflichen Handlungskompetenz gemein haben, ist die individuelle Bereitschaft, kompetent im beruflichen und betrieblichen Alltag zu handeln. Diese Bereitschaft zur Performanz, also zum kompetenten Handeln, wird in ökonomischen Diskursen über Kompetenz in der Regel nicht beachtet. Entsprechend fehlt dieser Aspekt auch in den gängigen Managementtools zur Personalentwicklung, vor allem bei Maßnahmen on und near the job (vgl. Hiestand 2017).

Bestimmte Kompetenzen, wie bspw. Ambiguitätstoleranz, Planungs- und Entscheidungsfähigkeit oder Selbstführung, lassen sich im besonderen Maße am Lernort Betrieb entwickeln. Die betriebliche Gemeinschaft der Beschäftigten, also die Kollektivität und die sozialen Interaktionen, fördern individuelle Reflexionsprozesse und damit auch die Änderung von Deutungs- und Handlungsmustern. Eine reflexive Kompetenzentwicklung bedeutet daher nicht nur, dass Beschäftigte zukünftige arbeitsimmanente Problemstellungen eigenständig und zielorientiert lösen können, sondern auch, dass die individuelle Selbstlernkompetenz gesteigert wird.[2]

Bei der Gestaltung bzw. Implementierung betrieblicher Strukturen, die die Entwicklung von Kompetenzen anregen, ist die reflexive Verknüpfung von formalen (organisiertes Lernen) und informellen Lernprozessen (Lernen über Erfahrung) bzw. von Theorie- und Erfahrungswissen zu berücksichtigen: Bei der Vermittlung von theoretischem und abstraktem Wissen bedarf es auch eines passenden Praxiswissens und -könnens, denn „nur so wird es lebendiges und konkret relevantes abstraktes Wissen, nur so erwirbt man sich die Fähigkeit einer Re-Kontextualisierung des Abstrakten" (Pfeiffer 2012, S. 208). Auch praktische Aneignungsprozesse in der Arbeit (Learning-by-Doing) müssen durch theoretisches Wissen und kognitive Lernprozesse flankiert werden – „Erfahrung braucht immer auch eine Fähigkeit zu Re-Abstrahierung" (ebd.).

Berufliche Handlungskompetenz ist somit das Ergebnis eines komplexen Entwicklungsprozesses, der einer mentalen und reflexiven Verknüpfung verschiedener Lernformen bedarf. So kann z. B. eine angelernte Pflegehilfskraft durch eine mehrjährige Tätigkeit zwar über viel Erfahrung im Umgang mit Bewohnerinnen und Bewohnern mit Demenz verfügen und intuitiv den Kontakt zu einzelnen Bewohnerinnen und Bewohnern adäquat herstellen. Allerdings reicht diese bisherige Erfahrung bei

2 Eine individuelle Steuerung ist somit zentral für das Lernen in der betrieblichen Praxis. Die Selbststeuerung des Lernprozesses ist in diesem Kontext einerseits entscheidende Voraussetzung, da Kompetenzen aus subjektiven Lern- und Entwicklungsprozessen resultieren, die nur schwer fremdbestimmt werden können. Die Notwendigkeit der Selbstorganisation des Lernens liegt andererseits darin, dass hier über vorher festgelegte Ziele hinausgegangen wird und sich Selbstorganisationsdispositionen als konkrete Kompetenz entwickeln (vgl. Hiestand & Rempel 2021).

einer Bewohnerin oder einem Bewohner, die/der aus dem Krankenhaus verlegt wurde und eine delirante Symptomatik zeigt, nicht aus. Notwendig wäre hierfür gerontopsychiatrisches Fachwissen, um eine möglichst reizarme, ruhige Atmosphäre zu schaffen und das Verhalten und die Symptome zu beobachten und fachlich einzuschätzen. Erst aus der Bewältigung dieser Arbeitshandlung mit dem abstrakten Wissen zu den Ursachen, Symptomen und der Behandlung eines Delirs können neues Wissen und neue Fähigkeiten entstehen und sich auch individuelle Deutungs- und Handlungsmuster wandeln. Die Erfahrung, dass nicht realitätsgerechte Äußerungen von zu Pflegenden verschiedene Ursachen haben können, wäre das neue Muster.

Dies ist jedoch kein rein kumulativer Entwicklungsprozess, etwa in dem Sinne, dass sich neues Wissen mit der vorhandenen Erfahrung zu kompetentem Handeln verbindet: Zum Lernen gehört auch *Entlernen*, d. h., dass sich in manchen Situationen der/die Lernende bewusst entscheiden muss, bisher Gelerntes nicht mehr anzuwenden, um neue Sichtweisen und Lerninhalte in sich aufnehmen und Kompetenz entwickeln zu können. Um im Beispiel zu bleiben: Die Pflegehilfskraft muss entlernen, dass kognitive Beeinträchtigungen bei Bewohnerinnen und Bewohnern nicht nur Demenz als Ursachen haben, sondern auch durch psychiatrische Krankheitsbilder ausgelöst werden. Diese Erkenntnis kann weitreichende Folgen haben, da eine stationäre Pflegeeinrichtung von Mitarbeitenden nicht als psychiatrische Einrichtung gesehen wird und damit auch stereotype lebensweltliche Vorstellungen zu psychisch kranken Menschen mit Bedrohungsgefühlen verbunden sein können. Der Prozess des Entlernens kann also auch als Identitätsangriff von Lernenden wahrgenommen werden: Menschen können sich in ihrer bisherigen Lebensweise und Wahrnehmung der eigenen Identität von neuen Lerninhalten bedroht fühlen. Sie haben das Gefühl, dass ihre bisherige Arbeits- und Lebensweise dadurch geschmälert/gemindert wird. Der Prozess des Entlernens erfordert daher eine reflexive Steuerung der mentalen Modelle, aber auch der kollektiven Handlungsmuster (vgl. Hiestand & Rempel 2021).

3 Kompetenzorientierte Personalentwicklung in der Langzeitpflege

Aufgabe der Personalentwicklung ist es, Maßnahmen zur Personalbildung und -förderung zielgerichtet und systematisch zu planen, umzusetzen und zu evaluieren. Die betriebliche Ausrichtung ist davon abhängig, welches Verständnis ein Unternehmen von der Entwicklung der eigenen Beschäftigten hat. Grundlegend ist die *Personalbildung*, die sich auf Grundlage des Berufsbildungsgesetzes (BBiG) ergibt und die betriebliche Aus- und Fortbildung sowie Umschulung gesetzlich regelt. Dies stellt allerdings nur ein Mindestmaß dar und wird durch die *Personalförderung*, also die systematische Kompetenzerfassung und -entwicklung, ergänzt (vgl. Lindner-Lohmann u. a. 2016). Im Kontext der Transformation der Arbeitswelt nimmt darüber hinaus auch die *Organisationsentwicklung* einen zentralen Stellenwert bei der Personalentwicklung ein.

Dieser organisationale Aspekt der Personalentwicklung wird nicht von allen Unternehmen gleichermaßen berücksichtigt (vgl. Hiestand & Rühling 2022).

Personalentwicklung zielt darauf ab, Qualifikationen und Kompetenzen der Beschäftigten entlang von ökonomischen Ansprüchen auszubilden und weiterzuentwickeln. Individuelle Lernbedarfe streben jedoch teils danach, sich der betrieblichen Interessen zu entheben und eine gewisse Unabhängigkeit vom Unternehmen und Flexibilität auf dem Arbeitsmarkt zu erreichen. Individuelle Lernbedürfnisse treffen im Unternehmen ggf. auf ökonomische Verwertungsinteressen. Der *betrieblichen Bildungsarbeit* kommt dabei die Rolle zu, Unternehmens- und Mitarbeiterinteressen gleichberechtigt zu berücksichtigen und Lernen als Bedingung für Veränderungsprozesse zu verstehen (vgl. Meyer & Haunschild 2017).

Die klassische Personalentwicklung ist jedoch überwiegend top-down organisiert, wonach Ziele und Inhalte fremdgesteuert „von oben" vorgegeben werden. Lernen findet oft in isolierten Settings statt und wird durch Expertinnen und Experten bestimmt (vgl. Sauter & Scholz 2015), was bedeutet, dass die betriebliche Bildungsarbeit in Deutschland vielerorts auf dem Weg von der Input- zur Outcome-Orientierung festhängt (vgl. Arnold 2018). Wenn sich die Personalentwicklung jedoch als strategisches Kompetenzmanagement versteht, ist eine Bottom-up-Ausrichtung durch die Mitarbeitenden selbst möglich: Entlang einer unterstützten Selbstorganisation können individuelle Kompetenzziele und bedarfsorientierte Inhalte im Arbeitsprozess ermöglicht und gefördert werden (vgl. Sauter & Scholz 2015). Dabei geht es um eine gemeinsame Verständigung geeigneter Lernprozesse, die durch betriebliche Bildungsarbeit unterstützt und begleitet werden (vgl. Arnold 2018).

Ein Beispiel für eine solche betriebliche Bildungsarbeit wurde im Projekt KomIn (Kompetenzorientierte Interaktionsarbeit in der Pflege)[3] entwickelt und erprobt. Über ein Mixed-Methods-Design wurden bei der empirischen Erhebung des Projektes KomIn sowohl qualitative als auch quantitative Daten gewonnen. Dabei wurde in fünf aufeinander aufbauenden Schritten nach Becker und Spöttl (2015) vorgegangen.[4] Insgesamt konnten zehn Schlüsselkompetenzen für eine gelungene pflegerische Interaktionsarbeit eruiert werden (siehe hierzu Abb. 1):

3 KomIn wird durch BMBF und ESF-Mittel finanziert und hat eine Laufzeit von 05/2020 bis 04/2023. Im Fokus steht die Wechselwirkung zwischen Interaktionsarbeit, Beruflichkeit, Digitalisierungsprozessen und Handlungskompetenzen von Altenpflegerinnen und -pflegern. Mit dem Projekt werden u. a. Kompetenzen für die Interaktionsarbeit in der Pflege untersucht.

4 Für einen ersten Zugang zum Funktions- bzw. Berufsfeld Langzeitpflege wurde in einer *Sektoranalyse* unter strukturierter Analyse von Dokumenten und durch Experteninterviews (N = 12 Vertreter:innen aus Politik, Gewerkschaften, Verbänden und Wissenschaft) ein umfangreicher Überblick über die grundlegenden Strukturen und Herausforderungen in der Alten- und Langzeitpflege generiert. In einem nächsten Schritt wurde in *Fallstudien* eine Erhebung mittels Fragebogen (N = 209 Pflegekräfte) durchgeführt, um ein besseres Verständnis der Auswirkungen der identifizierten Strukturen sowie eine Einschätzung zu den Herausforderungen und Anforderungen beruflicher Arbeitsaufgaben zu erhalten. Die folgenden *Arbeitsprozessstudien* erfassten schließlich, über die Verknüpfung qualitativer Daten aus problemorientierten Interviews (N = 31 Pflege- und Führungskräfte) sowie quantitativer Daten aus einem weiteren Fragebogen (N = 60 Pflegekräfte), beruflich relevante Kompetenzen und deren Ausprägung sowie Bedingungsfaktoren für ihre Entwicklung. Während die problemorientierten Interviews mit Beschäftigten Einblicke in verinnerlichtes Wissen und Kompetenzen ermöglichten, konnten diese subjektiven und stichprobenartigen Eindrücke durch die größere Datenmenge aus der Fragebogenerhebung gestützt werden. In der Zusammenführung aller Daten aus den beschriebenen Erhebungen wurden in einer *kommunikativen Validierung* 217 relevante Tätigkeiten und Einstellungen für eine gelungene Interaktionsarbeit in der ambulanten und stationären Langzeitpflege identifiziert, aus denen wiederum mittels einer *konfirmatorischen Faktorenanalyse* zehn Kompetenzbereiche abgeleitet werden konnten.



Abbildung 1: Schlüsselkompetenzen bzgl. pflegerischer Interaktionsarbeit

Diese Kompetenzen wurden mittels entsprechender Items operationalisiert und empirisch überprüft. Daraus wurde eine webbasierte Applikation (*Kompetenzindikator*) erstellt, mit der sich Mitarbeitende aller Qualifikationsniveaus (fachschulisch ausgebildete Pflegefachpersonen, Pflegehilfs- und Pflegeassistenzpersonen, akademisch ausgebildetes sowie auch im Ausland qualifiziertes Personal) in der stationären und ambulanten Langzeitpflege selbst einschätzen und ein Kompetenzprofil erstellen können. Führungskräfte können eine entsprechende Fremdeinschätzung vornehmen.

Mit dem Kompetenzindikator reflektieren Pflegekräfte die Ausprägung ihrer Interaktionskompetenzen und haben damit eine strukturierte Basis für ihre individuelle Kompetenzentwicklung. Zusammen mit der Fremdeinschätzung der direkten Führungskraft bildet dies die Grundlage für ein darauf aufbauendes *kompetenzorientiertes Personalentwicklungsgespräch* (vgl. Hiestand & Gießler 2022).[5] Ziel des Gesprächs ist es, dass Mitarbeitende lernen, in Zusammenarbeit mit ihrer Führungskraft einen Kompetenzentwicklungsprozess zu planen, durchzuführen, regelmäßig zu überprüfen und anzupassen. Die Erprobungen des Kompetenzindikators und des Personalentwick-

5 Den Kompetenzindikator und weitere Informationen zum Personalentwicklungsgespräch finden sich unter: www.projekt-komin.de.

lungsgesprächs zeigen, dass Lern- bzw. Qualifizierungsbedarf vor allem bzgl. der Kompetenzen Veränderungsenergie, Ambiguitätstoleranz, digitale Kompetenzen und Selbstführung besteht. Ausgeprägte Ressourcen zeigen sich in fachlichen Kompetenzen sowie Machtsensibilität und Dialogbereitschaft. Auffällig ist jedoch, dass sich Pflegekräfte in ihrer Selbsteinschätzung tendenziell schlechter bewerten, d. h., sie geben geringere Kompetenzausprägungen an als die jeweilige Führungskraft (Fremdbild). Vor allem bei Pflegehelferinnen und -helfern kommt es zu einer auffälligen Diskrepanz zwischen Fremd- und Selbstwahrnehmung. Im Rahmen der Personalentwicklungsgespräche stellte sich heraus, dass dies teils mit einer geringeren Selbstwirksamkeitsüberzeugung (vgl. Bandura 1994) einhergeht.

Zudem wird im Rahmen der Erprobung deutlich, dass die reflexive Auseinandersetzung der Pflegekräfte mit ihren Kompetenzen auch dazu führt, dass sie kritisch über die Bedingungen und Strukturen ihrer Arbeit nachdenken. Sie stellen z. B. fest, dass sie zwar über Kompetenzen verfügen, diese jedoch aufgrund von Zeitmangel, nicht hinterfragten Routinen oder Teamkonflikten nicht einbringen können. Durch das strukturierte Personalentwicklungsgespräch können solche hinderlichen Faktoren identifiziert und bearbeitet werden. Ziel ist es, die Arbeitsbelastung zu reduzieren und die Selbstwirksamkeitserfahrungen in der Arbeit zu stärken; denn sich wirksam in der Arbeit zu erleben, erzeugt Handlungssicherheit und Motivation (vgl. Lefrançois 2015).

Die Personalentwicklungsgespräche ermöglichen den Führungskräften und Leitungen, Veränderungsbedarfe hinsichtlich Strukturen, Ressourcen und Regeln sowohl auf individueller als auch auf kollektiver und organisationaler Ebene zu identifizieren. So können die Prozesse der Kompetenz- und der Organisationsentwicklung aufeinander bezogen und verknüpft werden. Führungskräfte äußern in der Erprobung des Gesprächs, dass sie Unterstützungsbedarf hinsichtlich der Findung und Implementierung konkreter Maßnahmen, die ein Lernen im Prozess der Arbeit ermöglichen, haben. Auch bzgl. geeigneter Tools, die eine strukturelle Veränderungen initiieren, wünschen sich die Führungskräfte noch mehr Kenntnisse und weitere Kompetenzen. Hierbei kann das betriebliche Bildungspersonal unterstützend wirken, indem dieses gezielt ein Lernen in der, mit der und durch die Arbeit ermöglicht (vgl. Weyland & Koschel 2021), wobei anzumerken ist, dass es in manchen Pflegeeinrichtungen an entsprechend professionalisiertem Bildungspersonal mangelt.

4 Kollektive Kompetenzentwicklung als Führungsaufgabe

Um individuelle und organisationale Lern- und Entwicklungsprozesse miteinander verknüpfen zu können, bedarf es Reflexionsstrukturen, die sowohl eine individuelle als auch eine kollektive Reflexion fordern und fördern – also ein Nachdenken über das eigene Handeln und die Performanz des gesamten Teams, die persönlichen und kollektiven Deutungsmuster und die unmittelbaren Strukturen, die das Handeln ermöglichen (vgl. Hiestand 2017). *Kollektive Kompetenzen* werden aus Handlungen erschlossen, „die einzelne Personen nicht hervorbringen könnten, weil sie an die unmittelbare Interaktion gebunden sind, diese Handlungen also ausschließlich im Gruppenkontext

auftauchen können“ (Baitsch 1996, S. 106). Das Individuum ist mit seiner beruflichen Handlungskompetenz zwar an der jeweiligen sozialen Interaktion beteiligt, doch stellt die Zusammenarbeit im Team gruppenspezifische Anforderungen bspw. an die Problemlöse- und Teamfähigkeit. „Kollektive Kompetenz basiert auf dem Gefüge unterschiedlicher Arbeitsaufgaben und Arbeitshandlungen, deren verteilte, aber koordinierte Bewältigung ein Arbeitsergebnis überhaupt ermöglicht“ (Fischer & Röben 2011, S. 211). Im Fokus kollektiver Kompetenzen stehen somit sowohl die Performanz der gesamten Gruppe bzw. des Teams (in Form von Handlungs- und Selbststeuerungsfähigkeit) als auch die gemeinsame Reflexion über diese Performanz.[6]

Es ist daher ein Führungskonzept notwendig, das zum einen die kollektive und zum anderen die individuelle Performanz der Beschäftigten fördert und fordert, da durch kollektive Reflexionsprozesse auch individuelles Handeln sowie mentale Modelle reflektiert und ggf. verändert werden. Diese individuelle Veränderung verlangt wiederum eine Inklusion in die Strukturen der Organisation, des Teams und des Arbeitsprozesses, um sie organisational funktional zu gestalten. Eine kooperative Führung kann beiden Ebenen – individuell sowie kollektiv – gerecht werden (vgl. Hiestand 2017). Eine solche Führungskultur ist geprägt von Wertschätzung, Offenheit und Teilhabe, d. h., Ideen, Meinungen und Kritik werden offen kommuniziert und von den Führungskräften in die Entscheidungsfindung mit einbezogen. Ein ausgeprägtes Kooperationsverhalten seitens der Führungskräfte wirkt motivierend, fördert die Eigeninitiative und erhöht die Veränderungsenergie der Beschäftigten (vgl. ebd.).

Mit dem Ziel, den kollektiven Reflexionsprozess anzustoßen und individuelle sowie kollektive Kompetenzen im Team sichtbar und damit diskutierbar zu machen, wurde im Forschungsprojekt ADAPT[7] das Instrument „Kompetenzbasierte Bedarfsanalyse“ (*KBA*) entwickelt. Die KBA wird mit allen Teammitgliedern, unter Moderation durch die Führungskraft, im Rahmen einer oder mehrerer Teambesprechungen durchgeführt.

Zur Vorbereitung der KBA setzt sich die Führungskraft mit den aus ihrer Sicht im Team vorhandenen (Interaktions-) Kompetenzen sowie den dabei relevanten Entwicklungsbedarfen auseinander. Darüber hinaus identifiziert die Führungskraft im Team bereits etablierte (formelle und informelle) Lernformen. Die Teammitglieder befassen sich im Vorfeld mit ihren individuellen Lernpräferenzen und schätzen die Kompetenzausprägungen ein, die für ihre arbeitsbezogenen Tätigkeiten benötigt werden (z. B. mittels des oben beschrieben Kompetenzindikators). Damit soll ein Nachdenken über das eigene Handeln und die eigenen Kompetenzen angestoßen und begleitet werden.

Bei einem gemeinsamen Teamgespräch stellt die Führungskraft, die im Rahmen des Teamchecks identifizierten Kompetenzen und Entwicklungsbedarfe auf kollekti-

6 Müller (2015) stellt die zentrale Bedeutung kollektiver Reflexionsprozesse für die Verknüpfung von individuellen und organisationalen Entwicklungsprozessen heraus, indem sie aufzeigt, dass es durch kollektive Reflexionsprozesse ermöglicht wird, „die Veränderungsprozesse von Kompetenz- und Organisationsentwicklung wechselseitig aufeinander zu beziehen“ (ebd., S. 178).

7 ADAPT (Implementierung eines adaptiven Weiterbildungsunterstützungssystems im Berufsfeld Pflege) wird durch das BMBF gefördert mit einer Laufzeit vom 01.05.2021 bis 30.04.2024. Zentrales Anliegen des Projektes ist es, die Passung zwischen individuellen Lernbedarfen, betrieblichen Reorganisationserfordernissen und beruflichen Weiterbildungsangeboten im pflegerischen Arbeitskontext zu optimieren. Dazu werden u. a. individuelle Lernpräferenzen und Kompetenzprofile von Pflegenden erhoben und in kollektiven Kompetenzbedarfsanalysen systematisiert.

ver Ebene dar. Im Zentrum stehen dabei nicht die individuellen, sondern die im gesamten Team vorhandenen Ressourcen und Kompetenzen, um ein kollektives Bewusstsein für die Stärken und Entwicklungsbedarfe des Teams erfahrbar zu machen. Daran anschließend wird mit allen Teammitgliedern gemeinsam ein Entscheidungs- und Aushandlungsprozess angestoßen, bei dem partizipativ erarbeitet wird, in welchen Kompetenzbereichen sich das Team weiterentwickeln möchte und wie diese Veränderungen konkret umgesetzt werden können. Abgestimmt auf die vorab identifizierten Lernpräferenzen der einzelnen Teammitglieder werden passende Lernformate (z. B. Lernpartnerschaften oder Mikrolernen/Learning Nuggets) geplant, die während des Arbeitsprozesses umgesetzt werden sollen (vgl. Hiestand & Gießler 2022).

Bisher durchgeführte Erprobungen verdeutlichen, dass die KBA ein Instrument darstellt, das es der Führungskraft ermöglicht, vorhandene Ressourcen, aber auch Entwicklungs- und Lernbedarfe im Team sichtbar zu machen und gemeinsame Reflexions- und Aushandlungsprozesse zu initiieren. Entscheidend dabei ist, dass die Führungskraft, im Sinne der kooperativen Führung, die Teammitglieder in die ablaufenden Prozesse einbezieht und Entscheidungen partizipativ getroffen werden, wie z. B. an welchen Themen und Kompetenzen gearbeitet werden soll. Gerade hinsichtlich der Prozesse des Entlernens ist ein solches Vorgehen sinnvoll. Durch die KBA werden Stärken im Team sichtbar, die für einzelne Teammitglieder nicht oder nur schwer erkennbar wären. Die Führungskraft nimmt die Rolle des Bindeglieds zwischen der/dem Einzelnen und dem Kollektiv ein und schafft ein Bewusstsein für vorhandene und zu entwickelnde kollektive Kompetenzen.

Die Möglichkeit zur Problemerfahrung und vor allem regelmäßiger Austausch mit Kolleginnen und Kollegen sowie mit Vorgesetzten fördern bei Beschäftigten individuelle Lernprozesse, innovative Ideen und Reflexion von Deutungs- und Handlungsmustern. In diesem Kontext sind Strukturen, die ein situiertes und selbstgesteuertes Lernen sowie Erfahrungslernen ermöglichen, von hoher Relevanz, denn je „interdisziplinärer die Inhalte der Weiterbildung werden, desto ungeeigneter werden traditionelle Lernformen wie Seminare, Lehrgänge oder Kurse. Deren formalisierte und dekontextualisierte Versuche, den Erwerb von Handlungskompetenz zu fördern, haben sich, wenn sie isoliert und ausschließlich zum Einsatz kommen, als nicht erfolgreich erwiesen“ (Heinze & Kaßebaum 2018, S. 180). Der (soziale) Kontext, in welchem sich Lernprozesse vollziehen, wird damit besonders bedeutsam: Lernen findet in und durch Interaktion statt (vgl. Hild 2009). Kooperative und kollaborative Lernformate können zudem eine Brücke zwischen individueller Kompetenzentwicklung und kollektivem Lernen bilden.

5 Fazit

Betriebliche Partizipation in Form von Beteiligung und Gestaltungsmöglichkeiten an organisationalen Veränderungen, Mitbestimmung bei individuellen Entwicklungsmöglichkeiten und Einbeziehung in die betriebliche Kommunikation wirken sich positiv auf die Verknüpfung individueller und kollektiver Lern- und Entwicklungsprozesse

aus. Dies bedeutet für Führungskräfte, dass sie gemeinsam mit den Beschäftigten einen Rahmen für Entwicklung und Gestaltung schaffen. Kompetenzorientierte Bildungsarbeit berücksichtigt sowohl individuelle als auch kollektive Lern- und Entwicklungsprozesse gleichermaßen. Verschiedene Tools wie das Personalentwicklungsgespräch sowie die KBA können eine solche Bildungsarbeit in der Langzeitpflege unterstützen. Offen bleibt, wie ein solches Weiterbildungsverständnis in der Langzeitpflege grundlegend und flächendeckend etabliert werden kann. Vor allem auch hinsichtlich der immer stärker zunehmenden Differenzierung von Qualifikationen und Kompetenzen in der Pflege: Neben fachschulisch ausgebildeten Pflegefachpersonen, Pflegehilfs- und Pflegeassistenzpersonen arbeitet auch hochschulisch ausgebildetes sowie auch im Ausland qualifiziertes Personal in der Pflege. Diesen Mix aus Kompetenzen und Qualifikationen gilt es in der betrieblichen Bildungsarbeit bzw. in betrieblichen Partizipationsstrukturen zu berücksichtigen.

Literatur

Arnold, R. (2018). *Das kompetente Unternehmen. Pädagogische Professionalisierung als Unternehmensstrategie*. Wiesbaden: Springer Gabler.

Arnold, R. & Schüssler, I. (2001). Entwicklung des Kompetenzbegriffs und seine Bedeutung für die Berufsbildung und für die Berufsforschung. In G. Franke (Hg.), *Komplexität und Kompetenz – ausgewählte Fragen der Kompetenz-forschung*, S. 52–74. Bielefeld: Bundesinstitut für Berufsbildung.

Baitsch, C. (1996). Kompetenz von Individuen, Gruppen und Organisationen – Psychologische Überlegungen zu einem Analyse- und Bewertungskonzept. In K. Denisow, W. Fricke & B. Stieler-Lorenz (Hg.), *Partizipation und Produktivität – Zukunft der Arbeit*, 5, S. 102–112. Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung.

Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In V. S. Ramachaudran (Hg.), *Encyclopedia of human behavior*, 4, S. 71–81. New York: Academic Press.

Becker, M. & Spöttl, G. (2015). *Berufswissenschaftliche Forschung. Ein Arbeitsbuch für Studium und Praxis*, 2., unveränderte Auflage. Frankfurt a. M.: Peter Lange.

Bergmann, D. & Seltrecht, A. (2023). Weiterbildungsordnungsarbeit für Pflegeberufe. In M. Friese & R. Braches-Chyrek (Hg.), *Care Work in der gesellschaftlichen Transformation. Beschäftigung, Bildung, Fachdidaktik*, S. 241–256. Bielefeld: wbv.

Dehnbostel, P. (2015). *Betriebliche Bildungsarbeit. Kompetenzbasierte Aus- und Weiterbildung im Betrieb*, 2. erweiterte und neu bearbeitete Auflage. Baltmannsweiler: Schneider.

Dehnbostel, P., Proß, G., Krämer, M., Skroblin, J. P., Elsholz, U., Gillen, J., Lindenkamp, R. & Meister, J. (2006). *Glossar für die betriebliche Bildungsarbeit, für das Bildungsmanagement, für Bildungsfachleute, aus der Perspektive der Arbeitnehmerorientierung*. Hamburg.

Fischer, M. & Röben, P. (2011). Kollektive Kompetenz – eine wenig beachtete Dimension beruflicher Kompetenzdiagnostik. In M. Fischer, M. Becker & G. Spöttl (Hg.), *Kompetenzdiagnostik in der beruflichen Bildung – Probleme und Perspektiven*, S. 207–231. Frankfurt a. M.: Peter Lang.

Gießler, W. & Zimmermann, H. (2014). *Teamorientierte Personalentwicklung in der Altenpflege. Beschäftigte entdecken, was sie für gute Arbeit brauchen*. Essen: BiG Bildungsinstitut im Gesundheitswesen Gemeinnützige GmbH.

Heinze, H. & Kaßebaum, B. (2018). Kompetenzentwicklung als Gestaltungsaufgabe für eine „erweiterte moderne Beruflichkeit". In D. Ahrens & G. Molzberger (Hg.), *Kompetenzentwicklung in analogen und digitalisierten Arbeitswelten. Gestaltung sozialer, organisationaler und technologischer Innovationen*, S. 173–186. Berlin: Springer.

Hiestand, S. (2017). *BITs & BIER – eine empirische Analyse im Brauwesen und in der IT-Branche zur Verknüpfung individueller Kompetenz- und betrieblicher Organisationsentwicklung*. Augsburg, München: Rainer Hampp Verlag.

Hiestand, S. & Gießler, W. (2023). Selbstbestimmt Leben, Arbeiten und Lernen in der Langzeitpflege. *Berufsbildung. Zeitschrift für Theorie-Praxis-Dialog*, 197, S. 32–35.

Hiestand, S. & Gießler, W. (2022). Interaktionskompetenzen in der Langzeitpflege stärken. *Berufsbildung. Zeitschrift für Theorie-Praxis-Dialog*, 196, S. 6–9.

Hiestand, S. & Gießler, W. (2018). Vom Lehren zum Lernen – Weiterbildung für betriebliches Bildungspersonal im Gesundheitswesen. *Berufsbildung. Zeitschrift für Theorie-Praxis-Dialog*, 174, S. 20–22.

Hiestand, S., Kaiser, S. & Ebbighausen, M. (2022). Empowerment und kompetenzorientierte Personalentwicklung im Kontext der Interaktionsarbeit. In G. Lanza, P. Nieken, P. Nyhuis & A. Trübswetter (Hg.), *Digitale Führung und Technologien für die Teaminteraktion von morgen*, S. 95–103. Garbsen: TEWISS.

Hiestand, S. & Rempel, K. (2021). Lern- und Entwicklungsprozesse im Kontext der digitalen Transformation – Glossar für die betriebliche Bildungsarbeit. *Mitbestimmungspraxis*, 38. Düsseldorf: Institut für Mitbestimmung und Unternehmensführung (I. M. U.) der Hans-Böckler-Stiftung.

Hiestand, S. & Rühling, S. (2022). Personalentwicklung im Spannungsfeld individuellen Lernens und betrieblicher Organisationsentwicklung. In R. Gröbel & I. Dransfeld-Haase (Hg.), *Strategische Personalarbeit in der Transformation. Partizipation und Mitbestimmung für ein erfolgreiches HRM*, S. 386–400. Frankfurt a. M.: Bund-Verlag.

Hild, P. (2009). Kooperatives Lernen. In S. Fürstenau & M. Gomolla (Hg.), *Migration und schulischer Wandel: Unterricht*, S. 85–102. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

KMK (Kultusministerkonferenz) (2021). *Handreichung für die Erarbeitung von Rahmenlehrplänen der Kultusministerkonferenz für den berufsbezogenen Unterricht in der Berufsschule und ihre Abstimmung mit Ausbildungsordnungen des Bundes für anerkannte Ausbildungsberufe*. Berlin: Sekretariat der Kultusministerkonferenz. Verfügbar unter https://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluesse/2021/2021_06_17-GEP-Handreichung.pdf (Zugriff am: 28.03.2023).

Lefrançois, G. R. (2015). *Psychologie des Lernens*, 5. Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer.

Lindner-Lohmann, D., Lohmann, F. & Schirmer, U. (2016). *Personalmanagement*, 3. Auflage. Wiesbaden: Springer Gabler.

Meyer, R. & Haunschild, A. (2017). Individuelle Kompetenzentwicklung und betriebliche Organisationsentwicklung im Kontext moderner Beruflichkeit – berufspädagogische und arbeitswissenschaftliche Befunde und Herausforderungen. *bwp@ Berufs- und Wirtschaftspädagogik – online*, 32, S. 1–20. Verfügbar unter http://www.bwpat.de/ausgabe32/meyer_haunschild_bwpat32.pdf (Zugriff am: 28.03.2023).

Müller, J. (2015). *Reflexion als Voraussetzung für Kompetenz- und Organisationsentwicklung in der wissensintensiven Arbeit*. Detmold: Eusl Verlag.

Pfeiffer, S. (2012). Wissenschaftliches Wissen und Erfahrungswissen, ihre Bedeutung in innovativen Unternehmen und was das mit (beruflicher) Bildung zu tun hat. In E. Kuda, B. Kaßebaum, G. Spöttl & J. Strauß (Hg.), *Akademisierung der Arbeit: Hat berufliche Bildung noch eine Zukunft?*, S. 203–219. Hamburg: VSA.

Rat der Arbeitswelt (2021). *Vielfältige Ressourcen stärken – Zukunft gestalten. Impulse für eine nachhaltige Arbeitswelt zwischen Pandemie und Wandel*. Verfügbar unter https://www.arbeitswelt-portal.de/fileadmin/user_upload/awb_2021/210517_Arbeitsweltbericht_bf.pdf (Zugriff am: 28.03.2023).

Sauter, W. & Scholz, C. (2015). *Von der Personalentwicklung zur Lernbegleitung. Veränderungsprozess zur selbstorganisierten Kompetenzentwicklung*. Wiesbaden: Springer.

Weyland, U. & Koschel, W. (2021). Qualifizierung von Praxisanleiter*innen in den Gesundheitsfachberufen. *Denk-doch-mal.de. Das online-Magazin*. Verfügbar unter https://denk-doch-mal.de/ulrike-weyland-wilhelm-koschel-qualifizierung-von-praxisanleiterinnen-in-den-gesundheitsfachberufen/ (Zugriff am 28.03.2023).

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1 Schlüsselkompetenzen bzgl. pflegerischer Interaktionsarbeit 311

Autorinnen und Autor



Prof. Dr. **Stefanie Hiestand** – Institut für Berufs- und Wirtschaftspädagogik an der Pädagogischen Hochschule Freiburg. Frau Hiestand forscht und lehrt zu den Themen Kompetenz- und Organisationsentwicklung, qualifikationsheterogene Zusammenarbeit, Beruflichkeit in der Pflege sowie Didaktik und Methodik der beruflichen Aus- und Weiterbildung im Gesundheitswesen.
Kontakt: stefanie.hiestand@ph-freiburg.de



Wolfram Gießler, BBA – Institut für Berufs- und Wirtschaftspädagogik an der Pädagogischen Hochschule Freiburg. Herr Gießler ist wissenschaftlicher Mitarbeiter in Drittmittelprojekten u. a. zum digital-adaptiven Lernen in der Langzeitpflege, zur Veränderung der Beruflichkeit in der Pflege und zur kompetenzorientierten Personalentwicklung im Gesundheitswesen.
Kontakt: wolfram.giessler@ph-freiburg.de



Sophie Kaiser, M. A. – Institut für Berufs- und Wirtschaftspädagogik an der Pädagogischen Hochschule Freiburg. Frau Kaiser ist wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Fachrichtung Berufliche Bildung für Gesundheit und Nachhaltigkeit. Sie forscht und lehrt zu den Themen Organisationsentwicklung, kollektive Kompetenzentwicklung, qualifikationsheterogene Zusammenarbeit und kollaborative Lehr-/Lernsettings.
Kontakt: sophie.kaiser@ph-freiburg.de



Franziska Wegemann, M. Sc. – Institut für Berufs- und Wirtschaftspädagogik an der Pädagogischen Hochschule Freiburg. Frau Wegemann ist wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Fachrichtung Berufliche Bildung für Gesundheit und Nachhaltigkeit. Sie forscht und lehrt zu den Themen digital-adaptives Lernen in der Langzeitpflege, Personalentwicklung und Gesundheitskompetenz.
Kontakt: franziska.wegemann@ph-freiburg.de

Herausforderungen von Auszubildenden mit Migrationshintergrund in der generalistischen Pflegeausbildung

Daria Olden, Daniel Grossmann, Bernd Reuschenbach

Abstract

Die generalistische Ausbildung stellt Auszubildende, Pflegeschulen und Ausbildungsbetriebe vor große Herausforderungen, z. B. die große Heterogenität unter den Auszubildenden, die jedoch selten in der Forschung abgebildet wird. Bestehende Befunde beruhen auf qualitativer Methodik, fokussieren eher Pflegefachpersonen oder werden außerhalb Deutschlands gesammelt. Eine Sekundäranalyse von Daten der Begleitforschung zur Einführung der generalistischen Pflegeausbildung (BENP) bildet eine quantitative Datenbasis von in Deutschland geborenen und zugewanderten Pflegeauszubildenden (n = 1.222) mit Schwerpunkt auf der ersten Ausbildungskohorte. Ein höheres Alter bei Ausbildungsbeginn, stärker fragmentierte Bildungsbiografien und erhöhter Bedarf an finanzieller Absicherung bei zugewanderten Auszubildenden legen Implikationen für Ausbildungserleben und Ausbildungserfolg nahe. Förder-/Unterstützungsbedarfe zeigen sich besonders bei Auszubildenden aus Nicht-EU-Staaten.

Schlagworte: Pflegeausbildung, zugewanderte Auszubildende, Integration, Migration und Pflege, Migrationsgesellschaft

The German nursing VET (vocational education and training) system is challenging to students, nursing schools, and training organizations alike. One such challenge is the high heterogeneity among students, which is hardly taken into account in research. Most findings use qualitative methodology, focus on nursing professionals, or are gathered outside Germany. A secondary data analysis of the research accompanying the introduction of the generalist nursing VET system (BENP) provides a quantitative database of German-born and immigrant nursing students (n = 1,222). Training experience and success of immigrant students may be impacted by higher entry age, fragmented educational biographies, and increased financial security needs. The need for support and assistance is particularly evident among students from non-EU countries.

Keywords: nursing education, immigrant students, integration, in-migration, immigrants, nursing students

1 Problemstellung

Zuwanderung prägt die Bevölkerungsstruktur in Deutschland. Im Jahr 2019 hatte ein Viertel der Einwohner selbst *Migrationserfahrung* (16,8 %; DESTATIS 2022) oder einen über die Eltern vermittelten *Migrationshintergrund* (9,2 %; ebd.). Dies bildet sich auch in der Pflegeversorgung ab, sowohl unter den Pflegebedürftigen als auch bei den beruflich Pflegenden und Auszubildenden in der Pflege. Verstärkt wird diese Entwicklung durch die gezielte Anwerbung von Fachkräften und Auszubildenden aus dem Ausland (BMWK 2021). Die Schaffung beruflicher Räume für Inklusion und Teilhabe in einer Einwanderungsgesellschaft ist daher für die Gestaltung und Absicherung einer qualitativ hochwertigen und allgemein zugänglichen Pflegeversorgung unerlässlich. Die Pflegeausbildung muss neben fachlichen Kriterien auch das Ausbildungserleben und den Ausbildungserfolg herkunftsdiverser Gruppen in den Mittelpunkt stellen (vgl. Smith u. a. 2022). Beide können durch kulturelle und strukturelle Anpassungsprozesse und Diskriminierungserfahrungen beeinträchtigt werden (vgl. Merry u. a. 2021). Einflüsse auf den Lernerfolg, die Zufriedenheit und die Gesundheit der Betroffenen sind zu erwarten (vgl. Mitchell u. a. 2017).

In der Forschung zur Pflegeausbildung und zum Pflegeberuf stehen Auszubildende mit Migrationshintergrund (A_M) bisher selten im Fokus, es fehlt an entsprechendem Datenmaterial für Deutschland (vgl. Smith u. a. 2022). Dies erschwert ein vertieftes Verständnis der Ausbildungserfahrungen von A_M (vgl. Kordes u. a. 2020; van de Pas & Mans 2018).

Der Beitrag trägt Faktoren zusammen, von denen ein besonderer Einfluss auf das Ausbildungserleben und den Ausbildungserfolg von zugewanderten Auszubildenden angenommen werden kann.

Mit der deskriptiv ausgerichteten Sekundärdatenanalyse von Daten der Begleitforschung zum Veränderungsprozess der Einführung der neuen Pflegeausbildungen (BENP) soll eine quantitative Datenbasis zur Beschreibung migrationsbedingter Unterschiede in der Pflegeausbildung geschaffen werden, die Gestaltungs- und Anpassungsbedarfe identifiziert.

1.1 Binnendifferenzierung von Auszubildenden mit Migrationshintergrund

Eine Unterscheidung von A_M allein nach dem Geburtsland der Auszubildenden bzw. ihrer Eltern liefert nur eine Vorstrukturierung, die durch weitere Faktoren ergänzt werden muss.

Auszubildende, die im Ausland geboren wurden und dort lebten, verfügen über eine unmittelbare eigene *Migrationserfahrung*. Auszubildende, die in Deutschland geboren wurden, deren Eltern oder Großeltern aber aus dem Ausland zugewandert sind, verfügen dagegen über eine vermittelte Migrationserfahrung (*Migrationshintergrund*; DESTATIS 2009). Beides führt zu unterschiedlichen Sozialisations- und Lebenserfahrungen, die divergierende Herausforderungen für die Pflegeausbildung bedeuten. Es lässt sich dabei eine Vielzahl von migrationsbedingten Einflussfaktoren identifizieren, die die Motivation, das Erleben und den Erfolg der Pflegeausbildung bestimmen.

Migrationsanlass | Bei einem geplanten oder freiwilligen Verlassen des Heimatlandes sind andere Motive relevant als bei einer Vertreibung aus dem Heimatland aufgrund von Krieg oder Verfolgung. Die Heterogenität der Migrationsanlässe bestimmt vermutlich auch den Kontext der Wahl einer Pflegeausbildung mit.

Migrationsalter | Aus dem Alter zum Zeitpunkt der Zuwanderung ergeben sich unterschiedliche Ausgangsbedingungen für eine Pflegeausbildung. A_M, die als Kleinkinder nach Deutschland kamen, erfuhren einen Großteil ihrer Sozialisation in Deutschland und im deutschen Bildungssystem. Sprachliche, soziokulturelle und bildungsbezogene Herausforderungen sind für sie weniger zu erwarten als für Personen, die im Jugend- oder Erwachsenenalter zugewandert sind.

Dauer des Aufenthalts in Deutschland | Auch ist die bisherige Aufenthaltsdauer in Deutschland ist für die Integration von Bedeutung, sowohl für die Vertrautheit mit dem sozialen Umfeld und Integration in das soziale Umfeld als auch für die Wahrnehmung und Erfahrung von Pflege(-bedürftigkeit). Langjährige Erfahrungen in Deutschland lassen eine stärkere soziale und kulturelle Anpassung erwarten. Die Motive für die Ausbildungsentscheidung können durch das im Herkunftsland vermittelte Pflegeverständnis beeinflusst sein (vgl. Marcinowicz u. a. 2019).

Herkunftsland | Eine soziokulturelle und sprachliche Nähe des Herkunftslandes zu Deutschland erleichtert den A_M die Orientierung und Interaktion im sozialen Umfeld, in der Ausbildung und im Pflegeberuf. Gehört das Herkunftsland internationalen Organisationen an, in denen auch Deutschland Mitglied ist (Europarat, OECD), ist dies für den Abbau administrativer Hürden und die Anschlussfähigkeit der jeweiligen Bildungs- und Berufssysteme günstig. Eine besondere Bedeutung hat dabei eine enge supranationale Gemeinschaft wie die Europäische Union (EU). Eine deskriptive Unterscheidung zwischen zugewanderten Auszubildenden aus der EU (A_{EU}) und aus Nicht-EU-Staaten ($A_{Nicht\text{-}EU}$) ist daher angebracht.

Bildungsbiografie | Die Heterogenität der Auszubildenden spiegelt sich auch in den Bildungsbiografien wider. Ein in Deutschland oder im Ausland erworbener Schulabschluss kann als Indikator für die Orientierung und Erfahrung im deutschen Bildungssystem dienen. Auch liegen je nach Migrationsalter bereits Ausbildungs-, Studien- oder Berufserfahrungen und ggf. entsprechende Abschlüsse vor. Sofern diese in Deutschland erworben wurden, dürften sie das Vorankommen in der Pflegeausbildung begünstigen. Abschlüsse und Erfahrungen, die in einem anderen Bildungssystem erworben wurden, können, müssen aber nicht von Vorteil sein. Zudem kann sich die Nichtanerkennung früherer Berufs- oder Studienabschlüsse negativ auf die Ausbildungsmotivation auswirken.

1.2 Ausbildungsrelevante Merkmale

Der Migrationsstatus der A_M ist ein Konglomerat verschiedener Einzelmerkmale, aus denen sich Herausforderungen und Chancen für die Ausbildung ergeben. Ein vertieftes Verständnis ist notwendig, um eine umfassende Kompetenzentwicklung und Unterstützungsbedarfe der Auszubildenden zu identifizieren. Vier Faktoren sind dabei von zentraler Bedeutung.

Sozioökonomische Faktoren | Bereits in der Grundbildung wirkt sich die sozioökonomische Lage der Lernenden auf den Lernerfolg aus, was sich in der beruflichen Bildung fortsetzen kann (vgl. Reiss u. a. 2019). Die teils fragmentierten Bildungsbiografien von A_M bedingen, dass sie zu Ausbildungsbeginn meist deutlich älter sind als in Deutschland geborene Auszubildende. Damit verbunden sind weitere Faktoren, die eine Zeit- und Aufmerksamkeitskonkurrenz zur Pflegeausbildung erzeugen (vgl. Großmann & Engel 2020). So haben ältere Auszubildende häufig einen höheren Lebensunterhalt zu bestreiten als jüngere, insbesondere, wenn sie bereits eigene Kinder haben. Für eine Substitution durch soziale Transferleistungen (Wohngeld, Hilfe zum Lebensunterhalt etc.) fehlen häufig Anspruch bzw. Kenntnis über entsprechende Berechtigungen. Eine verbreitete Substitutionsstrategie ist zusätzliche Erwerbstätigkeit, wodurch aber weniger Zeit und Aufmerksamkeit für die Pflegeausbildung bleibt (vgl. Apolinarski & Gwosć 2020). Mit Blick auf schulische und berufliche Bildung wurden in ökonomisch gut aufgestellten Ländern (USA, Westeuropa) fach- und lernkontextübergreifende Leistungslücken zuungunsten zugewanderter Lernender gezeigt (vgl. Anagonostaki u. a. 2016; Schneeweis 2011). Auch können Unterschiede im erreichten Bildungsniveau bestehen, wenn Auszubildende erst im Erwachsenenalter zuwandern.

Einstellung zur Pflege und Rollenverständnis | Das Rollenverständnis als Pflegende wird durch Vorerfahrungen geprägt, so etwa länderspezifische Unterschiede in den Standards des Pflegeberufs, typische Aufgaben und berufliche Kompetenzen (vgl. Marcinowicz u. a. 2019; Rand & Larsen 2019). National geprägte Berufsnormen und Regulierungen in Herkunftsländern zeigen Unterschiede in den typisch übernommenen Aufgaben und Kompetenzen der Pflegenden (vgl. Marcinowicz u. a. 2019; Alexis & Shillingford 2012, Blythe u. a. 2009). So wird die „Grundpflege" nicht überall von Pflegefachpersonen, sondern von Assistenzberufen oder Angehörigen übernommen, während die Tätigkeiten und Befugnisse von Pflegefachpersonen auch ärztliche Aufgaben beinhalten können (vgl. Rand & Larsen 2019). Es ist davon auszugehen, dass zugewanderte Pflegeauszubildende von anderen Berufsbildern der Pflege geprägt sind, was ihre Wahrnehmung in den Praxiseinsätzen einfärbt. Auch persönliche Erfahrungen spielen eine Rolle, wie z. B. die Sichtbarkeit von Pflegebedürftigen im unmittelbaren Erfahrungsumfeld, die räumliche Streuung von Familien und die persönliche Betroffenheit bei älteren Auszubildenden, z. B. im Zusammenhang mit den eigenen pflegebedürftigen Eltern oder Großeltern.

Diskriminierungserfahrungen | A_M können sowohl mit chronischer als auch mit akuter Diskriminierung konfrontiert sein. So können etwa die Erwartungen und Einschätzungen der Lehrenden je nach Herkunft der Lernenden variieren (vgl. Dunkake & Schuchart 2015; Glock u. a. 2016). Ungeklärt ist bislang, ob diese Unterschiede Ausdruck negativer Vorurteile gegenüber Lernenden mit oder einer positiven Verzerrung gegenüber Lernenden ohne Migrationshintergrund sind. Ebenso können wahrgenommene und tatsächliche Diskriminierungserfahrungen in der Pflegeschule und -praxis den Lernerfolg beeinflussen. Häufig wird von einer schlechteren Behandlung durch Vorgesetzte und einer geringeren Autonomie in der beruflichen Praxis berichtet (vgl. Rand & Larsen 2019; Theobald & Leidig 2018). Ebenso finden sich Berichte über unter-

fordernde Arbeitsaufträge und die Zuweisung weniger anspruchsvoller Aufgaben und eine geringere Wertschätzung der Arbeitsleistung sowie Diskriminierung durch Patientinnen und Patienten (vgl. Lauxen u. a. 2019). Unzufriedenheit und Frustration mit der Pflegeausbildung können die Folge sein, verbunden mit einem erhöhten Risiko des Ausbildungsabbruchs und schlechteren Voraussetzungen für die berufliche Integration (vgl. Habermann & Stagge 2015).

Sprachkompetenz | Ausreichende Sprachkenntnisse sind der Schlüssel für eine gelingende Integration und ein verbessertes Erleben in der pflegerischen Praxis, unzureichende können zu Ängsten, Hilflosigkeit und Entfremdung beitragen und die Lernbelastung erhöhen (vgl. Kuzemski u. a. 2022; Kumpf u. a. 2016; Sedgwick & Garner 2017). Vielfach zeigen sich seltenere Kommunikation und Unterstützung im Kollegium und daraus resultierend geringere Kompetenzentwicklung (vgl. Theobald 2017; Mitchell u. a. 2017; Nichols & Campbell 2010; Kawi & Xu 2009). Sprachliche Defizite von A_M können zur Fehleinschätzung ihrer Kompetenzen führen, sodass ihnen weniger anspruchsvolle und kompetenzförderliche Aufgaben zugewiesen werden (vgl. Habermann & Stagge 2015). In Deutschland mag die Sprachthematik bedeutsamer sein als in vergleichbaren internationalen Kontexten, da Englisch häufig sowohl Muttersprache als auch Verkehrssprache im Zuwanderungsland ist, während Deutsch nur selten bereits im Herkunftsland erlernt wird (vgl. Smith u. a. 2022). Das Erlernen einer neuen Sprache zeitgleich mit der Anpassung an ein neues Land und Versorgungssystem kann A_M zusätzlich belasten (vgl. Schilgen u. a. 2019).

1.3 Implikationen für das Lernen und den Ausbildungserfolg in der Pflegeausbildung

Die Herausforderungen für A_M beschränken sich also nicht auf sprachliche Unterschiede (vgl. Allemann-Ghionda 2006). Aus den Anforderungen der Pflegeausbildung und den zusätzlichen Herausforderungen durch einen Migrationshintergrund können Problemlagen entstehen, die sich auf die Zahl der beruflich Pflegenden in Deutschland auswirken.

Die Pflege hat mit rund 27 % eine der höchsten vorzeitigen Vertragslösungsquoten aller Ausbildungsberufe in Deutschland (vgl. Garcia González & Peters 2021). Nach Kalinowski und Maier (vgl. 2022) weisen insbesondere ausländische Auszubildende geringere Erfolgsquoten auf und verlassen die Ausbildung ohne qualifizierenden Abschluss. Dies deutet auf eine erhöhte Salienz migrationsbedingter Faktoren hin, die zur Abbruchentscheidung oder zum Wechsel in eine weniger anspruchsvolle Ausbildung beitragen (vgl. Archambault u. a. 2017; Garcia González & Peters 2021).

Gleichzeitig sollte die Betrachtung spezifischer Förderbedarfe und Problemlagen von A_M nicht defizitorientiert erfolgen. Vorerfahrungen aus anderen Gesellschaften bieten auch Chancen zur Verbesserung der Pflegeversorgung in Deutschland, so profitieren Lernende ohne Migrationshintergrund von der Herkunftsvielfalt im Team und den damit verbundenen Anpassungsprozessen (vgl. Silveira u. a. 2019). Diese Ressourcen zu identifizieren und Wege zu ihrer Aktivierung aufzuzeigen, ist ebenfalls eine Integrationsaufgabe.

2 Methode

2.1 Forschungsdesign

BENP begleitet die Einführung der neuen Pflegeausbildungen nach dem PflBG im Auftrag des Bundesinstituts für Berufsbildung (vgl. Wochnik u. a. 2022). Ein Teilprojekt an der Katholischen Stiftungshochschule München ist die Längsschnittbefragung von Auszubildenden und Studierenden über drei Jahre (vgl. Großmann u. a. 2023; Olden u. a. 2023). Ziel der Kohortenstudie war die Befragung aller Auszubildenden in der ersten Kohorte der generalistischen Pflegeausbildung nach PflBG (Ausbildungsstart 2020, Grundgesamtheit N = 53.610; DESTATIS 2021).

Der Beitrag stützt sich auf die 1. Befragungswelle der Auszubildenden, damals im ersten Ausbildungsdrittel, im Jahr 2021. Die Migrationsthematik wurde in dieser Welle noch nicht gesondert betrachtet, die Angaben lassen sich nur auf das Geburtsland der Auszubildenden beziehen. Somit vergleicht der Beitrag drei Gruppen von Auszubildenden mit Geburt in Deutschland (A_D), in der EU (A_{EU}) und mit Geburt in Nicht-EU-Staaten ($A_{Nicht\text{-}EU}$).

Abgeleitet aus dem oben dargestellten Forschungsstand werden folgende Untersuchungsschwerpunkte dargestellt: (A) Zusammensetzung der Stichprobe im Hinblick auf Migrationserfahrung, (B) sozioökonomische Faktoren (C) Ausbildungsanbahnung und -ausrichtung und (D) Gesamtbewertung der generalistischen Pflegeausbildung.

2.2 Datenanalyse

Die Daten wurden auf Vollständigkeit, Plausibilität und Konsistenz geprüft, strukturell aufbereitet und quantitativ ausgewertet (vgl. IBM Corp. 2019). Entsprechend dem explorativen Forschungsansatz wurden deskriptive statistische Maße und relative Häufigkeiten ausgewiesen. Zur Illustration von Unterschieden wurden Varianzanalysen (ANOVA) durchgeführt, die Gruppenzuordnung erfolgte anhand des Merkmals Geburtsland.

2.3 Datenschutz und Forschungsethik

Die Teilnahme war freiwillig und konnte jederzeit abgebrochen werden. Die Teilnahme wurde durch eine Gutscheinverlosung incentiviert. Die Datenschutzkonformität wurde intern und durch mehrere Landesdatenschutzbeauftragte geprüft. Auf ein formelles Ethikvotum wurde nach Vorgesprächen mit der zuständigen Ethikkommission verzichtet. Alle Datenmerkmale mit Bezug zu den jeweiligen Pflegeschulen wurden entfernt.

3 Ergebnisse

3.1 Stichprobe

Die Nettostichprobe umfasste $n = 1.268$ Auszubildende von 316 Pflegeschulen in 15 Bundesländern. 46 Personen machten keine Angaben zu ihrem Geburtsland, so-

dass die für diese Analyse betrachtete Stichprobe $n = 1.222$ Auszubildende bzw. 2,3 % der bundesweiten Zielpopulation umfasst. 14,5 % ($n = 177$ Personen) waren nicht in Deutschland geboren, ein deutlich höherer Anteil in der Zielpopulation ist anzunehmen, da sich für diese Personengruppe geringere Befragungsteilnahmen zeigen (vgl. Müller & Castiglioni 2015). Die höchsten Anteile an A_D fanden sich in Bayern (29 %), Baden-Württemberg (22 %) und Berlin (26 %). Die Gruppe der A_M setzt sich zu einem Drittel (A_{EU}: $n = 59$) aus Personen mit Herkunft aus der EU und zu zwei Dritteln ($A_{Nicht\text{-}EU}$: $n = 118$) aus Personen mit Herkunft aus Nicht-EU-Ländern zusammen. Insgesamt wurden neben Deutschland 67 Herkunftsländer angegeben, davon 15 EU- und 52 Nicht-EU-Länder. Am häufigsten genannt waren Polen ($n = 27$), Russland ($n = 13$) und Rumänien ($n = 10$).

3.2 Sozioökonomische und soziodemografische Faktoren

Die Mehrheit der A_D besitzt die deutsche Staatsbürgerschaft (94,7 %), während 5,3 % noch eine weitere Staatsbürgerschaft besitzen (Tab. 1). Jeweils etwa ein Drittel der A_M besitzt die deutsche Staatsbürgerschaft (A_{EU}: 27,1 %; $A_{Nicht\text{-}EU}$: 28,0 %). A_{EU} leben im Durchschnitt seit 13,0 Jahren in Deutschland ($SD = 10,6$), $A_{Nicht\text{-}EU}$ seit 8,8 Jahren ($SD = 9,0$).

In der Stichprobe sind die A_{EU} um durchschnittlich 7,3 Jahre und $A_{Nicht\text{-}EU}$ um 6,2 Jahre älter als A_D ($F(2,840) = 31,135$; $p < .001$; $R^2 = .069$). Der Anteil der weiblichen Auszubildenden beträgt bei A_D 82,9 % und bei A_{EU} 89,8 %, bei $A_{Nicht\text{-}EU}$ hingegen lediglich 68,4 %.

Etwa vier von zehn A_M hatten ihren allgemeinbildenden Schulabschluss nicht in Deutschland erworben ($A_{EU} = 37,3$ %; $A_{Nicht\text{-}EU} = 43,6$ %). Jeweils rund ein Viertel verfügte über eine abgeschlossene Berufsausbildung. Die Angaben zu den zuvor absolvierten Ausbildungsberufen variieren stark. Nach Kategorisierung in pflegenahe (z. B. Altenpflegehilfe, Pflegeassistenz) und pflegeferne Berufe (z. B. Gastronomie, Einzelhandel) hatte etwa *jede fünfte* Person eine pflegenahe Ausbildung absolviert, wobei sich die Anteile je nach Migrationsstatus nur geringfügig unterscheiden ($A_D = 20,3$ %; $A_{EU} = 22,0$ %; $A_{Nicht\text{-}EU} = 17,9$ %).

Eine *Erwerbstätigkeit neben der Ausbildung* gaben 12,4 % der A_D und 15,2 % der A_{EU} an ($p =$ n. s.), während die $A_{Nicht\text{-}EU}$ mit 22,0 % eine signifikant höhere Nebenerwerbsquote aufwiesen ($p < .001$). Nur 2,9 % der angegebenen Nebentätigkeiten sind als pflegenah einzustufen (z. B. Krankenpflegehilfe, Sanitätsdienst). Während sich der zeitliche Umfang der Wochenarbeitszeit nicht signifikant unterscheidet, ist eine Tendenz zu einem höheren Beschäftigungsumfang bei $A_{Nicht\text{-}EU}$ zu beobachten. Die Angaben reichen bis über 20 Stunden/Woche zusätzlich zur Pflegeausbildung.

Tabelle 1: Soziodemografische Daten

	n	A_D	A_{EU}	$A_{Nicht\text{-}EU}$
Stichprobe	1.222	1045 (85,5 %)	59 (4,8 %)	118 (9,7 %)
Geschlecht	1.213	82,9 % f	89,8 % f	68,4 % f
Alter in Jahren	843	M = 23,8, SD = 8,1 6,0 % < 18 Jahre, 63,1 % 18–22 Jahre, 10,7 % 23–26 Jahre, 4,6 % 27–30 Jahre, 15,8 % > 30 Jahre	M = 31,3, SD = 10,8 0 % < 18 Jahre, 35,9 % 18–22 Jahre, 10,3 % 23–26 Jahre, 7,7 % 27–30 Jahre, 46,2 % > 30 Jahre	M = 30,1, SD = 8,5 0 % < 18 Jahre, 31,9 % 18–22 Jahre, 6,9 % 23–26 Jahre, 18,1 % 27–30 Jahre, 43,1 % > 30 Jahre
In Deutschland seit (Jahre)	211	–	M = 13,0, SD = 10,6	M = 8,8, SD = 9,1
Herkunftsland	1.222	–	15 Länder, häufigste: Polen (n = 27), Rumänien (n = 10), Kroatien (n = 4)	52 Länder, häufigste: Russland (n = 13), Syrien (n = 8), Vietnam (n = 7)
Deutsche Staatsangehörigkeit	1078 (88,4 %)	1029 (98,5 %)	16 (27,1 %)	33 (28,0 %)
Einfache Staatsangehörigkeit	1.154 (94,4 %)	1004 (96,1 %)	49 (83,1 %)	101 (85,6 %)
Doppelte Staatsangehörigkeit	65 (5,3 %)	38 (3,6 %)	10 (16,9 %)	17 (14,4 %)
Staatenlos	1	1	-	-
3 Staatsangehörigkeiten	1	1	-	-
Schulabschluss	1.219	7,2 % Hauptschule, 47,1 % Realschule, 12,1 % Fachhochschulreife, 33,5 % Abitur, 0,2 % Abschluss im Ausland	6,8 % Hauptschule, 27,1 % Realschule, 8,5 % Fachhochschulreife, 20,3 % Abitur, 37,3 % Abschluss im Ausland	10,3 % Hauptschule, 26,5 % Realschule, 6,8 % Fachhochschulreife, 12,8 % Abitur, 43,6 % Abschluss im Ausland
Vorherige Ausbildung	1.211	34,4 % (24,3 % abgeschlossen, 10,0 % nicht abgeschlossen)	33,9 % (23,7 % abgeschlossen, 10,2 % nicht abgeschlossen)	25,9 % (23,3 % abgeschlossen, 2,6 % nicht abgeschlossen)
Fachrichtung vorherige Ausbildung (kategorisiert)	402	20,3 % pflegenah (z. B. Pflegeassistenz), 31,5 % pflegefern (z. B. Koch/Köchin)	22,0 % pflegenah (z. B. Pflegeassistenz), 22,0 % pflegefern (z. B. Koch/Köchin)	17,8 % pflegenah (z. B. Pflegeassistenz), 13,3 % pflegefern (z. B. Koch/Köchin)
Vorheriges Studium	1.209	12,1 % gesamt 3,2 % abgeschlossen, 8,9 % nicht abgeschlossen	19,0 % (12,1 % abgeschlossen, 6,9 % nicht abgeschlossen)	27,4 % (16,2 % abgeschlossen, 11,1 % nicht abgeschlossen)

(Fortsetzung Tabelle 1)

	n	A_D	A_{EU}	$A_{Nicht\text{-}EU}$
Fachrichtung vorheriges Studium (kategorisiert)	160	1,0 % pflegenah (z. B. Pflege dual), 12,1 % pflegefern (z. B. Lehramt)	0,0 % pflegenah (z. B. Pflege dual), 20,4 % pflegefern (z. B. Lehramt)	1,1 % pflegenah (z. B. Pflege dual), 31,5 % pflegefern (z. B. Lehramt)
Nebentätigkeit	1.222	Ja: 12,4 %	Ja: 15,2 %	Ja: 22,0 %
Umfang Nebentätigkeit (Std./Woche)	147	$M = 8{,}2$ ($SD = 7{,}2$)	$M = 8{,}5$ ($SD = 6{,}2$)	$M = 11{,}3$ ($SD = 10{,}3$)

Note. M – mean, SD – standard deviation. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

Supplementary Tabelle 1: Übersicht der Messinstrumente

Konstrukt	Beispielitem	Skalierung	Quelle
Soziodemografische Angaben			
• Alter		1 Item, Geburtsjahr	eigene Items
• Geschlecht		3 Items; männlich, weiblich, divers, Ausweichoption „Möchte ich nicht angeben“	eigene Items
• Migrationshintergrund		3 Items, Staatsangehörigkeit, Geburtsland, Jahr des Zuzugs nach Deutschland	eigene Items
Berufswahlmotive und berufliche Perspektiven			
• Motiv für die Ausbildungsentscheidung	z. B. Wunschberuf	5 Items; single-choice	Reiber & Winter 2018, eigene Items
Struktur und Organisation der Ausbildung			
• Einschätzung zum Orientierungseinsatz	z. B. Gefühl der Sicherheit beim Orientierungseinsatz	2 Items von 1 = „sehr stark“ bis 6 = „gar nicht“	eigene Items
• Unterstützungsangebote	z. B. psychologische Beratung	6 Items (1x Freitext); multiple-response; Ausweichoption: „Keine Angebote“	eigene Items
Lernbedingungen in der Praxis	z. B. Integration im Praxisteam	11 Items, Doppelskala (a) Bedeutung (1 = „sehr wichtig“ bis 6 = „gar nicht wichtig“), (b) wahrgenommene Realisierung der Bedingungen (1 = „sehr stark“ bis 6 = „gar nicht“)	Ebbinghaus & Krewerth 2010, eigene Items
Gesamteindruck & Resümee			
• Gesamtbewertung	Ausbildung gesamt, Praxislernen, Lernen an der Pflegeschule	3 Items, Schulnotenskala von 1 =„sehr gut“ bis 6 =„ungenügend“	eigene Items
• Wiederwahl	Ausbildungsberuf, Ausbildungsbetrieb	2 Items, dichotom (ja/nein)	eigene Items
Erwägung Ausbildungsabbruch	Häufigkeit in den vergangenen 3 Monaten	1 Item, Likert-Skalierung von 1 = „sehr häufig“ bis 6 = „nie“	eigene Items

3.3 Ausbildungswahl und -ausrichtung

Motivation Ausbildungswahlentscheidung | Bei allen Gruppen überwog die Einschätzung, die Pflege sei ein Wunschberuf oder ein interessanter Beruf unter anderen Alternativen gewesen (Tab. 2). Während nahezu neun von zehn A_{EU} diese Antwortmöglichkeiten angaben, sind es bei A_D und $A_{Nicht\text{-}EU}$ nur drei Viertel der Befragten ($X^2(8) = 19{,}169$; $p = .014$).

Vereinbarter Vertiefungseinsatz | Hinsichtlich der vereinbarten Vertiefungseinsätze zeigten sich zwischen allen drei Gruppen gruppenspezifische Häufungen ($F(2{,}1182) = 10{,}278$; $p < .001$). Unterschiede zeigten sich insbesondere beim erhöhten Anteil A_M beider Gruppen in der stationären Langzeitpflege ($A_D = 23{,}2\,\%$; $A_{EU} = 43{,}1\,\%$; $A_{Nicht\text{-}EU} = 41{,}0\,\%$) und in der ambulanten Pflege mit Schwerpunkt Altenpflege ($A_D = 5{,}0\,\%$; $A_{EU} = 10{,}3\,\%$; $A_{Nicht\text{-}EU} = 6{,}0\,\%$).

Tabelle 2: Motivation Ausbildungswahlentscheidung, vereinbarte Vertiefungseinsätze und Gesamtresümee

Motivation Ausbildungswahlentscheidung (n = 1218)				Vereinbarte Vertiefungseinsätze (n = 1185)			
	A_D	A_{EU}	$A_{Nicht\text{-}EU}$		A_D	A_{EU}	$A_{Nicht\text{-}EU}$
Wunschberuf	51,8 %	66,1 %	41,0 %	Stationäre Akutpflege	54,8 %	43,1 %	40,2 %
interessanter Beruf unter mehreren, die infrage kamen	25,1 %	23,7 %	35,9 %	Pädiatrische Versorgung	10,4 %	1,7 %	4,3 %
Alternative, an die ursprünglich nicht gedacht wurde	17,5 %	8,5 %	16,2 %	Psychiatrische Versorgung	3,1 %	1,7 %	2,6 %
Notlösung, weil kein anderer Ausbildungsplatz	1,1 %	1,7 %	3,4 %	Stationäre Langzeitpflege	23,2 %	43,1 %	41,0 %
noch nicht klar, was sie/er werden wollte/sollte	4,4 %	–	3,4 %	Ambulante Akut-/Langzeitpflege (alte Menschen)	5,0 %	10,3 %	6,0 %
				Ambulante Akut-/Langzeitpflege (allgemein)	3,7 %	0,0 %	6,0 %

Gesamtresümee											
	A_D			A_{EU}			$A_{Nicht\text{-}EU}$			ANOVA	
	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD	F(df), p	between
Beruf noch mal	1.040	1,8	0,4	58	1,8	0,4	117	1,7	0,4	1,57(2,1212)	n. s.
Betrieb noch mal	1.038	1,7	0,4	58	1,8	0,4	117	1,6	0,5	4,24(2,1210)*	NEU < D, EU
Abbrucherwägung	899	4,5	1,6	50	4,2	1,8	100	4,5	1,7	0,80(2,1046)	n. s.
Note Pflegeschule	1.034	2,4	1,1	58	1,9	1,1	116	2,3	1	5,13(2,1205)**	EU > D
Note Praxis	1.034	2,3	1	58	2,4	1,2	116	2,5	1,1	1,32(2,1205)	n. s.
Note Insgesamt	1.034	2,5	1	58	2,4	1,2	116	2,3	1	0,95(2,1205)	n. s.

Note. A_D – Geburt in Deutschland, A_{EU} – Geburt in EU-Land, $A_{Nicht\text{-}EU}$ – Geburt in Nicht-EU-Staat, *M* – mean, *SD* – standard deviation. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.



3.4 Abbrucherwägung und Wiederwahlwahrscheinlichkeit

Insgesamt ein Viertel der Auszubildenden (24,6 %) hatte in den zurückliegenden drei Monaten eher häufig bis sehr häufig über einen Abbruch der Ausbildung nachgedacht. Alle Gruppen würden sich zum gegenwärtigen Zeitpunkt mehrheitlich wieder für den Pflegeberuf entscheiden ($A_D = 81{,}2\,\%$; $A_{EU} = 79{,}3\,\%$; $A_{Nicht\text{-}EU} = 74{,}4\,\%$; n. s.). Für ihren Ausbildungsbetrieb würden sich A_D und A_{EU} eher erneut entscheiden als $A_{Nicht\text{-}EU}$ ($A_D = 72{,}9\,\%$; $A_{EU} = 79{,}3\,\%$; $A_{Nicht\text{-}EU} = 61{,}5\,\%$; $p < .05$).

3.5 Gesamtbewertung der Pflegeausbildung

Die Befragten bewerteten Praxiseinsätze, Pflegeschule und die Ausbildung auf einer Schulnotenskala. Die Bewertung der Praxiseinsätze lag bei allen Gruppen im guten bis befriedigenden Bereich ($A_D = 2{,}3$; $A_{EU} = 2{,}4$; $A_{Nicht\text{-}EU} = 2{,}5$; n. s.). 5,8 % der A_D gaben den Praxiseinsätzen mangelhafte oder ungenügende Bewertungen, während es bei A_M weniger waren ($A_{EU} = 3{,}4\,\%$; $A_{Nicht\text{-}EU} = 2{,}6\,\%$). Signifikante Unterschiede zeigten sich bei der Bewertung der Pflegeschulen, wobei A_{EU} diese besser bewerteten als A_D und $A_{Nicht\text{-}EU}$ ($A_D = 2{,}4$; $A_{EU} = 1{,}9$; $A_{Nicht\text{-}EU} = 2{,}3$; $p < .01$). Gleichzeitig war der Anteil der A_{EU}, die die Pflegeschulen als sehr gut oder gut bewerteten, mit 74,6 % höher als bei A_D und $A_{Nicht\text{-}EU}$ ($A_D = 61{,}6\,\%$; $A_{Nicht\text{-}EU} = 62{,}4\,\%$). Die Gesamtbewertung der Ausbildung fiel ebenfalls gut bis befriedigend aus ($A_D = 2{,}5$; $A_{EU} = 2{,}4$; $A_{Nicht\text{-}EU} = 2{,}3$). Dabei vergaben 4,4 % der A_D mangelhafte oder ungenügende Bewertungen, während es bei A_{EU} 5,2 %, bei $A_{Nicht\text{-}EU}$ nur 2,6 % waren.

4 Diskussion

Die Analyse zeigt individuelle und strukturelle Unterschiede zwischen zugewanderten und in Deutschland geborenen Auszubildenden in der generalistischen Pflegeausbildung auf. Die Ergebnisse bestätigen frühere Befunde aus bislang überwiegend qualita-

tiv angelegten Untersuchungen und weisen dabei insbesondere auf Unterschiede zwischen zugewanderten Auszubildenden aus EU-Ländern und Nicht-EU-Staaten hin (vgl. Mitchell u. a. 2017; Merry u. a. 2021; Smith u. a. 2022).

4.1 Sozioökonomische und soziodemografische Faktoren

Die Heterogenität der Stichprobe spiegelt die Sozialstruktur in Deutschland wider. Unter den EU-Herkunftsländern stellen die osteuropäischen den größten Anteil, bei den Nicht-EU-Ländern zeigt sich eine breite Streuung. Nicht in Deutschland geborene Auszubildende sind tendenziell älter, was sich möglicherweise auf ihre Art zu lernen auswirkt. Vor allem aber bedeutet es Einschränkungen durch umfangreichere Versorgungs- und Betreuungsverpflichtungen. Diese Herausforderungen und ihre potenzielle Problematik spiegeln sichin deutlich höheren Nebenerwerbsquoten von Auszubildenden aus Nicht-EU-Ländern wider: Da die Nebenerwerbstätigkeiten überwiegend in Bereichen ohne inhaltlichen Bezug zur Pflege ausgeübt werden, geht diese Zeit für das Lernen verloren, es können kaum Synergien für den Aufbau pflegeberuflicher Kompetenzen gebildet werden. Die Angabe von Nebentätigkeiten im Umfang von teilweise über 20 Stunden/Woche verdeutlicht die hohe Beanspruchung von Zeit und Ressourcen. Ursachen für die erhöhte Nebentätigkeit können finanzielle Mehrbedarfe für die Versorgung von Kindern oder familiäre Pflegeverpflichtungen sein, die durch die Ausbildungsvergütung und Transferleistungen (Kindergeld etc.) möglicherweise nicht ausreichend gedeckt werden können. Abgeleitet kann die Ausbildungssituation insbesondere für Auszubildende mit eigenen Kindern durch die Schaffung von Kinder-/Familienzuschlägen zur Ausbildungsvergütung deutlich verbessert werden. Das betrifft nicht nur Auszubildende mit Migrationserfahrung, diese aufgrund der soziodemografischen Gegebenheiten aber vor allem. Die Situation ist insbesondere für zugewanderte Auszubildende aus Nicht-EU-Ländern angespannt, was weitere Fragen anschließt. Zum einen, ob diese Gruppe einen ausreichenden Zugang zu Transferleistungen hat. Dieser kann aus formalen Gründen verwehrt sein (fehlende Berechtigung aufgrund des Migrationsstatus) oder aus strukturellen und soziokulturellen Gründen nicht in Anspruch genommen werden (Unkenntnis, Scham). Zum anderen, inwieweit der erhöhte finanzielle Versorgungsbedarf aus Versorgungsverpflichtungen außerhalb der Kernfamilie resultiert, z. B. durch Transfers an verbliebene Angehörige im Herkunftsland.

4.2 Ausbildungswahl und -ausrichtung

In Deutschland geborene Auszubildende sind im Schnitt jünger, beginnen ihre Ausbildung im Anschluss an die Schule und können alle in Deutschland verfügbaren Wahlmöglichkeiten in Betracht ziehen. Auszubildende aus Nicht-EU-Ländern verfügen dagegen häufig bereits über einen Berufsabschluss, der in Deutschland jedoch oft nicht anerkannt wird. Der Zugang zum Arbeitsmarkt in Deutschland ist für sie auch aus anderen Gründen begrenzt. Die Entscheidung für den Pflegeberuf könnte daher eher aus pragmatischen Gründen als aus intrinsischem Interesse erfolgen. Dies kann Auswirkungen auf die Bildung der beruflichen Identität und den Verbleib in der Pflege

haben – muss es aber nicht, wenn die Auszubildenden bei ihren migrationsbedingten Herausforderungen gezielt unterstützt werden. Der Befund, dass A_M besonders häufig in der stationären Langzeitpflege und der ambulanten Pflege mit Schwerpunkt Altenpflege Vertiefungseinsätze vereinbarten, kann auf Rollenbilder in der Pflege hinweisen, die im Herkunftsland geprägt wurden. Gleichermaßen können aber auch z. B. Gruppeneffekte hin zu Einsatzbereichen, in denen bereits erhöhte Anteile an Pflegefachkräften, eventuell aus kulturell ähnlichen Herkunftsländern, erwartet werden, möglich sein.

4.3 Gesamtbewertung der Pflegeausbildung, Abbrucherwägung

Die recht hohe Wiederwahlwahrscheinlichkeit für den Pflegeberuf aller betrachteter Gruppen spricht für ein breites Commitment, auch wenn sich diese in Folgebefragungen noch bewähren muss. Die deutlich stärkere Wiederwahlwahrscheinlichkeit für den gleichen Ausbildungsbetrieb bei den Auszubildenden aus dem EU-Ausland sticht dabei heraus.

Bei der Abbruchüberlegung zeigen sich keine migrationsbedingten Unterschiede, dies ist insofern positiv, als dass die erhöhten Herausforderungen einer Pflegeausbildung für zugewanderte Auszubildende offenbar nicht zu vermehrten Abbruchüberlegungen führen. Eine allgemein erhöhte Neigung zur Abbrucherwägung bestätigt frühere Befunde (vgl. Garcia González & Peters 2021).

Die Gesamtbewertung der Ausbildung unterscheidet sich nur geringfügig, auffällig ist die bessere Bewertung der Pflegeschulen durch Auszubildende aus dem EU-Ausland.

Insgesamt stellt sich die Umsetzung der generalistischen Pflegeausbildung auch mit Fokus auf zugewanderte Auszubildende ähnlich dar wie in der Gesamtbetrachtung von Olden u. a. (vgl. 2023). Auszubildende aus EU-Ländern betrachten die Pflege besonders häufig als Wunschberuf und erleben die Pflegeausbildung als weitgehend positiv. Auszubildende aus Nicht-EU-Ländern stehen dagegen vor deutlich größeren Herausforderungen. U. a. infolge von Betreuungs- und Pflegeverpflichtungen im familiären Kontext gehen sie verstärkt Nebenerwerbstätigkeiten nach, die ihre verfügbare Lernzeit einschränken. Angesichts knapper Ressourcen ist es diese Gruppe, bei der Unterstützungsangebote am dringlichsten ansetzen sollten.

4.4 Limitationen

Die Studie greift auf eine vergleichsweise große Stichprobe der Erstkohorte in der neuen Pflegeausbildung zurück. Komplementär zu anderen Forschungsarbeiten kann sie die Erfahrungen zugewanderter Auszubildender in einer umfangreichen quantitativen Datensammlung zusammenführen. Gleichwohl sind einige Einschränkungen zu benennen.

Es ist nicht auszuschließen, dass trotz aller Sorgfalt die Befragungsform für einige Auszubildende eine zu hohe Hürde darstellte. Daher sind Verzerrungen z. B. in Richtung sprachlich eher versierter zugewanderter Teilnehmender möglich. Somit ist die tatsächliche migrationsbezogene Heterogenität unter den Auszubildenden vermutlich noch höher als in den vorliegenden Daten abgebildet.

Einschränkungen ergeben sich zudem aus der begrenzten Verfügbarkeit migrationsspezifischer Variablen im Rahmen der 1. Befragungswelle der Kohortenstudie. Verzerrungen, die aus variierenden migrationsbiografischen Merkmalen resultieren, können daher nicht ausgeschlossen werden. Ebenso können die sehr unterschiedlichen Vorbedingungen in den 67 Herkunftsländern Einfluss nehmen.

Die Ergebnisse könnten durch den höheren Anteil männlicher Auszubildender in der Nicht-EU-Gruppe beeinflusst sein. Forschungsergebnisse zeigen geschlechtsspezifische Unterschiede zugunsten männlicher Pflegefachkräfte, etwa bessere Einbindung in emotionale Bewältigungssituationen, höhere Arbeitszufriedenheit und prospektiv berufliche Karriereentwicklung (vgl. Cottingham u. a. 2015).

Nicht zuletzt haben sich die COVID-19-Pandemie und damit zusammenhängende Personalengpässe und Belastungen auf das Erleben der Auszubildenden wie auch auf die Gesamtsituation ausgewirkt.

5 Fazit

Die Förderung zugewanderter Auszubildender ist wichtig, um dem Personalmangel in der Pflege entgegenzuwirken und um berufliche Räume für Inklusion und Teilhabe in einer Einwanderungsgesellschaft zu schaffen. Aus den Dimensionen einer Migrationsbiografie leiten sich zahlreiche Herausforderungen und Chancen ab, die bei der Gestaltung der Ausbildungsbedingungen und von Unterstützungsangeboten berücksichtigt werden sollten. Auf Grundlage der BENP-Daten konnten hierzu bisherige Ergebnisse aus zumeist qualitativ angelegten Untersuchungen bestätigt und systematisiert werden.

Die Herausforderungen für zugewanderte Auszubildende in der Pflegeausbildung steigen mit dem Alter bei Zuwanderung und zu Ausbildungsbeginn, bislang kurzer Aufenthaltsdauer in Deutschland und dem Grad der sprachlichen, kulturellen und strukturellen Unterschiede zwischen Deutschland und dem Herkunftsland. Die größten Herausforderungen bestehen für Auszubildende aus Nicht-EU-Ländern. In Anbetracht begrenzter Ressourcen sollten Unterstützungsangebote vorrangig bei dieser Gruppe ansetzen. Weitere Unterstützung kann durch die Schaffung von Kinder-/Familienzuschlägen zur Ausbildungsvergütung und die bevorzugte Vergabe von KiTa- und Hortplätzen für Pflegeauszubildende erfolgen. Beeinträchtigungen der Lernzeit durch Betreuungs- und Nebenerwerbstätigkeiten könnten so reduziert werden. Die sekundäranalytische Datenbasis stellt den Umfang der Heterogenität unter den Auszubildenden auf eine quantitative Datenbasis, die weitere Beforschung auch im Hinblick auf Bedarfe der Sprachförderung, sozialer und kultureller Kommunikationsfähigkeiten und der Integration in der Praxis ermöglicht. Das tatsächliche Erleben innerhalb der Ausbildung sollte auch mit Blick auf die Migrationsthematik untersucht werden, um weitere Unterstützungs- und Anpassungswege zum Ausbildungserfolg zu identifizieren.

Literatur

Alexis, O. & Shillingford, A. (2012). Exploring the perceptions and work experiences of internationally recruited neonatal nurses: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 21(9–10), S. 1435–1442. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03922.x.

Allemann-Ghionda, C. (2006). Klasse, Gender oder Ethnie? Zum Bildungserfolg von Schüler/innen mit Migrationshintergrund. Von der Defizitperspektive zur Ressourcenorientierung. *Zeitschrift für Pädagogik*, 52(3), S. 350–362. https://doi.org/10.25656/01:4462.

Anagonostaki, L., Pavlopoulos, V., Obradovic, J., Masten, A. & Motti-Stefanidi, F. (2016). Academic Resilience of Immigrant Youth in Greek Schools: Personal and Family Resources. *European Journal of Developmental Psychology*, 13(3), S. 377–393.

Apolinarski, B. & Gwosć, C. (2020). Studienfinanzierung und studienbegleitende Erwerbstätigkeit als Determinanten des studentischen Workloads: Negative Effekte der Selbstfinanzierung? In D. Großmann, C. Engel, J. Junkermann & T. Wolbring (Hg.), *Studentischer Workload: Definition, Messung und Einflüsse*, S. 119–143. Wiesbaden: Springer Fachmedien. https://doi.org/10.1007/978-3-658-28931-7_5.

Archambault, I., Janosz, M., Dupéré, V., Brault, M. C. & Andrew, M. M. (2017). Individual, social, and family factors associated with high school dropout among low-SES youth: Differential effects as a function of immigrant status. *British Journal of Educational Psychology*, 87(3), S. 456–477. https://doi.org/10.1111/bjep.12159.

Blythe, J., Baumann, A., Rhéaume, A. & McIntosh, K. (2009). Nurse migration to Canada: Pathways and pitfalls of workforce integration. *Journal of Transcultural Nursing*, 20(2), S. 202–210. https://doi.org/10.1177/1043659608330349.

BMWK – Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz (2021). *Auszubildende aus Drittstaaten für die Pflege: Ein Leitfaden für Pflegeinrichtungen*. Verfügbar unter https://www.bundesregierung.de/breg-de/suche/auszubildende-aus-drittstaaten-fuer-die-pflege-1730534 (Zugriff am: 14.10.2023).

Cottingham, M. D., Erickson, R. J. & Diefendorff, J. M. (2015). Examining men's status shield and status bonus: How gender frames the emotional labor and job satisfaction of nurses. *Sex Roles*, 72(7–8), S. 377–389. https://doi.org/10.1007/s11199-014-0419-z.

DESTATIS – Statistisches Bundesamt (2021). *Statistik nach der Pflegeberufe-Ausbildungsfinanzierungsverordnung – 2020*. Verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bildung-Forschung-Kultur/Berufliche-Bildung/Publikationen/Downloads-Berufliche-Bildung/pflegeberufe-ausbildungsfinanzierung-vo-5212401207005.html (Zugriff am: 14.10.2023).

DESTATIS – Statistisches Bundesamt (2009). *Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Ergebnisse des Mikrozensus 2005*. Wiesbaden. Verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/Publikationen/Downloads-Migration/migrationshintergrund-2010220187004.pdf?__blob=publicationFile (Zugriff am: 14.10.2023).

Dunkake, I. & Schuchart, C. (2015). Stereotypes and teacher characteristics as an explanation for the class-specific disciplinary practices of pre-service teachers. *Teaching and Teacher Education*, 50, S. 56–69. https://doi.org/10.1016/j.tate.2015.04.005.

Garcia González, D. & Peters, M. (2021). *Ausbildungs- und Studienabbrüche in der Pflege – ein integratives Review.* Bonn: Bundesinstitut für Berufsbildung. Verfügbar unter https://www.bibb.de/dienst/veroeffentlichungen/de/publication/show/17573 (Zugriff am: 14.10.2023).

Glock, S., Krolak-Schwerdt, S. & Hörstermann, T. (2016). The higher the SES the better? Implicit and explicit attitudes influence preservice teachers' judgments of students. In C. Fields (Hg.), *Stereotypes and stereotyping. Misperceptions, perspectives and role of social media* (Social justice, equality and empowerment), S. 1–20. Hauppauge, New York: Nova Science Publishers, Inc.

Großmann, D., Olden, D., Dorin, L., Meng, M., Peters, M. & Reuschenbach, B. (2023). Primärqualifizierende Pflegestudiengänge aus Sicht Studierender: Ergebnisse der Ersterhebung einer bundesweiten Längsschnittstudie. *Pflege*, 36(4), S. 209–219. https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000886.

Großmann, D. & Engel, C. (2020). Determinanten des studentischen Workloads. Eine Übersicht und Modellskizze. In D. Großmann, C. Engel, J. Junkermann & T. Wolbring (Hg.), *Studentischer Workload: Definition, Messung und Einflüsse*, S. 31–62. Wiesbaden: Springer Fachmedien. https://doi.org/10.1007/978-3-658-28931-7_2.

Habermann, M. & Stagge, M. (2015). Menschen mit Migrationshintergrund in der professionellen Pflege. In P. Zängl (Hg.), *Zukunft der Pflege*, S. 159–175. Wiesbaden: Springer Fachmedien. https://doi.org/10.1007/978-3-658-08137-9_14.

IBM Corp. (2019). *IBM SPSS Statistics for Windows (Version 26.0)*. Armonk, NY. Verfügbar unter https://www.ibm.com/de-de/analytics/spss-statistics-software (Zugriff am: 14.10.2023).

Kalinowski, M. & Maier, T. (2022). *Verschenktes Fachkräftepotenzial: Die Abbruchquoten in den Ausbildungsstätten müssen verringert werden*. Version 1.0, Bonn: Bundesinstitut für Berufsbildung. Verfügbar unter https://res.bibb.de/vet-repository_780942 (Zugriff am: 14.10.2023).

Kawi, J. & Xu, Y. (2009). Facilitators and barriers to adjustment of international nurses: an integrative review. *International nursing review*, 56, S. 174–183. https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2008.00705.x.

Kordes, J., Pütz, R. & Rand, S. (2020). Analyzing migration management: On the recruitment of nurses to Germany. *Social Sciences*, 9(2), S. 19. https://doi.org/10.3390/socsci9020019.

Kumpf, L., Schinnenburg, H. & Büscher, A. (2016). Erfahrungen ausländischer Pflegekräfte in Deutschland – Implikationen für Pflegepraxis und Personalentwicklung. *Pflegewissenschaft*, 18(11/12), S. 608–614.

Kuzemski, D., Thirlwall, A., Brunton, M. & Brownie, S. (2022). I speak a little Arabic: Nursing communication in a cross-cultural context. *Journal of Clinical Nursing*, 31(1–2), S. 145–157. https://doi.org/10.1111/jocn.15891.

Lauxen, O., Larsen, C. & Slotala, L. (2019). Pflegefachkräfte aus dem Ausland und ihr Beitrag zur Fachkräftesicherung in Deutschland. Das Fallbeispiel Hessen. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 62(6), S. 792–797. https://doi.org/10.1007/s00103-019-02956-4.

Marcinowicz, L., Andersson, E. K., Bohman, D. M., Hjelm, M., Skarbalienė, A., Shpakou, A. u. a. (2019). Nursing students' perception of the professional nurse's role in four European countries. *International Nursing Review*, 66(2), S. 250–258. https://doi.org/10.1111/inr.12494.

Merry, L., Vissandjée, B. & Verville-Provencher, K. (2021). Challenges, coping responses and supportive interventions for international and migrant students in academic nursing programs in major host countries: A scoping review with a gender lens. *BMC nursing*, 20(1),S. 174. https://doi.org/10.1186/s12912-021-00678-0.

Mitchell, C., Del Fabbro, L. & Shaw, J. (2017). The acculturation, language and learning experiences of international nursing students: implications for nursing education. *Nurse Education Today*, 56, S. 16–22. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.05.019.

Müller, B. & Castiglioni, L. (2015). Attrition im Beziehungs- und Familienpanel pairfam. In J. Schupp & C. Wolf (Hg.), *Nonresponse Bias: Qualitätssicherung sozialwissenschaftlicher Umfragen [Nonresponse bias: quality assurance of social science surveys]*, S. 383–408. Wiesbaden: Springer Fachmedien. https://doi.org/10.1007/978-3-658-10459-7_12.

Nichols, J. & Campbell, J. (2010). Experiences of overseas nurses recruited to the NHS. *Nursing management*, 17(5), S. 30–35. https://doi.org/10.7748/nm2010.09.17.5.30.c7963.

Olden, D, Großmann, D. & Reuschenbach, B. (2023). Die generalistische Pflegeausbildung in Deutschland aus Sicht Auszubildender: Ergebnisse einer bundesweiten Onlinebefragung. *Pflege*, 36(5). https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000930.

Rand, S. & Larsen, C. (2019). *Herausforderungen und Gestaltung betrieblicher Integration von Pflegefachkräften aus dem Ausland: Einblicke aus der Krankenhauspraxis*. Working Paper Forschungsförderung, No. 114. Verfügbar unter https://www.econstor.eu/handle/10419/216038 (Zugriff am: 14.10.2023).

Reiss, K., Weis, M., Klieme, E. & Köller, O. (2019). *PISA 2018. Grundbildung im allgemeinen Vergleich*. Münster & New York: Waxmann. https://doi.org/10.31244/9783830991007.

Schilgen, B., Handtke, O., Nienhaus, A. & Mösko, M. (2019). Work-related barriers and resources of migrant and autochthonous homecare nurses in Germany: A qualitative comparative study. *Applied Nursing Research*, 46, S. 57–66. https://doi.org/10.1016/j.apnr.2019.02.008.

Schneeweis, N. (2011). Educational institutions and the integration of migrants. *Journal of Population Economics*, 24(4), S. 1281–1308. https://doi.org/10.1007/s00148-009-0271-6.

Sedgwick, C. & Garner, M. (2017). How appropriate are the English language test requirements for non-UK-trained nurses? A qualitative study of spoken communication in UK hospitals. *International Journal of Nursing Studies*, 71, S. 50–59. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.03.002.

Silveira, F., Dufur, M. J., Jarvis, J. A. & Rowley, K. J. (2019). The influence of foreign-born population on immigrant and native-born students' academic achievement. *Socius: Sociological Research for a Dynamic World*, 5, S. 1–19. https://doi.org/10.1177/2378023119845252.

Smith, J. B., Herinek, D., Woodward-Kron, R. & Ewers, M. (2022). Nurse Migration in Australia, Germany, and the UK: A Rapid Evidence Assessment of Empirical Research Involving Migrant Nurses. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 23(3). S. 175–194. https://doi.org/10.1177/15271544221102964.

Smith, J. B., Herinek, D., Woodward-Kron, R. & Ewers, M. (2022). Nurse Migration in Australia, Germany, and the UK: A Rapid Evidence Assessment of Empirical Research Involving Migrant Nurses. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 23(3). S. 175–194. https://doi.org/10.1177/15271544221102964.

Theobald, H. (2017). Care workers with migration backgrounds in formal care services in Germany: a multi-level intersectional analysis. *International Journal of Care and Caring*, 1(2). S. 209–226. https://doi.org/10.1332/239788217X14944099147786.

Theobald, H. & Leidig, H. A. (2018). *Pflegearbeit in Deutschland, Japan und Schweden: Wie werden Pflegekräfte mit Migrationshintergrund und Männer in die Pflegearbeit einbezogen?* Hans-Böckler-Stiftung, No. 383. Verfügbar unter https://www.boeckler.de/pdf/p_study_hbs_383.pdf (Zugriff am: 14.10.2023).

Van de Pas, R. & Mans, L. (2018). *Global Skills Partnerships & Health Workforce Mobility: Pursuing a race to the bottom*. Ferney-Voltaire: Public Services International. Verfügbar unter https://www.researchgate.net/publication/329781762_Global_Skills_Partnerships_Health_Workforce_Mobility_Pursuing_a_race_to_the_bottom#fullTextFileContent (Zugriff am: 14.10.2023).

Wochnik, M, Tsarouha, E., Krause-Zenß, A., Greißl, K. & Reiber, K. (2022). Lernortkooperation als besondere Herausforderung in den neuen Pflegeausbildungen. In K. Kögler, U. Weyland & H.-H. Kremer (Hg.), *Jahrbuch der berufs- und wirtschaftspädagogischen Forschung 2022*, S. 261–273. Opladen, Berlin & Toronto: Budrich.

Tabellenverzeichnis

Tab. 1 Soziodemografische Daten 326

Tab. 2 Motivation Ausbildungswahlentscheidung, vereinbarte Vertiefungseinsätze und Gesamtresümee 328

Autorin und Autoren



Daria Olden, Interdisziplinäre Lehr-/Lernforschung (Master of Arts), wissenschaftliche Mitarbeiterin im Projekt „Begleitforschung zur Einführung der neuen Pflegeberufe“ an der Katholischen Stiftungshochschule München, Forschungs- und Interessengebiete: Pflegeforschung, formelle und informelle Lehr-/Lernprozesse.
Kontakt: daria.olden@ksh-m.de



Daniel Großmann, Soziologe und Politikwissenschaftler (Magister Artium), Wissenschaftlicher Mitarbeiter im Projekt „Begleitforschung zur Einführung der neuen Pflegeberufe“ an der Katholischen Stiftungshochschule München, Forschungs- und Interessengebiete: soziologische Bildungsforschung, Pflegeforschung, Evaluationsforschung und Forschung über Evaluation.
Kontakt: daniel.grossmann@ksh-m.de



Prof. Dr. **Bernd Reuschenbach**, Leiter der Studiengänge Master Angewandte Versorgungsforschung und Community Health Nursing an der KSH, Forschungsschwerpunkte: Pflegeassessment, gerontologische Versorgungsforschung, Kompetenzdiagnostik.
Kontakt: bernd.reuschenbach@ksh-m.de

Fachkräftesicherung durch sprachbewusste Pflegeausbildung in der Migrationsgesellschaft

Andrea Daase, Micha Fleiner

Abstract

Der Beitrag beschreibt, wie die Fachkräftesicherung in der Pflege durch eine sprachbewusste Pflegeausbildung in der Migrationsgesellschaft unterstützt werden kann – und angesichts des wachsenden Fachkräftebedarfs und einer zunehmenden Heterogenität auch muss. Hierzu wird zunächst ein Blick auf die Pflegeausbildung in der Migrationsgesellschaft geworfen und dann werden theoretische Grundlagen für die Beschreibung sprachlicher Herausforderungen in der Pflegeausbildung sowie Möglichkeiten didaktischer Herangehensweisen dargestellt. Ein Unterrichtsvorschlag auf Basis des Unterrichtsprinzips Scaffolding verdeutlicht, wie sprachliches und fachliches Lernen systematisch und integrativ geplant und durchgeführt werden kann. Der Beitrag endet mit einem Plädoyer für eine einschlägige Aus- und Weiterbildung für Pflegelehrende und einer Vision der Pflege(-ausbildung) in der Migrationsgesellschaft.

Schlagworte: Fachkräftesicherung, Pflegeausbildung, Mehrsprachigkeit, Scaffolding

The article describes how language-aware nursing training in the migration society can support the recruitment of skilled nursing personnel. In view of the growing demand for skilled workers and increasing heterogeneity, this is urgently required. For this purpose, we will first take a look at nursing training in the migration society. In addition, theoretical foundations for the description of linguistic challenges in nursing training and possible didactic approaches are presented. A teaching proposal based on the principle of scaffolding illustrates how language and content learning can be planned and implemented in a systematic and integrative way. The article ends with a plea for relevant training and further education for nursing teachers and a vision of nursing (training) in the migration society.

Keywords: securing skilled personnel, nursing training, multilingualism, scaffolding

1 Einleitung

Spätestens mit den pandemiebedingten Überlastungen in der stationären Pflege ist der Pflegenotstand in Deutschland ein medial prominent behandeltes Thema. Einerseits ist die Rede von einer im Vergleich zu anderen Berufsgruppen relativ hohen Ab-

bruchquote von ca. 25 %[1] bis 30 %[2] in der Pflegeausbildung, die während der Pandemie vor allem durch den digitalen Unterricht sogar noch gestiegen ist (Barth 2021) und ein erhebliches Problem darstellt. Andererseits gibt es bislang „kaum belastbare empirische Erkenntnisse zu den vorzeitigen Vertragslösungen" (García Gonzalez & Peters 2021, S. 27). Aktuell liegen die Hoffnungen auf der Einführung der generalistischen Ausbildung, in der niedrigere Abbruchquoten zu verzeichnen sind, allerdings fehlen hierzu noch belastbare Zahlen. Gleichwohl zeugen Berichte aus der Praxis von erhöhten (sprachlichen) Anforderungen – u. a. bedingt durch eine Zunahme der Prüfungsfrequenz und der Komplexität der Ausbildungsinhalte –, die mitunter „das Risiko für Vertragslösungen in der Probezeit erhöhen" (Becker u. a. 2022, S. 70) können.

Die Ursachen für Ausbildungsabbrüche sind vielfältig, zunehmend werden allerdings sprachliche Barrieren als Grund für Ausbildungsabbrüche in der Probezeit angegeben (vgl. ebd.). Dabei sollte der Blick aber nicht nur auf die Auszubildenden gerichtet werden, sondern auch das System der Pflegeausbildung kritisch reflektiert werden. Trotz bereits vorhandenen umfangreichen Maßnahmen, die Arbeitgebende und Bildungseinrichtungen ergreifen, um Auszubildende mit hohem Förderbedarf zu unterstützen, stellt es nach wie vor keine Ausnahme dar, dass „Lehrlingen bereits in der Probezeit aufgrund nicht ausreichender schulischer Leistungen gekündigt [wird], ohne zuerst fördernde Maßnahmen zu ergreifen" (Barth 2021, o. S.). Dies hat insofern negative, mitunter gravierende Auswirkungen auf die Betroffenen, als aus derartigen Brüchen in der persönlichen Bildungsbiografie nicht selten ein hohes Maß an Demotivation, Desorientierung und – im Falle einer Kopplung der Aufenthaltserlaubnis an die Ausbildung – sogar existenzielle Bedrohung resultiert. Daher ist es umso wichtiger, dass auch das System der Pflegeausbildung selbst entsprechende Voraussetzungen und Rahmenbedingungen schafft, um der gesamten Heterogenität ihrer Auszubildenden und deren Bedarfen adäquat begegnen und von Ausbildungsabbrüchen besonders gefährdete Menschen unterstützen zu können (vgl. Garcia Gonzalez & Peters 2021, S. 26).

Der vorliegende Beitrag fokussiert auf den Aspekt der sprachlichen Heterogenität und setzt sich mit der Frage auseinander, wie die Pflegeausbildung (migrationsbedingte) Mehrsprachigkeit nicht als Abweichung von einer imaginierten monolingualen Normalität und zusätzliche Herausforderung, sondern als gegeben betrachten und damit sprachliche Unterstützung im Fachunterricht integrieren kann. Aufgrund des Umfangs des Beitrages und entsprechend der Ausrichtung des Sammelbandes sowie des Anspruchs nach exemplarischer Veranschaulichung konzentrieren wir uns auf den sprachlichen Ausbau in der dominanten Sprache in der Bildung, dem Deutschen, wohl wissend, dass dies nur *einen* Ausschnitt einer durchgängigen Sprachbildung und damit einen reduktionistischen Blick darstellt. Vor dem Praxisbeispiel wird zunächst in Kürze ein Blick auf die Pflegeausbildung in der Migrationsgesellschaft geworfen und es werden theoretische Grundlagen für sprachliche Herausforderungen in der Pflegeausbildung sowie Möglichkeiten didaktischer Herangehensweisen dargestellt.

1 https://www.bibb.de/de/149487.php (31.10.2023)
2 https://www.pflegenot-deutschland.de/ct/pflegeausbildung-abbruchquote/ (11.03.2023)

Der Beitrag endet mit einem Plädoyer für eine einschlägige Aus- und Weiterbildung für Pflegelehrende und einer Vision der Pflege(-ausbildung) in der Migrationsgesellschaft.

2 Die Pflegeausbildung in der Migrationsgesellschaft

Obwohl Deutschland seit spätestens 2000 (faktisch aber bereits weitaus länger) als offiziell anerkanntes Einwanderungsland gilt und vom Zeitalter der Migration die Rede ist, werden soziale Konstrukte wie Migrant:in oder Migrationshintergrund immer noch als – vor allem in Bildungskontexten – wirkmächtige Differenzkategorien verwendet, mittels derer auf eine Abweichung einer angenommenen Normalität – das Nichtvorhandensein von Migration – verwiesen wird. Zu beachten ist insbesondere bei jungen Menschen, „dass die Kennzeichnung eines Menschen als Migrant:in ein (willkürlicher) Akt ist, der mit der Selbstwahrnehmung nicht deckungsgleich sein muss und mit der Verweigerung von Anerkennung und Zugehörigkeit einhergehen kann" (Lutz 2007, S. 2). In Deutschland ist Bildungserfolg nach wie vor eng mit dem Elternhaus und der Herkunft verknüpft, Bildungsgerechtigkeit gilt noch als zu verwirklichendes Ziel: Schule reproduziert soziale Ungleichheit nicht nur, sie verstärkt sie sogar bzw. hinsichtlich des Differenzmerkmals Migration wird heute sogar davon ausgegangen, dass Schüler:innen „in Bildungsverhältnissen innerhalb von migrationsgesellschaftlichen Zugehörigkeitsordnungen erst als Andere hervorgebracht werden" (Khakpour 2023, S. 14).

Dies passiert u. a. auch durch auf diese als homogen imaginierte Gruppe ausgerichtete additive Förderangebote, die sich in erster Linie auf das Erlernen der Mehrheitssprache konzentrieren, wie z. B. in Vorkursen oder Internationalen Klassen, welche immer eine sprachliche „Verbesonderung" (Dirim & Pokitsch 2017) dieser Schüler:innen oder Auszubildenden darstellen. In der Forschung sind aktuell Tendenzen zu erkennen, sich weniger mit „dem (pädagogischen) Umgang mit den als different betrachteten ‚Anderen'" zu beschäftigen, sondern vielmehr mit der Frage, „wer Differenzkategorien in pädagogischen Zusammenhängen wie gebraucht und sie wo, wann und wem gegenüber aufruft", womit „die Mehrheitsgesellschaft und deren Institutionen" ebenso in den Blick genommen werden wie die Effekte des Aufrufens von Differenzen auf die Bestätigung von Machtverhältnissen (Rose 2016, S. 98).

Unser Beitrag zielt demnach nicht explizit auf die Gruppe der Auszubildenden mit Migrationshintergrund oder eigenen Migrationserfahrungen oder jene, die das Deutsche als Zweitsprache[3] erworben haben, es geht uns vielmehr um eine nachhaltige Veränderung der Pflegeausbildung im Sinne einer Anpassung an die gesellschaftlichen Verhältnisse und ihre dynamischen Entwicklungen und damit den Abschied überkommener Normalitätsvorstellungen. Die Pflegeausbildung muss sich einerseits mit den vielfältigen Bildungs- und Sprachbiografien ihrer Zielgruppe auseinanderset-

3 Die Begriffe *mehrsprachig* oder *Deutsch als Zweitsprache (DaZ)* geben keinen Hinweis auf Kompetenzen in der deutschen Sprache und verweisen damit nicht zwangsläufig auf einen sprachlichen Förderbedarf im Deutschen.

zen und sich daran ausrichten und andererseits Auszubildende auf die Arbeit in der Pflege in der Migrationsgesellschaft vorbereiten.

Bekannt ist, dass insbesondere (aber nicht ausschließlich) Lernende mit Migrationshintergrund oft mit den sprachlichen Anforderungen in Bildungskontexten zu kämpfen haben (vgl. Duarte & Gogolin 2016). Allerdings korreliert in Deutschland der Migrationshintergrund stark mit einem sozioökonomisch geringen Status, da Migration und unterbrochene Erwerbsbiografien (der Eltern) sowie Herausforderungen bei der Anerkennung von Bildungs- und Berufsabschlüssen zu einem niedrigeren sozioökonomischen Status der Familien führen und der Schulerfolg in erheblichem Maße (über dem OECD-Durchschnitt) von der Bildung der Eltern und ihrem sozioökonomischen Status abhängt (vgl. OECD 2018). Zwar ist in den letzten zehn Jahren eine leichte Besserung zu verzeichnen, allerdings erfolgte mit der COVID-19-Pandemie ein erheblicher Rückschlag. Insbesondere Lernende, die im Elternhaus keinen Zugang zu Schriftlichkeit haben, benötigen entsprechende Unterstützung.

Während das Konzept der durchgängigen Sprachbildung in den allgemeinbildenden Schulen mittlerweile bekannt ist und sich Ansätze wie der sprachsensible Fachunterricht zwar noch nicht flächendeckend durchgesetzt haben, aber sukzessive Eingang in den Regelunterricht finden, u. a. durch die Integration solcher Themen in die Aus- und Weiterbildung von Lehrpersonen, ist Mehrsprachigkeit in der Pflegeausbildung als Ausgangspunkt zwar zum wichtigen Thema geworden, der angemessene Umgang damit stellt allerdings noch eine Herausforderung bzw. ein Desiderat dar. Im Folgenden werden daher grundlegende Konzepte dargestellt.

3 Durchgängige Sprachbildung und sprachbewusster Fachunterricht: Grundlagen

3.1 Sprachliche Anforderungen in Bildungskontexten: Konzeptuelle Mündlichkeit und Schriftlichkeit

Die Tatsache, dass in der Pflegeausbildung – wie auch in anderen Bildungskontexten – so oft auf sprachliche Herausforderungen verwiesen wird, liegt an der besonderen Verwendung von Sprache in Bildungs- und beruflichen Kontexten. Häufig werden vor allem Fachbegriffe oder allgemein schwierige Wörter genannt, allerdings stellen diese nur einen Teil der Schwierigkeiten dar. Je nachdem, welche Funktion Sprache in der jeweiligen Situation erfüllen muss, variieren wir unseren sprachlichen Ausdruck – sowohl im Mündlichen als auch im Schriftlichen. Die jeweils verwendete sprachliche Varietät, die sich aus den einzelnen Dimensionen des jeweiligen Kontextes (*field*, *tenor*, *mode*) ergibt und entsprechend sprachlich auf diese reagiert, also auf das Thema/den Inhaltsbereich der Kommunikation (*field*), die Interaktionsteilnehmenden und ihre Beziehungen zueinander (*tenor*) sowie die Art der Versprachlichung/die Rolle der Sprache in der jeweiligen Situation (*mode*), wird als Register bezeichnet (vgl. Halliday 1989, S. 12; Derewianka & Jones 2018) und betrifft alle sprachlichen Mittel von der Wort- über die Satz- bis hin zur Textebene.

In Deutschland hat sich der Begriff der *Bildungssprache* (vgl. Gogolin & Duarte 2016) durchgesetzt, er wird allerdings in den letzten Jahren auch vermehrt kritisiert, u. a. da er als *das sprachliche Register* der Bildung beschrieben wird und damit als diejenige sprachliche Varietät, die in Bildungskontexten funktional ist. Damit wird eine Einheitlichkeit vorgegeben, die nicht der Vielfalt von Sprachverwendung in fachlichen, beruflichen oder allgemeinen Bildungskontexten entspricht, in denen zudem auch eher alltagssprachliche Register Verwendung finden (z. B. beim Pausengespräch unter Kolleg:innen, aber auch beim Smalltak mit zu Pflegenden). Zudem sind die Übergänge zwischen Alltags- und Bildungssprache fließend – entsprechend der Kontexte und Verwendungssituationen von Sprache. Ein Konzept, welches dieses Kontinuum zugrunde legt, ist jenes der konzeptionellen Mündlichkeit und Schriftlichkeit (vgl. Koch & Oesterreicher 1985), oft auch als Sprache der (sozialen) Nähe und Distanz bezeichnet. An dem folgenden Beispiel (Abb. 1) ist zu erkennen, dass sich Sprache auf dem Kontinuum von der Mündlichkeit zur Schriftlichkeit nicht nur auf der Wort-, sondern auch auf der Satz- und Textebene verändert:

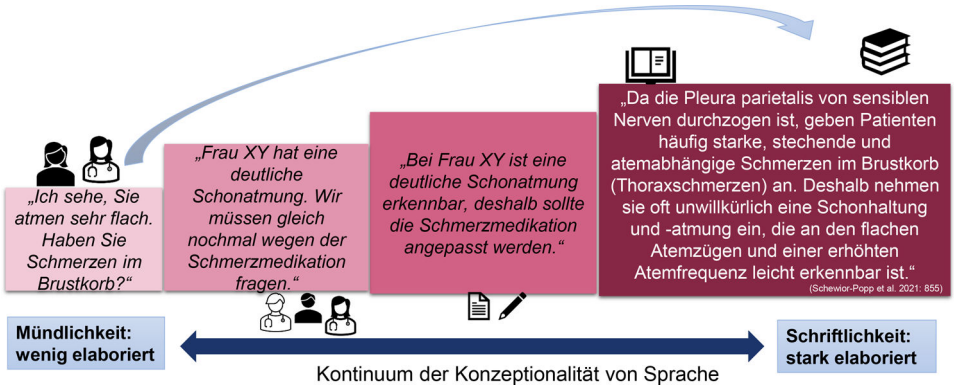


Abbildung 1: Konzeptionalität von Sprache in der Pflegeausbildung am Beispiel der Pleuritis (eigene Darstellung)

Im ersten[4] medial mündlichen Beispiel spricht eine Pflegeperson eine Patientin an, um herauszufinden, was ihr fehlt. Es handelt sich um einen aktiven, personalisierten Stil (*ich sehe*) mit einer direkten Frage im Verbalstil (*Haben Sie Schmerzen?*) und Vokabular, welches eher der Alltagssprache zuzuordnen ist (*Brustkorb*). All dies ergibt sich vor allem aus der Beziehung zwischen den beiden Kommunizierenden.

Die zweite Kommunikationssituation erfolgt zwischen einer Pflegeperson und einer Ärztin, die beide über ein entsprechendes Fachwissen verfügen und aus ihren Rollen in der Institution Krankenhaus heraus kommunizieren. Auch hier findet sich der aktive und personalisierte Sprachstil (*Frau XY hat*; *wir müssen*), aber in Verbindung mit dem Nominalstil (*deutliche Schonatmung*; *Schmerzmedikation*), welcher im zweiten Fall die Verwendung des Genitivs verlangt. Interessant ist auch, wer hier mit *wir* ge-

4 Zu beachten ist, dass die Auswahl dieser vier Situationen nicht abschließend ist, sondern vielmehr nur eine Auswahl im Sinne einer idealtypischen Veranschaulichung auf dem *mode continuum* darstellt.

meint ist. Die Bedeutung dieses deiktischen Mittels ist nur aus dem konkreten Kontext abzuleiten.

Das dritte Beispiel zeigt einen Eintrag in der Pflegedokumentation. Auch hier ist der Nominalstil (*deutliche Schonatmung*; *Schmerzmedikation*) erkennbar, der eine sprachliche Integration darstellt und damit für die Kürze von Texten/Äußerungen verantwortlich ist. Auffallend ist hier das Fehlen des handelnden Subjekts, was durch die Passivkonstruktionen (*ist erkennbar*; *sollte angepasst werden*) möglich wird, mit dem eine Distanzierung ausgedrückt wird. Zudem stellt der Konjunktiv 2 in der Modalverbkonstruktion (*sollte*) eine Aufforderung dar. Diese muss sowohl von den Produzent:innen als auch den Rezipierenden solcher Einträge verstanden werden. Auch hier ergibt sich die Bedeutung wieder aus dem Kontext (An wen richtet sich die Aufforderung/der Arbeitsauftrag?).

Das letzte Beispiel stammt aus einem Fachtext zur Pleura parietalis, hier erscheint also erstmals das Fachwort. Exemplarisch sei an dieser Stelle nur auf ausgewählte sprachliche Herausforderungen verwiesen: Der Text weist eine sehr hohe inhaltliche Dichte auf, die deutlich wird, wenn man alle Einzelaussagen (Propositionen) in kurze Sätze fasst. Um diese inhaltliche Dichte sprachlich umzusetzen, bedarf es nicht nur eines spezifischen Fachwortschatzes, sondern v. a. auch entsprechender Kohäsionsmittel, die den Zusammenhang zwischen den einzelnen Aussagen herstellen (*da*, *deshalb*; *die*). Damit wird auch deutlich, dass Fachbegriffe, die von fachlich und sprachlich versierten Personen als fachlich selbstversorgte Sprachprodukte wahrgenommen werden, am Ende des Lernprozesses stehen, der nicht ohne komplexe syntaktische und textuelle Zusammenhänge erfolgen kann, die ggf. im fachlichen Aneignungsprozess auch erst zur Verfügung gestellt werden müssen.

Zwar müssen sich alle Schüler:innen unabhängig von ihrer Erstsprache diese formellen sprachlichen Register im Laufe ihrer Bildungsbiografie aneignen, was nur durch explizite Vermittlung möglich ist. Allerdings liegen sehr heterogene Voraussetzungen vor, sodass die Bildungsinstitutionen in besonderem Maße gefordert sind.

3.2 Durchgängige Sprachbildung und sprachbewusster Fachunterricht

Mit dem Ziel, die (sprach-)bildungsbiografischen Anschlussfähigkeiten von migrationsbedingt mehrsprachigen Lernenden zu sichern, wurde im Rahmen der FörMig-Projekte (Förderung von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund) das Konzept der *Durchgängigen Sprachbildung* entwickelt, in dessen Kern „nicht das Lehren und Lernen einer oder mehrerer spezifischer Sprachen, sondern die Aneignung und Entwicklung von Sprache als Werkzeug der Verständigung und bedeutender Grundlage für Bildung überhaupt [steht]“ (Gogolin 2020, S. 165). In diesem Verständnis soll Sprachbildung über die gesamte Bildungsbiografie unter Kooperation aller an ihr beteiligten Personen und Institutionen hinweg gestaltet werden und die verschiedenen Sprachen und Varietäten der Schüler:innen sollen miteinander in Beziehung gesetzt werden (vgl. ebd., S. 167).

Durchgängig impliziert ein Verständnis von sprachlicher Bildung als Kontinuum, d. h. einem graduellen und in wechselseitiger Dynamik stehenden Übergang von bereits angeeigneten und noch anzueignenden sprachlichen Fähigkeiten (vgl. Reich

2013, S. 60). Sprachliche Bildung in diesem Sinne ist ihrem Wesen nach prozessorientiert und mehrdimensional, da sie die Bildungslaufbahn als Ganzes in den Blick nimmt und dabei Faktoren wie Mehrsprachigkeit, Heterogenität und sozioökonomische Situiertheit (vgl. Döll 2013, S. 171) der Lernenden explizit einbezieht. Hiermit verbunden ist die Abkehr von einer defizitorientierten Sichtweise auf migrationsbedingte sprachliche Vielfalt hin zu einer pädagogischen Zielperspektive, in der „Mehrsprachigkeit als Voraussetzung und Ziel schulischer Bildung" (Fürstenau 2011, S. 25) verstanden wird. Insofern ist mit dem Konzept der *Durchgängigen Sprachbildung* letztlich auch ein Paradigmenwechsel verbunden, da sich die Auffassung darüber, was sprachliches Lehren und Lernen bedeutet und erfordert – insbesondere in von Heterogenität bedingten Bildungskontexten –, erweitert hat. Dies hat unmittelbare Auswirkungen auf die Unterrichtspraxis, da „im Schulalltag konkrete didaktische Konzepte erforderlich [sind], die den heterogenen sprachlichen Ausgangsbedingungen der Schüler:innen bestmöglich Rechnung" (Settinieri 2019, S. 506 f.) tragen sollten. Mit Blick auf die konkrete Umsetzung bedeutet dies etwa, dass Lehrpersonen ihren Unterricht sprachbewusst gestalten, die individuellen Sprachrepertoires der Lernenden aktiv einbeziehen, sämtliche sprachliche Kompetenzen fördern, handlungsorientierte Kommunikationssituationen generieren, Sprachbildungsprozesse binnendifferenziert gestalten und diese systematisch evaluieren (vgl. Gogolin u. a. 2011, S. 8 ff.).

Im Kontext der Forderung nach einer Durchgängigen Sprachbildung prägte Leisen (2010) den Begriff des sprachsensiblen Fachunterrichts, mit dem in jedem Unterricht in jedem Fach Sprache als Lerngegenstand betrachtet wird. Mittlerweile sind allerdings weitere Konzepte aus dem Fachgebiet Deutsch als Zweitsprache (DaZ) entstanden, die mit einschlägiger Theorie unterlegt sind und die Entwicklungen der letzten Jahre einbeziehen (für eine Übersicht siehe Niederhaus 2018). Grundsätzlich geht es nicht darum, dass Fachlehrende neben den Fachinhalten auch als Deutsch- bzw. DaZ-Lehrende im engen Sinn agieren sollen. Vielmehr wird anerkannt, dass Sprachentwicklung konstitutiv für das Fachlernen (vgl. Schmölzer-Eibinger 2013; Ohm 2017) ist, letzteres aber gleichzeitig auch wieder zu sprachlichem Lernen beitragen kann. Der für diesen Text gewählte Begriff des sprachbewussten Fachunterrichts fordert einen kritisch-bewussten Umgang der Lehrenden mit Sprache auf verschiedenen Ebenen (vgl. Tajmel 2017, S. 265 ff.) im Fachunterricht und impliziert, sich „kritisch mit sozialen Bedeutungen sprachlicher Normierung auseinanderzusetzen" (ebd., S. 210).

Das Unterrichtsprinzip des Scaffoldings findet sich in den meisten Ansätzen zu einem Fachunterricht, welcher den Anspruch hat, die (bildungs-)sprachlichen Kompetenzen von Schüler:innen im Deutschen auszubauen, weshalb darauf nun detaillierter eingegangen wird.

3.3 Scaffolding

Im Deutschen wird Scaffolding häufig mit Gerüst übersetzt, was aber seiner interaktiven und dynamischen Natur nicht gerecht wird und nicht selten zu einem reduktionistischen Verständnis führt. So ist häufig von Scaffolds (z. B. Wortlisten oder Textbausteinen) die Rede, die als solche nichts anderes als Hilfen im Unterricht darstellen, was sicher besser ist, als diese nicht anzubieten – aber insofern hinter dem Konzept des

Scaffoldings zurückbleibt, als es dabei nicht nur einfach um Hilfe geht, sondern um „temporary supporting structures that will assist learners to develop new understandings, new concepts, and new abilities" (Hammond & Gibbons 2001, S. 14). Sind diese neuen Kompetenzen erreicht, werden die jeweiligen Unterstützungsstrukturen schrittweise entzogen und stattdessen neue angeboten, um weitere Aufgaben, Konzepte und Fähigkeiten in den Blick zu nehmen (ebd.).

Das Unterrichtsprinzip basiert zum einen auf der sozialen Lerntheorie der kulturhistorischen Schule nach Vygotsky, zum anderen auf Hallidays sozial-funktionalem Verständnis von Sprache (vgl. Hammond & Gibbons 2005, S. 8 f.). Aus Platzgründen legen wir im Folgenden den Fokus auf den lerntheoretischen Teil.[5] Häufig wird ausschließlich auf das Konzept der nächsten Entwicklung (*Zone of proximal development, ZPD*) verwiesen, das aber nur eine der lerntheoretischen Grundlagen darstellt. Innerhalb der ZPD können Lernende durch Interaktion mit Expert:innen oder anderen Lernenden, die so angelegt ist, dass sie zu Ko-Konstruktion von Wissen führt, Aufgaben bewältigen, die sie ohne diese Unterstützung nicht ausführen könnten (vgl. Vygotsky 1978, S. 86). Damit die zeitlich begrenzten Unterstützungsstrukturen auch zukunftsorientiert sind und nachhaltig zum Beherrschen neuer Konzepte und Fähigkeiten führen, ist eine didaktisch geplante allmähliche, aber stetige Verlagerung der Verantwortung für die Aufgabenerfüllung von der Lehrperson auf die Schüler:innen bis hin zur vollständigen Übergabe (vgl. Dansie 2001) entscheidend, also die eigenverantwortliche Durchführung dieser oder vergleichbarer Aufgaben von den Lernenden mit einer entsprechenden Rückmeldung durch die Lehrperson.

Wie bereits angedeutet, sind zwei weitere lerntheoretische Aspekte konstitutiv für das Scaffolding als Unterrichtsprinzip: das Konzept des Lernens als *Internalisierung* sowie jenes der *Mediierung*, also des Verständnisses von Sprache als Mittlerreiz oder *mediational means* zur Selbst- und Fremdregulierung. Im Gegensatz zu anderen Lebewesen bearbeiten Menschen ihre physische Umgebung nur selten direkt mit ihrer natürlichen Ausstattung (z. B. Händen), sondern verwenden eigens erschaffene Werkzeuge. Sie sind also in der Lage, zwischen sich und den Gegenständen der jeweiligen Umwelt materielle oder symbolische Artefakte zu setzen, mittels derer sie diese Umwelt und somit ihre Lebensverhältnisse verändern können, was wiederum Auswirkungen auf die Menschen selbst hat. Durch den Einsatz symbolischer Werkzeuge oder Zeichen kann auf Subjekte und deren Verhalten eingewirkt werden, Beziehungen zu anderen und sich selbst können vermittelt (mediiert) und reguliert werden, was die Natur dieser Beziehungen verändert (vgl. Lantolf & Thorne 2006, S. 203; Vygotsky 1978, S. 55). Die Mediierungstätigkeit bei der Bewältigung von Aufgaben wird – hauptsächlich mittels des kulturellen Artefaktes Sprache – zunächst von kompetenten Anderen (z. B. Lehrer:innen) geleistet (Fremdregulierung), z. B. durch das Verhalten regulierende oder sprachliche Spezifizierung verlangende Fragen, korrigierende Reformulierung etc. Durch die fortschreitende Entwicklung und die sukzessive Übergabe der Verantwortung sind die Lernenden immer mehr in der Lage, ihr Verhalten durch den

5 Zum sozial-funktionalen Sprachverständnis vgl. u. a. Carlson & Daase 2020.

selbstständigen Einsatz von Mittlerreizen zu regulieren und damit z. B. entsprechende Aufgaben selbstständig zu lösen (Selbstregulierung).

Der Prozess von der Fremd- und Selbstregulierung stellt die *Internalisierung* dar, „through which higher forms of mentation come to be" (Lantolf 2000, S. 13), also Lernen stattfindet. Der Ursprung interner mentaler Prozesse liegt demnach in externen dialogischen Aktivitäten (vgl. ebd.), womit der Unterschied zwischen Scaffolding und einfacher Hilfe noch einmal deutlich wird: Scaffolding „is aimed at supporting students to tackle *future* tasks in new contexts – or [...] to know how to think, not simply what to think" (Hammond & Gibbons 2001, S. 20, Hervor. i. Orig.). Dies muss sowohl im Makroscaffolding (*designed-in*), zu dem die Lernstands- und Bedarfsanalyse sowie die Unterrichtsplanung gehören, als auch im Mikroscaffolding (*interactional contingent*), der Unterrichtsinteraktion, durchgehend bedacht werden. In der Unterrichtsplanung ist dies z. B. durch die Beachtung des *mode continuums* (siehe 3.1), die Sequenzierung von Aufgaben oder die Auswahl von Lern- und Arbeitsformen, in denen die Lernenden miteinander interagieren und dadurch sprachlich handeln müssen, möglich, im Mikroscaffolding z. B. durch Re-Kodieren von Äußerungen der Lernenden durch die Lehrperson (vgl. Hammond & Gibbons 2005).

4 Sprachbewusste Unterrichtsplanung mittels Scaffolding in der Pflegeausbildung

Im Folgenden soll ein exemplarischer Eindruck davon vermittelt werden, mit welchen sprachlichen Herausforderungen Auszubildende im Rahmen der Pflegeausbildung konfrontiert sein können. Hierzu wird zunächst ein kurzer Überblick über eine Unterrichtseinheit gegeben, die im Rahmen des Teilprojektes „Sprachsensibler Fachunterricht zur Unterstützung von Auszubildenden mit Deutsch als Zweitsprache" im Forschungsprojekt „Transitionen in die Pflege – individuelle und regionale Ressourcen stärken" (TiP-regio)[6] beobachtet wurde. Im Anschluss hieran richtet sich der Blick in exemplarischer Form auf eine beobachtete sprachliche Herausforderung: Es wird dargelegt, aus welchen Gründen die beobachtete Situation für die Pflegeauszubildenden sprachlich herausfordernd war und auf welche Weise dies methodisch-didaktisch überwunden werden kann. Hierzu wird ein alternativer Unterrichtsvorschlag nach dem Prinzip des *Scaffolding* (siehe Kap. 3.3) präsentiert.

Die 90-minütige Unterrichtseinheit umfasste 13 Auszubildende sowie eine Lehrperson und war im ersten Jahr der generalistischen Pflegeausbildung verortet. Unter Bezugnahme auf das Lernfeld 6 des Bremer Curriculums „In Notfallsituationen angemessen handeln" (Darmann-Finck & Muths 2019, S. 60–63) bestand das zentrale Anliegen der beobachteten Unterrichtseinheit im Verbandwechsel venöser Zugänge. Die

6 Das Projekt, das sich auf den Übergang von der Schule in die Pflegeausbildung fokussierte, wurde durch das Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) beauftragt und finanziert. Um die sprachlichen Bedarfe zu erheben, wurden Fokusgruppen mit Auszubildenden im ersten Ausbildungsjahr und Lehrenden in der Pflegeausbildung sowie teilnehmende Beobachtungen im Pflegefachunterricht des ersten Ausbildungsjahres durchgeführt.

Durchführung erfolgte in einem die Pflegepraxis simulierenden Skills Lab. Die Lehrperson teilte die Auszubildenden in drei Gruppen ein und wies jeder Gruppe einen separaten Trainingsraum zu, in dem diese den Verbandwechsel venöser Zugänge praktisch erproben und schriftlich dokumentieren sollten. Hierzu wurde ein Arbeitsblatt mit folgendem Arbeitsauftrag ausgehändigt:

Tabelle 1: Ausgehändigtes Arbeitsblatt, schematische Darstellung (bearbeitet)

Verbandwechsel bei einem peripher venösen Zugang	
Arbeitsauftrag: Führen Sie einen simulierten Verbandwechsel eines peripher venösen Gefäßzugang[s] an Ihren Kurskolleginnen und -kollegen durch. Beschreiben Sie stichpunktartig die dafür benötigten Materialien und die einzelnen Handlungsschritte in der unten stehenden Tabelle.	
Verbandwechselintervall:	
Materialien:	
Abbildungen	**Handlungsschritte**
[Abb. 1]	
[Abb. 2]	
[Abb. 3]	
[Abb. 4]	
[Abb. 5]	
[Abb. 5]	
[Abb. 6]	

Im Verlauf der Unterrichtsbeobachtung stellte sich heraus, dass die Auszubildenden mitunter erhebliche Schwierigkeiten hatten, die einzelnen Handlungsschritte in Form von Stichpunkten in die dafür vorgesehene Tabelle zu überführen: Die Tabelle wurde in mehreren beobachteten Fällen fehlerhaft, unvollständig oder gar nicht ausgefüllt. Ein wesentlicher Grund hierfür lag in der im Arbeitsauftrag explizit eingeforderten Verwendung von Stichpunkten. Diese stellt eine nicht zu unterschätzende sprachliche Herausforderung dar, denn – und dies wird aus Lehrendenperspektive häufig nicht berücksichtigt oder unterschätzt – zur stichwortartigen Formulierung muss das Konzept *Satz* (als in sich geschlossene sprachliche Einheit) erschlossen worden sein. Ohne eine entsprechende Internalisierung gestaltet sich das Auswählen bzw. Formulieren von Stichpunkten als überaus komplexer Prozess, was in der beobachteten Unterrichtssituation bspw. dadurch zum Ausdruck kam, dass die Auszubildenden Schwierigkeiten damit hatten, die für die einzelnen Handlungsschritte relevanten Informationen sprachlich zu identifizieren. Zudem war unklar, wie sprachlich reduziert wird, d. h. auch, welchen Umfang, welche Struktur und welchen Grad an Genauigkeit die stichpunktartigen Formulierungen im Einzelnen aufweisen sollten.

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage: Wie könnte man – aus Sicht der Lehrperson – die Auszubildenden im Pflegeunterricht dabei unterstützen, die hier beschriebene sprachliche Herausforderung zu bewältigen? Zugespitzt formuliert: Wie befähigt man Pflegeauszubildende im ersten Ausbildungsjahr dazu, mit Stichpunkten – einem Phänomen, das im Pflegeunterricht und in der Pflegepraxis häufig anzutreffen ist – angemessen umzugehen? Zur Beantwortung dieser Frage soll im Folgenden ein alternativer Unterrichtsvorschlag präsentiert werden, der auf einer Strategie der Anreicherung basiert. Mit Blick auf die oben skizzierte Unterrichtsbeobachtung bedeutet dies, den umgekehrten Weg zu gehen: erst sprachlich anreichern (Expansion), danach angeleitet verkürzen (Reduktion). Auf dieser Grundannahme fußend sollen im Folgenden die vorgeschlagenen Unterrichtsschritte im Einzelnen beschrieben werden:

1. Zunächst wird der Verbandwechsel venöser Zugänge praktisch durchgeführt. Die konkrete Anschauung, die in diesem ersten Schritt didaktisch im Zentrum steht, bildet den Ausgangspunkt für alle folgenden Schritte.
2. Die Auszubildenden tauschen sich in Partner:innenarbeit (PA) mündlich aus: Sie rekapitulieren, was sie getan haben, und orientieren sich dabei an folgender Aufgabenstellung:
   Beschreiben Sie gemeinsam mündlich in PA, was Sie soeben praktisch getan haben. Folgende Leitfragen helfen Ihnen: Welche Schritte haben Sie durchgeführt? Welche Materialien haben Sie dafür jeweils verwendet?
3. Der dritte Schritt erfolgt im Plenum: Die Auszubildenden tragen mit Bezug auf die Aufgabenstellung (Schritt 2) zusammen, was getan wurde. Die Lehrperson unterstützt die Beiträge sprachlich, indem sie reformuliert, die Aufmerksamkeit auf sprachliche Anforderungen fokussiert, unterstützend nachfragt und um Präzisierung bittet, zentrale Begriffe und Wendungen an der Tafel sichert und dabei das Rederecht an die Auszubildenden zurückgibt.
4. Der vierte Schritt erfolgt in Gruppenarbeit (GA): Die Auszubildenden erhalten Fotos, auf denen die einzelnen Handlungsschritte des Verbandwechsels venöser Zugänge abgebildet sind. Zusätzlich hierzu erhalten sie Wortmaterial (Verben [z. B. *desinfizieren*, *fixieren*] und Temporaladverbien [z. B. *zuerst*, *danach*]) unter Bezugnahme auf das soeben erarbeitete Tafelbild. Die Auszubildenden ordnen die Materialien gemeinsam zu und begründen ihre Zuordnungen. Im Fokus hierbei steht die Frage nach dem *Wozu*, also der Funktion der sprachlichen Mittel (vgl. Carlson & Daase 2020, S. 333).
5. Im Anschluss hieran verschriftlichen die Auszubildenden ihre Ergebnisse in Form von vollständigen Sätzen.
6. Nun folgt die Lektüre des dazugehörigen Fachbuchtextes (siehe Abb. 3, mittlere Spalte, nach Käding & Josten 2020, S. 614).
7. Die Auszubildenden markieren in PA alle wichtigen Aspekte, die später in Form von Stichpunkten formuliert werden sollen.
8. Die Lehrperson zeigt die dafür notwendige Formulierung, also die Verkürzung von Sätzen in Stichpunkten (Eliminierung des handelnden Subjekts, Verb im

Infinitiv ans Ende), anhand eines Beispiels und lässt die Auszubildenden dies üben.

9. Abschließend überführen die Auszubildenden die einzelnen Handlungsschritte des Verbandwechsels venöser Zugänge stichpunktartig (siehe Abb. 3, rechte Spalte, nach Käding & Josten 2020, S. 614) in die Tabelle.

Tabelle 2: Exemplarische Darstellung der ersten zwei (von insgesamt sechs) für einen Verbandwechsel venöser Zugänge erforderlichen Handlungsschritte nach Käding & Josten 2020, S. 614

Abbildungen	Handlungsschritte (Fachbuchtext)	Handlungsschritte (Stichpunkte)
[Abb. 1]	**1** Zuerst wird die Arbeitsfläche wischdesinfiziert und alle benötigten Materialien bereitgelegt. Anschließend Händedesinfektion durchführen und Pflegeempfänger über die geplante Maßnahme informieren.	• Arbeitsfläche wischdesinfizieren • Materialien bereitlegen • Hände desinfizieren • Pflegeempfänger informieren
[Abb. 2]	**2** Danach Einmalhandschuhe anziehen und alten Verband entfernen. Dabei wird die Venenverweilkanüle sicher mit den Fingern der freien Hand fixiert. Die Einstichstelel wird gründlich inspiziert: Entzündigungszeichen? Paravasal? Hautirritationen? Alten Verband mitsamt den Handschuhen verwerfen, hygienische Händedesinfektion durchführen [...]	• Einmalhandschuhe anziehen • alten Verband entfernen • Venenverweilkanüle fixieren • Einstichstelle inspizieren • alten Verband und Handschuhe verwerfen • Hände desinfizieren [...]

Das hier gezeigte Beispiel verdeutlicht, wie wichtig eine systematische Sequenzierung des Pflegeunterrichts an sich wie auch der einzelnen Aufgaben ist, um sprachliche und fachliche Inhalte auf nachhaltige Weise miteinander zu verzahnen. Zudem verdeutlicht es, wie komplex die Rolle der Lehrperson in einem *Scaffolding*-basierten Pflegeunterricht ist (z. B. moderierend, instruierend, rekodierend, ko-konstruierend, registersensibilisierend etc.). Damit Pflegelehrende (sowohl jene im theoretischen Unterricht als auch jene in der Skills-Lab-Lehre) alternative Unterrichtsvorschläge nach dem Prinzip des *Scaffoldings* wie im hier gezeigten Beispiel selbstständig entwickeln und kompetent sowie in Kooperation miteinander durchführen können, sind zielgruppenspezifische Aus- und Weiterbildungen erforderlich.

5 Implikationen für die Aus- und Weiterbildung von Lehrenden

Bei der sprachbewussten Gestaltung und Weiterentwicklung der Pflegeausbildung spielen Lehrende im theoretischen Unterricht und im Skills-Lab-Training eine zentrale Rolle: Sie haben nicht nur die Möglichkeit, fachliches und sprachliches Lernen gezielt miteinander zu verzahnen, sondern auch, migrationsbedingte Mehrsprachigkeit dabei als Ressource einzusetzen und auf diese Weise die Partizipation von Auszubildenden langfristig zu stärken. Da ein bewusster Umgang mit Mehrsprachigkeit in der Pflegeausbildung bislang jedoch kaum implementiert ist (vgl. Haider 2010), er-

scheint es dringend geboten, Pflegelehrende im Rahmen von Aus- und Weiterbildungen für die Anwendung sprachbildender Ansätze zu schulen. Bei der inhaltlichen Konzeption entsprechender Angebote sollte darauf geachtet werden, dass Pflegelehrende zum einen für einen ressourcenorientierten Umgang mit migrationsbedingter Mehrsprachigkeit im Kontext der Generalistik sensibilisiert werden, zum anderen sollten ihnen konkrete Wege aufgezeigt werden, wie sie ihren Pflegeunterricht mithilfe von *Scaffolding* sprachbewusst und registersensibel gestalten können. Ein spezielles Augenmerk gilt dabei jenen Situationen, die für Pflegeauszubildende häufig als sprachlich besonders herausfordernd wahrgenommen werden, etwa dem Umgang mit medizinisch-pflegerischem Fachwortschatz, dem Wechsel von sprachlichen Registern oder der Vorbereitung auf schriftliche, mündliche und praktische Prüfungssituationen, um nur einige Beispiele zu nennen. Darüber hinaus wäre fachliche Begleitung denkbar, etwa in Gestalt arbeitsplatznaher Coachingangebote, in deren Rahmen Pflegelehrenden die Möglichkeit eröffnet wird, neu erworbene didaktische Inhalte unter professioneller Anleitung *in situ* zu erproben und zu reflektieren.

Die Bereitstellung von zielgruppenspezifischen Aus- und Fortbildungsangeboten allein ist jedoch nicht ausreichend, um die generalistische Pflegeausbildung in einem sprachbewusst nachhaltigen Sinne zu transformieren. Vielmehr ist in ebensolchem Maße darauf zu achten, dass Curricula und Rahmenlehrpläne einer sprach- und registerbildenden Überarbeitung unterzogen werden, dies unter besonderer Berücksichtigung eines funktionalen Blickes auf Sprachverwendung und einer hiermit verbundenen konsequenten Verzahnung von fachlichen und sprachlichen Inhalten in den jeweiligen Lern- und Kompetenzfeldern und den hierauf aufbauenden Fallsituationen. Langfristiges Ziel der hier vorgeschlagenen Förder- und Entwicklungsmaßnahmen ist es, eine Sensibilisierung für Mehrsprachigkeit in Pflege und Pflegeausbildung bei allen Beteiligten zu bewirken. Dies wäre ein entscheidender Schritt, um die Partizipation von migrationsbedingt mehrsprachigen Pflegeauszubildenden zu stärken und – mit Blick auf die Zukunft – die Sicherung von Pflegefachkräften zu unterstützen.

6 Resümee und Ausblick

Der Beitrag hat dargestellt, dass die Fachkräftesicherung in der Pflege u. a. durch eine sprachbewusste Pflegeausbildung in der Migrationsgesellschaft unterstützt werden kann. Angesichts dessen, dass vor allem auch neu zugewanderte Auszubildende im Rahmen der generalistischen Pflegeausbildung in verstärktem Maße mit sprachlichen Herausforderungen konfrontiert sein können – durch die aktive „Anwerbung von Kräften aus dem Ausland wird die Thematik in naher Zukunft an Bedeutung zunehmen“ (Friedrich & Morgenstern 2018, S. 211) –, sind zielgerichtete Lösungen aufzuzeigen, um sprachliche Partizipation in der Pflegeausbildung von Beginn an auf- und auszubauen. Dabei muss nicht nur wie beschrieben der theoretische Fachunterricht entsprechend gestaltet sein, sondern auch die pflegepraktische Ausbildung bedarf einer systematischen sprachbewussten Gestaltung, für die das wechselseitige Zusammenwirken aller beteiligten Akteur:innen (Pflegeauszubildende, Pflegelehrende, Pra-

xisanleitende und Praxispartner:innen) vonnöten ist.[7] Im Sinne einer Transformation der Pflegeausbildung für die Migrationsgesellschaft müssen die individuellen Potenziale der Auszubildenden gestärkt sowie die berufliche Qualifizierung verbessert und damit Fachkräftegewinnung nachhaltig gefördert werden. Dazu gehört auch der Ausbau der Mehrsprachigkeit der Auszubildenden.

Literatur

Barth, J. M. (2021). *Abbruch der Pflegeausbildung: Jede:r Dritte schmeißt die Lehre*. Verfügbar unter https://medwing.com/DE/de/magazine/artikel/pflegeausbildung-abbruch/ (Zugriff am: 11.03.2023).

Becker, L., Bleses, P. & Busse, B. (2022). Ausbildungsqualität im Fokus. *Die Schwester/Der Pfleger*, 8/22, S. 66–70.

Carlson, S. A. & Daase, A. (2020). Bedeutung im Kontext: Vermittlung der Funktion sprachlicher Mittel für das Erlernen fachlicher Inhalte am Übergang zur Regelklasse. In N. Wulff, S. Steinmetz, D. Strömsdörfer & M. Willmann (Hg.), *Deutsch weltweit – Grenzüberschreitende Perspektiven auf die Schnittstellen von Forschung und Vermittlung* (Materialien und Studien Deutsch als Fremd- und Zweitsprache, 104), S. 329–348. Göttingen: Universitätsverlag Göttingen.

Dansie, B. (2001). Scaffolding Oral Language. 'The Hungry Giant retold'. In J. Hammond (Hg.), *Scaffolding teaching and learning in language and literacy education*, S. 61–79. Newton (Australia): PETAA.

Darmann-Finck, I. & Muths, S. (2019). *Bremer Curriculum für die Ausbildung zur Pflegefachfrau/zum Pflegefachmann*. Verfügbar unter https://www.bibliomed-pflege.de/filead min/user_upload/BibPflege/Dokumente/Oeffentlich/Downloads/Bremer_Curricu lum_20191217.pdf (Zugriff am: 23.03.2023).

Derewianka, B. & Jones, P. (2016/2018). *Teaching Language in Context*, 2. Auflage. Repr. Oxford: Oxford University Press.

Dirim, İ. & Pokitsch, D. (2017). Migrationspädagogische Zugänge zu „Deutsch als Zweitsprache". In M. Becker-Mrotzek & H.-J. Roth (Hg.), *Sprachliche Bildung – Grundlagen und Handlungsfelder*, S. 95–108. Münster: Waxmann.

Döll, M. (2013). Sprachdiagnostik und durchgängige Sprachbildung – Möglichkeiten der Feststellung sprachlicher Fähigkeiten mehrsprachiger Jugendlicher in der Sekundarstufe. In I. Gogolin, I. Lange, U. Michel & H. Reich (Hg.), *Herausforderung Bildungssprache – und wie man sie meistert*, S. 170–180. Münster: Waxmann.

Friedrich, A. & Morgenstern, U. (2018). Sprachkompetenz bei Auszubildenden mit Migrationsgeschichte in der Altenpflege. *PADUA*, 13(3), S. 209–214.

Fürstenau, S. (2011). Mehrsprachigkeit als Voraussetzung und Ziel schulischer Bildung. In S. Fürstenau & M. Gomolla (Hg.), *Migration und schulischer Wandel. Mehrsprachigkeit*, S. 25–50. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

7 Vgl. hierzu das vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderte interdisziplinäre Forschungs- und Entwicklungsprojekt *Sprachliche Teilhabe in der Pflegeausbildung stärken (STePs) – schulische und pflegerische Praxis als Lerngelegenheit* (https://steps-projekt.de).

Garcia González, D. & Peters, M. (2021). *Ausbildungs- und Studienabbrüche in der Pflege – ein integratives Review*. Bonn: BIBB. Verfügbar unter https://www.bibb.de/dienst/publikationen/de/17573 (Zugriff am: 11.03.2021).

Gibbons, P. (2015). *Scaffolding Language, Scaffolding Learning. Teaching Second Language Learners in the Mainstream Classroom*, 2. Auflage. Portsmouth: Heinemann.

Gogolin, I. (2020). Durchgängige Sprachbildung. In I. Gogolin, A. Hansen, S. McMonagle & D. Rauch (Hg.), *Handbuch Mehrsprachigkeit und Bildung*, S. 165–173. Wiesbaden: Springer.

Gogolin, I. & Duarte, J. (2016). Bildungssprache. In J. Kilian, B. Brouër & D. Lüttenberg (Hg.), *Handbuch Sprache in der Bildung*. Berlin u. a.: De Gruyter.

Gogolin, I., Lange, I., Hawighorst, B., Bainski, C., Heintze, A., Rutten, S. & Saalmann W. (Hg.) (2011). *Durchgängige Sprachbildung. Qualitätsmerkmale für den Unterricht*. FörMig Material. Münster: Waxmann.

Haider, B. (2010). *Deutsch in der Gesundheits- und Krankenpflege. Eine kritische Sprachbedarfserhebung vor dem Hintergrund der Nostrifikation*. Wien: facultas.

Halliday M. A. K. (1989). Part A. In M. A. K. Halliday & R. Hasan (Hg.), *Language, context, and text. Aspects of language in social-semiotic perspective*, 2. Auflage, S. 3–49. Oxford: Oxford University Press.

Hammond, J. & Gibbons, P. (2005). Putting scaffolding to work: The contribution of scaffolding in articulating ESL education. *Prospect: an Australian journal of TESOL*, 20(1), S. 6–30.

Hammond, J. & Gibbons, P. (2001). What is scaffolding? In J. Hammond (Hg.), *Scaffolding. Teaching and Learning in Language and Literacy Education*, S. 13–26. Newton (Australia): PETA.

Käding, H. & Josten, S. (2020). Gefäßzugänge, Infusionen und Transfusionen. In *I care – Pflege*, S. 610–637. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Khakpour, N. (2023). *Deutsch-Können. Schulisch umkämpftes Artikulationsgeschehen*. Weinheim: Beltz Juventa.

Koch, P. & Oesterreicher, W. (1985). Sprache der Nähe – Sprache der Distanz. Mündlichkeit und Schriftlichkeit im Spannungsfeld von Sprachtheorie und Sprachgeschichte. *Romanistisches Jahrbuch*, 36(1), S. 15–43.

Lantolf, J. P. (2000). Introducing sociocultural Theory. In Ders. (Hg.), *Sociocultural Theory and Second Language Learning*, S. 1–26. Oxford: Oxford University Press.

Lantolf, J. P. & Thorne, S. L. (2006). *Sociocultural Theory and the Genesis of Second Language Development*. Oxford University Press.

Leisen, J. (2010). *Handbuch Sprachförderung im Fach. Sprachsensibler Fachunterricht in der Praxis*. Bonn: Varus Verlag.

Lutz, H. (2007). Migration und Geschlecht: Die soziale Konstruktion von Differenzverhältnissen. In B. Kortendiek, B. Riegraf & K. Sabisch (Hg.), *Handbuch Interdisziplinäre Geschlechterforschung* [Geschlecht und Gesellschaft, 65], S. 1–10. Wiesbaden: Springer VS. https://doi.org/10.1007/978-3-658-12500-4_52-1.

Niederhaus, C. (2018). Ansätze des integrierten Fach- und Sprachlernens in der beruflichen Bildung. In C. Efing & K.-H. Kiefer (Hg.), *Sprache und Kommunikation in der beruflichen Aus- und Weiterbildung. Ein interdisziplinäres Handbuch*, S. 481–492. Tübingen: Narr.

OECD (2018). *Equity in education. Breaking down barriers to social mobility*. Paris: OECD Publishing. https://doi.org/10.1787/19963777.

Ohm, U. (2017). Literater Sprachausbau im Übergang Schule-Beruf. Sprachentwicklung als konstitutives Moment fachlichen Lernens und beruflichen Handelns mit einem Fokus auf Deutsch als Zweitsprache. In A. Daase, U. Ohm & M. Mertens (Hg.), *Interkulturelle und sprachliche Bildung im mehrsprachigen Übergangsbereich*, S. 213–247. Münster: Waxmann.

Reich, H. (2013). Durchgängige Sprachbildung. In I. Gogolin, I. Lange, U. Michel & H. Reich (Hg.), *Herausforderung Bildungssprache – und wie man sie meistert*, S. 55–70. Münster: Waxmann.

Rose, N. (2016). Differenz(en) aufrufen. In T. Geier & K. U. Zaborowksi (Hg.), *Migration: Auflösungen und Grenzziehungen* (Studien zur Schul- und Bildungsforschung, 5), S. 97–114. Wiesbaden: Springer VS.

Schmölzer-Eibinger, S. (2013). Sprache als Medium des Lernens im Fach. In M. Becker-Mrotzek, K. Schramm, E. Thürmann & H. J. Vollmer (Hg.), *Sprache im Fach. Sprachlichkeit und fachliches Lernen*, S. 25–40. Münster: Waxmann.

Settinieri, J. (2019). Mehrsprachigkeit im bilingualen Sachfachunterricht in der Sekundarstufe. In C. Fäcke & F.-J. Meißner (Hg.), *Handbuch Mehrsprachigkeits- und Mehrkulturalitätsdidaktik*, S. 505–509. Tübingen: Narr.

Tajmel, T. (2017). *Naturwissenschaftliche Bildung in der Migrationsgesellschaft. Grundzüge einer Reflexiven Didaktik und Ansätze für eine sprachbewusste Praxis*. Wiesbaden: Springer VS.

Vygotsky, L. S. (1978). *Mind in society. The development of higher psychological processes*. Cambridge, Mass.: Harvard Univ. Press.

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1 Konzeptionalität von Sprache in der Pflegeausbildung am Beispiel der Pleuritis 343

Tabellenverzeichnis

Tab. 1 Ausgehändigtes Arbeitsblatt, schematische Darstellung 348

Tab. 2 Exemplarische Darstellung der ersten zwei (von insgesamt sechs) für einen Verbandwechsel venöser Zugänge erforderlichen Handlungsschritte nach Käding & Josten 2020, S. 614 350

Autorin und Autor



Andrea Daase ist Professorin für Deutsch als Zweit- und Fremdsprache an der Universität Bremen. Zu ihren Schwerpunkten in Forschung und Lehre gehören u. a. Deutsch im Kontext von Mehrsprachigkeit in Schule, Ausbildung und Beruf; Professionalisierung von pädagogischem Personal; Rekonstruktive Forschung in der Zweitsprachaneignung.



Micha Fleiner ist wissenschaftlicher Mitarbeiter im Fachbereich Sprach- und Literaturwissenschaften Germanistik – Deutsch als Zweitsprache/Fremdsprache an der Universität Bremen. Zu seinen Arbeits- und Forschungsschwerpunkten gehören Mehrsprachigkeit im Kontext von Schule, Ausbildung und Beruf; Sprachbildender Unterricht; Performative Didaktik.

Umschulende Personen in der Pflegeausbildung – Zur Bedeutung und Belastung unsichtbarer Care-Praxen

Theoretische Betrachtungen und empirische Fallbeispiele zum gespannten Verhältnis von Sorge- und Erwerbsarbeit

Godje Jürgensen, Stefan Michalski, Christiane Micus-Loos, Wolfgang von Gahlen-Hoops

Abstract

Im Beitrag geht es um das Verhältnis von privater und erwerbsbegründeter *Care*-Arbeit vor dem Hintergrund machtvoller Geschlechterverhältnisse. Fokussiert werden Umschulende Personen in der Pflegeausbildung, um an dieser Personengruppe die Bedeutung und Belastung unsichtbarer *Care*-Praxen aufzuzeigen. Dafür nutzen wir empirisches Material aus dem Pflegebildungsforschungsprojekt ParAScholaBi, das sich der Förderung und Entstigmatisierung umschulender Personen in Pflegeausbildungen widmet. Der Beitrag zeigt, wie wichtig ein weitgefasstes *Care*-Verständnis ist, um unsichtbare *Care*-Praxen anzuerkennen, und dass die Auseinandersetzung mit Care nach wie vor zweigeschlechtlich normiert ist.

Schlagworte: Pflegeausbildung, Care, Geschlecht, Geschlechterverhältnis, Umschulende Personen

This article deals with the relationship between private and gainful care work against the background of powerful gender relations. The focus is on retraining persons in nursing education in order to show the significance and burden of invisible care practices in this group of persons. For this purpose, we use empirical material from the nursing education research project ParAScholaBi, which is dedicated to the promotion and destigmatization of persons retraining in nursing education. The article shows how important a broad understanding of care is in order to recognize invisible care practices and that the discussion of care is still normatively two-gendered.

Keywords: Nursing education, Care, Gender, Gender ratio, Retraining persons

Das Verständnis, *Care* würde im Wesentlichen in der Familie, primär von Frauen*[1] und vor allem unentgeltlich geleistet werden, ist hegemonial und suggeriert bereits, wie verwoben *Care* im Beziehungsgeflecht zu Geschlechter- und Machtverhältnissen auch in modernen gesellschaftlichen Systemen ist bzw. dass diese „Verwobenheit von Care und Geschlecht eine der wesentlichen strukturellen Grundlagen unserer Gesellschaftsordnung darstellt" (Beckmann 2016, S. 4). *Care* als populärer sowie ebenso uneindeutiger Begriff muss folglich eng mit geschlechtertheoretischer Forschung und Theoriebildung zusammen gedacht werden. In diesem Beitrag wird die Herleitung von *Care* aus einer sozialwissenschaftlichen und geschlechtertheoretischen Perspektive geführt und kann auf diese Weise an eine kritisch pflegewissenschaftliche Perspektive anschließen.

Der Begriff *Care* wird im deutschsprachigen Raum meistens mit Sorge, Fürsorge, fürsorglicher Praxis oder Sorgearbeit übersetzt (vgl. Winker 2011; 2015). Die Soziologin Ute Gerhard (2010, S. 221) definiert *Care* als eine „Vielfalt an reproduktiven, fürsorglichen, betreuenden *und* pflegenden Tätigkeiten" und entfernt sich damit von dem eng gefassten Bild der Reproduktionsarbeit[2]. Dem folgend, beziehen wir uns im Rahmen privat geleisteter *Care*-Arbeit auf die grundlegende Herleitung und Diskussion von Francis Seeck. Seeck (2021) verwendet in Anlehnung an Berenice Fisher und Joan Tronto (1990) eine sehr offene Definition von *Care*, die als eine Aktivität „alles einschließe, was notwendig sei, um unsere Lebenswelt so zu erhalten und zu verbessern, dass wir gut in ihr leben könnten" (Seeck 2020, S. 18). *Care* wird hier folglich als ganzheitliches Konzept der Selbst- und Fürsorge verstanden, dass „die Gesamtheit der familiären Sorgearbeit als auch Erziehungs- und Betreuungstätigkeiten in Institutionen wie Kindergärten, Schulen und Altersheimen" (Winker 2011, S. 336) umfasst. Brigitte Aulenbacher (2020) bezieht hierbei explizit auch die Beziehung zwischen Menschen und zu sich selbst mit ein. Somit können unter dem aus dem angelsächsischen Sprachraum stammenden Begriff alle Praxen subsumiert werden, die im Zusammenhang mit dem Umsorgen von und durch Menschen stehen. *Care* bezieht sich dabei nicht nur auf unbezahlte Sorgearbeit, sondern adressiert auch die bezahlte Sorgearbeit. Verwenden wir *Care* folglich im Kontext der Erwerbsarbeit, rekurrieren wir im Zuge der ausbildungsgesetzlichen Neuausrichtung auf Pflege[3] im Sinne einer gesellschaftlichen Vorbehaltsaufgabe (§ 4), welche die Pflegeausbildung als erlernbare Caretätigkeit deutlich professionalisiert hat.

1 Im vorliegenden Beitrag wird *Care* vor dem Hintergrund geschlechtsspezifischer Arbeitsteilung in Bezug zur binären Geschlechterordnung gesetzt. Diskurse um Gender-Pay- oder Gender-Care-Gap berücksichtigen lediglich zwei Geschlechter. In der reflexiven Berücksichtigung der Herstellung von Bezügen zur Zweigeschlechtlichkeit als gesellschaftliche Norm, verweisen wir u. a. auf Francis Seeck (2021). Die Arbeiten von Seeck adressieren die Verschränkung von *Care* und Geschlecht auch abseits eines Zwei-Geschlechter-Systems. Durch den Bezug auf das binäre Geschlechtersystem, werden im Fortlauf die Begriffe Frauen* und Männer* verwendet. Dabei muss kritisierend darauf hingewiesen werden, dass sich die vorherrschende Definition bzw. das Verständnis dieser Begriffe durch das biologistische Geschlechtermodell ableitet und dabei die Geschlechtsklassifikation qua sichtbarer Genitalien bei der Geburt zentral ist. Der Asterisk verweist hier auf die soziale Konstruktion von Geschlecht. Wir möchten zudem kennzeichnen, dass die Autorinnen und Autoren nicht den Anspruch erheben, definieren zu können, was Frauen* und Männer* sind.

2 Der Begriff Reproduktionsarbeit greift hinsichtlich gesellschaftlicher Veränderungsprozesse zu kurz. Er wird hier dennoch im Rahmen historischer Bezüge verwendet, um das Spannungsfeld zwischen Produktions- und Reproduktionsarbeit zu Zeiten der Industrialisierung als Ausgangspunkt prekärer Verhältnisse um *Care* in der Gegenwart herauszustellen.

3 Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz – PNG). Vom 23. Oktober 2012. Bundesgesetzblatt Jahrgang 2012 Teil I Nr. 51, ausgegeben zu Bonn am 29. Oktober 2012, 2246.

Ziel des Artikels ist es, das Verhältnis von privater und erwerbsbegründeter *Care*-Arbeit von Umschulenden Personen in der Pflegeausbildung zu fokussieren. Dazu wird zunächst das Verhältnis von Sorge- und Erwerbsarbeit vor dem Hintergrund machtvoller Geschlechterverhältnisse skizziert. Anschließend fokussiert der Artikel Umschulende Personen in den Pflegeausbildungen als betroffene Gruppe und Sampling des Pflegebildungsforschungsprojektes ParAScholaBi.[4]

1 *Care* ordnet machtvoll

Care-Arbeit unterliegt grundsätzlich der Widersprüchlichkeit, dass es ohne *Care*-Arbeit kein Zusammenleben geben könne, sie „unverzichtbar für das gesellschaftliche Wohlergehen" (Winker 2011, S. 333) und „für die Verwirklichung menschlicher Lebensbedürfnisse und -interessen" (ebd.) sei, jene Praxis jedoch sowohl im politischen als auch im gesamtgesellschaftlichen Diskurs sowie im Rahmen ökonomischer Perspektiven keine relevante Bedeutsamkeit erfährt und somit aus Sicht gegenwärtiger Diskurse unsichtbar bleibt. Im Hinblick auf die Intention des Beitrages ist zudem herauszustellen, dass Menschen auch direkt von privater Sorgearbeit abhängig sind, um beispielsweise einer Erwerbstätigkeit überhaupt erst nachgehen zu können. Christiane Bomert, Sandra Landhäußer, Eva Maria Lohner und Barbara Stauber (2021) stellen zwei zentrale Ursachen, die bestehende Zentralisierung der Erwerbsarbeit und eine anhaltende Feminisierung von *Care*, zur Diskussion (vgl. Bomert u. a. 2021, S. 2). Um Folgen der geschlechtsspezifischen Sorgearbeit verständlicher diskutieren zu können, geht es zunächst darum, die Verbindung von (*Care*-)Arbeit und Geschlecht herzuleiten.

So können die Anfänge geschlechtsspezifischer Arbeitsteilung am Ende des 18. Jahrhunderts verortet werden, als die Industrialisierung den Aspekt der Erwerbsarbeit mit sich brachte und zu einer Verschiebung der Geschlechterverhältnisse sowie folglich fundamentaler Differenz führte (vgl. Hausen 2012; Riegraf 2019). Vorher galt mitunter die Annahme des Ein-Geschlechter-Modells. Jene bestehende soziale Ordnung wurde erst im Laufe des 18. Jahrhunderts durch das Entdecken biologischer Unterschiede zum einen sowie das Zeitalter der Industrialisierung zum anderen irritiert (vgl. Degele 2008, S. 62 f.). Im Zuge dieser neuen Erkenntnisse galt es, klare Rollen für Frauen* und Männer* festzulegen, bei denen die „Unterschiede zwischen Männern und Frauen als natürlich und die Geschlechterhierarchie als anatomischer Sachverhalt" (Degele 2008, S. 60) ausgemacht wurden. Die Reproduktionsarbeit wurde Frauen* zugewiesen, die durch die Höherbewertung monetärer Arbeit somit von gesellschaftlicher Ausgrenzung betroffen waren (vgl. ebd.). Mit dieser Kopplung der Geschlechter

4 ParAScholaBi ist die Abkürzung für das Forschungsprojekt „Partizipatives Ausbildungskonzept zur Förderung und Entstigmatisierung von Schülerinnen und Schülern mit längeren Bildungswegen vor der Pflegeausbildung". Zum Projektteam unter der Leitung von Prof. Dr. Wolfgang von Gahlen-Hoops und Prof. Dr. Christiane Micus-Loos gehören Lola Maria Amekor, Luisa Brandt, Denise Doering, Godje Jürgensen und Stefan Michalski. Dabei beziehen wir uns unikategorial sowie in Interdependenz mit *Alter* auf die Differenzlinie Geschlecht im Diskurs um das Spannungsfeld von privater und erwerbsbegründeter *Care*-Arbeit. In diesem Beitrag wird Geschlecht als soziale Konstruktion und Strukturkategorie betrachtet (vgl. Micus-Loos 2020).

an differente Arbeitsbereiche wurde der Mensch folglich biologisch begründet in zwei Geschlechter unterteilt, die sich in ihren Eigenschaften und Verhaltensweisen scheinbar maßgeblich unterscheiden würden (vgl. Parsons & Bales 1955).

Care war und ist folglich durch eine geschlechterhierarchische Arbeitsteilung charakterisiert (vgl. Teubner 2008, S. 491). Auch heute wird die private *Care*-Arbeit nach wie vor zu einem großen Anteil von Frauen* geleistet. Der sogenannte Gender-Care-Gap beschreibt hier die tägliche Zeitverwendung für *Care*-Tätigkeiten in Prozent und offeriert Informationen zur Arbeitsteilung qua Geschlecht. Frauen* leisten täglich 87 Minuten mehr *Care*-Arbeit als Männer*. Dies entspricht einem seit Jahren unveränderten Gender-Care-Gap von 52,4% (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2018). In der Verschränkung der Differenzlinien Geschlecht und Alter zeigt sich, dass sich der Gender-Care-Gap wechselseitig mit dem Alter ausweitet, bis im Alter von 34 Jahren der Peak erreicht ist. Frauen* verrichten in dieser Zeit ihres Lebens 5:18 Stunden private *Care*-Arbeit am Tag, wohingegen Männer* lediglich 2:31 Stunden dafür aufbringen. Insgesamt steigt die tägliche Zeitverwendung für private *Care*-Arbeit bei Männern* mit zunehmendem Alter an; bei Frauen* nimmt diese leicht ab, bleibt jedoch über die Lebensspanne kontinuierlich höher als die der Männer* (vgl. Klünder 2017, S. 12). Eine höhere Teilzeiterwerbsquote von Frauen* wird gleichsam als Begründung für einen höheren Anteil privater Sorgearbeit verwendet (vgl. Beckmann 2016, S. 5). Doch auch an erwerbsfreien Tagen verbringen Frauen* 1,5 Stunden mehr Zeit für private *Care*-Praxen als Männer* (vgl. Samtleben 2019, S. 143). So kann die Ungleichverteilung von privater *Care*-Arbeit nicht lückenlos mit der Ungleichverteilung der Erwerbsarbeit begründet werden und verweist anhaltend auf hegemoniale Geschlechterhierarchien.

2 Zur Prekarität von Care-Arbeit

Unter der Überschrift „Who cares" diskutieren Blomert u. a. (2021) *Care*-Relationen im Kontext von Feminisierungs-, Entwertungs-, und Prekarisierungsprozessen und heben folglich die zentrale Bedeutung der vorherrschenden Wertefixierung von Erwerbsarbeit korrelierend mit einem machtvollen Geschlechterverhältnis hervor. Indem über eine Erwerbstätigkeit „der Zugang zu den gesellschaftlich geschätzten materiellen und immateriellen Gütern wie Einkommen und Sicherheit, Anerkennung und Status" (Beckmann 2016, S. 9) geschaffen wurde, verwundert es kaum, dass jene zum zentralen Bezugspunkt gesellschaftlichen Lebens wurden. Durch die „gesellschaftlich-historische" (ebd., S. 12) Koppelung von Erwerbsarbeit und privater *Care*-Arbeit sowie die Verwiesenheit ersterer auf letztere als Grundvoraussetzung kapitalistischer Vergesellschaftungsprozesse, „kann die Geschlechterordnung somit als implizite Grundvoraussetzung der Gesellschaftsordnung verstanden werden" (ebd.). Dabei lässt sich auch die deutsche Sozial- und Arbeitsmarktpolitik als reproduzierender Faktor herausstellen. Sozialsysteme und Arbeitsmarktpolitik sind einerseits klar auf Erwerbsarbeit als Grundlage der Wohlfahrt ausgerichtet; andererseits fördern und verlangen Familien-,

Bildungs- und Steuerpolitik aber gezielt private *Care*-Arbeit, ohne diese Arbeit entsprechend anzuerkennen – letztere bleibt trotz der elementaren Bedeutung unsichtbar. Das wohl populärste Beispiel dafür – das Ehegattensplitting – belohnt seit 1958 in der Bundesrepublik Deutschland, wenn eine Eheperson wenig oder im Idealfall gar nichts verdient (vgl. Wersig 2013, S. 16). Durch das Splitting werde das alleinverdienende Modell strukturell gefördert, wovon in Wechselseitigkeit mit bspw. der Betrachtung des Gender-Pay-Gap meist Frauen*, die zum einen weniger verdienen und zum anderen häufig in geringer bezahlen Erwerbstätigkeiten beschäftigt sind, nachteilig betroffen sind (vgl. ebd., S. 17). Gesetzesänderungen im Rentenrecht sowie der Ausbau des frühkindlichen Betreuungsangebots führen zu einer höheren Beschäftigungsquote von Frauen*: Im Vergleich zum Jahr 2001 ist 2017 ein deutlicher Anstieg der Erwerbsarbeit in der Beschäftigungsquote sichtbar, die von 73 % auf 83,1 % anstieg, wobei der signifikante Gender-Care-Gap und damit eine erhebliche Doppelbelastung bestehen bleiben. Zudem zeigt sich, dass die wöchentliche Erwerbsarbeitszeit über die beschriebene Zeitspanne abnahm (vgl. Müller & Samtleben 2022, S. 141 f.).

Dies lässt im Rahmen der inhaltlichen Ausgestaltung dieses Beitrags zwei entscheidende Schlussfolgerungen zu: Als besonders bedeutsam soll hier herausgestellt werden, dass die differenten Anforderungen von Erwerbsarbeit und privater Sorgearbeit primär auf individueller Ebene als Vereinbarkeitsproblem diskutiert und bearbeitet werden (vgl. Micus-Loos u. a. 2016; Oechsle 2008, S. 231; Schwiter 2015). Dies bedeutet, Personen werden in die Verantwortung gezogen, dem multifaktoriell prekären Spannungsfeld von Erwerbs- und Sorgearbeit selbst zu begegnen und individuelle Lösungen der Vereinbarkeit zu finden.

Zudem ist zu berücksichtigen, dass auch Berufsfelder, in denen zu einem Großteil Frauen* arbeiten, prekär sind. Berufe, die einer besonderen Feminisierung unterliegen, gehen häufig mit einem erheblichen Status- und Anerkennungsverlust sowie korrelierend geringerer Bezahlung einher (vgl. Teubner 2008, S. 495). So waren im Juni 2022 rund 82 % der sozialversicherungspflichtig Pflegenden Frauen (Destatis). Der Bedarf an Pflegekräften in Deutschland steigt stark an. Einer Studie des deutschen Krankenhausinstituts DKI zufolge wird sich entlang bestehender Trends der Personalbedarf in der Pflege bis 2030 über alle Pflegebereiche hinweg um etwa 187 Tsd. Vollzeitstellen erhöhen (vgl. Blum, Offermanns & Steffen 2019, S. 58). Für die Pflege als Frauenberuf (vgl. Destatis 2023) zieht die Feminisierung privater *Care*-Arbeit somit weitere Fehlzeiten und Fachkräftemangel nach sich. Knapp 54 % der Beschäftigungsverhältnisse im Gesundheitswesen werden zudem in Teilzeit oder geringfügiger Beschäftigung abgeschlossen (ebd.).

Resümierend lässt sich festhalten, dass *Care* aufgrund der krisenhaften Verwobenheit mit hegemonialen Machtverhältnissen relevant gemacht werden muss (vgl. Dietze u. a. 2021). Einzelne Personen stehen vor der Herausforderung, das Spannungsfeld zwischen privater und erwerbsbegründeter *Care*-Arbeit in mitten mannigfaltiger

gesellschaftlich-normativer Strukturen, Erwartungen und Fallstricke zu bearbeiten.[5] Im nachfolgenden Abschnitt gilt es zu analysieren, wie Umschulende Personen die theoretisch hergeleitete Problematik des Spannungsfeldes beschreiben und welche Auswirkungen sie sowohl auf den privaten als auch den Erwerbs- bzw. Ausbildungsalltag haben.

3 Zum Spannungsfeld von privater und erwerbsbegründeter *Care*-Arbeit in der Pflegeausbildung – interviewgestützte Fallrekonstruktionen aus ParAScholaBi

Im Rahmen des Pflegebildungsforschungsprojektes (2022–2025) wird ein mehrperspektivisches, mehrstufiges Design verfolgt, welches sowohl begriffliche Konzepte klärt (z. B. Anerkennung), als auch quantitative Sekundäranalysen und qualitative mehrperspektivische Einzel- und Fokusgruppeninterviews durchführt.[6] Für diesen Beitrag haben wir ausschließlich das qualitative Datenmaterial von 18 Umschulenden Personen ausgewählt und exemplarisch zwei Interviews in Form zweier Kasuistiken rekonstruiert (vgl. Wernet 2021). Darin nehmen wir in der Fallanalyse Bezug darauf, inwieweit das Spannungsfeld von privater und erwerbsbegründeter *Care*-Arbeit von den Interviewpartnerinnen und -partnern im Kontext von Herausforderungen innerhalb der Umschulung in der generalistischen Pflegeausbildung selbst zum Thema gemacht wird. Das Spannungsfeld privater und erwerbsbegründeter *Care*-Arbeit wurde im Rahmen der induktiven Auswertung, angelehnt an die Grounded Theory, als relevantes Themenfeld sichtbar (vgl. Glaser & Strauss 2010; Strauss & Corbin 2010; Strübing 2014).

Sabine – „Ich habe halt zuhause auch viel um die Ohren…"

Sabine ist Mitte 40 und identifiziert sich als Frau (I1, Z. 371). Sie ist Mutter von vier Kindern im Alter von 15–23 Jahren und verheiratet mit einem Mann (I1, Z. 49). Sabine hat eine Ausbildung zur Friseurin absolviert und vor der dreijährigen Pflegeausbildung zur Pflegefachfrau zuletzt elf Jahre als Pflegehelferin gearbeitet.

Zeitfaktor der erwerbsbegründeten Care-Arbeit

Sabine beschreibt in Bezug auf Herausforderungen im Rahmen der Ausbildung zur Pflegefachperson die aufgewendete Zeit der Ausbildung als zentralen Faktor. Dabei bezieht sie sich sowohl auf die Praxiseinsätze als auch auf die Schulblöcke und äußert,

5 An dieser Stelle ist ausdrücklich darauf zu verweisen, dass die Coronapandemie das bestehende System um *Care* herausgefordert hat. Die Prekarität um *Care* wurde vehement sichtbar, da bis dato vorherrschende Versorgungsstrukturen nicht mehr zugänglich waren und *Care* wieder häuslich organisiert werden musste (vgl. Bünning u. a. 2020; Kohlrausch & Zucco 2020).

6 Im Rahmen des Projektes wurden statistische Daten ausgewertet und problemzentrierte Einzelinterviews (n = 27) sowie sieben Fokusgruppeninterviews (n = 35) durchgeführt (vgl. Projekthomepage: https://www.pflegepaedagogik.uni-kiel.de/de/projekt-parascholabi).

dass sie im letzten Jahr wenig Urlaub gehabt habe und „im Prinzip auch schon seit letztem Jahr irgendwie durch[ziehe]“ (I1, Z. 150). Sabine verknüpft den hohen Zeitaufwand der Ausbildung mit mangelnder Kraft und Konzentration und beschreibt eine Verschlechterung letzterer „von Tag und Tag“ (I1, Z. 151). Die Ausbildung nehme viel Zeit in Anspruch, weshalb Sabine sich auch während der Praxiseinsätze oder am Wochenende „[...] immer noch einmal hin[setze] und den ganzen Stoff [...] noch einmal durch[arbeite]“ (I1, Z. 430 f.).

Unsichtbare private Care-Praxen

Neben dieser „vielen Zeit“ (I1, Z. 147) der Ausbildung, beschreibt Sabine im Rahmen vorherrschender Herausforderungen verschiedene private *Care*-Praxen und setzt diese in Bezug: „Weil, ich habe ja nicht nur Schule und Betrieb. Ich habe halt zuhause auch viel um die Ohren, alleine durch die Termine in HG-Stadt“ (I1, Z. 404 f.). Die Termine in HG-Stadt nimmt sie gemeinsam mit ihrem Kind wahr, das trans* ist. So fährt Sabine alle sechs Wochen mit ihrem Kind 120km von BN-Stadt nach HG-Stadt zu Fachärztinnen und Fachärzten, da es in ihrer näheren Umgebung keine für sie geeigneten Ärztinnen und Ärzte gibt.

> „Das ist natürlich immer, was viel fordert. Wir sind sowohl bei der Psychotherapie in HG-Stadt als auch mit dem Endokrinologen in HG-Stadt. Weil auch da haben wir hier irgendwie nichts Geeignetes an Ärzten, wo man ruhigen Gewissens hingehen kann“ (I1, Z. 405–407).

Zudem äußert Sabine selbst, das Gefühl zu haben, therapeutische Hilfe zu benötigen. Sie macht ihre eigene psychische Gesundheit aus sich heraus im Interview zum Thema. Dabei bezieht sie sich auf ihr „schweres Leben“ (I1, Z. 616) als Kind und Jugendliche. Im Zuge dessen beschreibt sie, dass ihr Vater sich das Leben genommen habe, als sie 16 Jahre alt war, und verbalisiert, dass sie „über kurz oder lang um eine Therapie nicht herumkomme“ (I1, Z. 622 f.).

Erst wenn die Ausbildung abgeschlossen ist, könne sich Sabine vorstellen, therapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Sie begründet dies zum einen damit, dass sie Gefühle der Angst hege, eine Therapie könne ihre Ausbildung negativ beeinflussen. Zum anderen begründet sie ihre Entscheidung mit befürchteten Fehlzeiten, die ihre Ausbildung ebenfalls gefährden würden.

> „Ich werde es-, also, ich habe mir fest vorgenommen, wenn ich mit meiner Ausbildung fertig bin, werde ich das in Angriff nehmen. Ich glaube, ich werde dann auch einmal eine Reha beantragen, um einfach auch für mich klarzustellen, ich muss das verarbeiten. Aber ich kann mir das jetzt nicht erlauben“ (I1, Z. 626–630).

Im Rahmen psychischer Gesundheit bezieht sich Sabine zudem auf die erwerbsbegründete *Care*-Arbeit und stellt heraus, dass die Auszubildenden hinsichtlich der Erlebnisse der schweren Covid-19-Ausbrüche und der vielen toten Menschen keinerlei Unterstützung erhalten hätten. Da keine Bearbeitung im Arbeitskontext stattfindet, läge die Verantwortung der Aufarbeitung bei den Arbeitnehmenden selbst, welche jene Erlebnisse „mit nach Hause schleppen“ (I1, Z. 555).

Finanzielle Situation als Sorge?!

Auf die Frage nach den Herausforderungen im Kontext der Umschulung in der generalistischen Pflegeausbildung nennt Sabine zudem die finanzielle Situation ihrer Familie:

> „Also, das Finanzielle definitiv. Gerade jetzt, wo die Fahrtkosten ja auch unheimlich gestiegen sind. Sie kriegen ja nicht mehr Geld. Aber wir haben halt höhere Kosten zu tragen. Das ist schon eine Herausforderung" (I1, Z. 386–388).

Dabei bezieht sie sich zunächst grundlegend auf die finanziellen Ressourcen, die die Umschulung fordere, wie z. B. Material oder einen Computer, den sich Sabine zulegen musste. Sie beschreibt, dass sie derzeit die hauptverdienende Person in ihrer Familie sei. Ihr Mann habe einen 450€-Job, nachdem er eine Hotelfachausbildung hätte abbrechen müssen und nachfolgend arbeitssuchend gewesen sei. Die Familie lebe von Sabines Ausbildungsgehalt sowie dem Kindergeld der beiden Kinder. Sabine beschreibt die finanzielle Situation als „schwierig" (I1, Z. 416).

Sie charakterisiert die finanzielle Situation als Grundvoraussetzung, die Umschulung absolvieren zu können, und berichtet, dass bereits viele Personen aufgrund mangelnder finanzieller Möglichkeiten die Ausbildung hätten abbrechen müssen. Auch Sabine selbst beschreibt, dass sie die finanzielle Situation in der Ausbildung „ausbremst" (I1, Z. 710). Sie stellt dies als „das größte Problem in der Ausbildung" (I1, Z. 711) heraus. Besonders auffällig ist, dass sie von Situationen spricht, in denen sie sich entscheiden muss, ob sie Geld für Ausbildungsliteratur oder ihre Familie ausgibt:

> „Ich weiß, wir sind als Auszubildende in der Pflege schon gut bezahlt, im Gegensatz zu anderen Ausbildungsberufen. Aber trotz alledem sind unsere Kosten auch extrem gestiegen. Gerade jetzt, in den letzten Zeiten, wo man sich dreimal überlegt, brauche ich das Buch jetzt oder kaufe ich lieber Brot für die Familie, so. Das ist einfach so" (I1, Z. 712–715).

Marco – „Ich ziehe das jetzt durch, egal wie schwer das für mich wird..."

Marco ist Anfang 30 und identifiziert sich als Mann (I2, Z. 575). Marco ist Vater von einem Kind und hat eine Freundin (I2, Z. 779). Vor der generalistischen Pflegeausbildung hat Marco in der Gastronomie sowie im Telekommunikationsbereich im Kundenservice gearbeitet.

Private und erwerbsbegründete Care-Arbeit

Marco zeigt im Verlauf des Interviews an verschiedenen Stellen Querbezüge zwischen privater und erwerbsbegründeter *Care*-Arbeit, welche neben motivationalen Aspekten auch zeitliche und finanzielle Dimensionen adressieren. So habe er sich, als er erfahren habe, dass er Vater werde, gefragt, „[...] wie es in [seiner] Zukunft weitergehen soll und was [er seiner] Tochter zu bieten haben würde" (I2, Z. 21–22). Im Weiteren darauf Bezug nehmend schildert Marco dazu: „Ich hatte einfach nur das Ziel vor Augen, okay, ich werde Vater. Ich ziehe das jetzt durch, egal wie schwer das für mich wird. Ich ziehe die drei Jahre durch, komme, was wolle" (I2, Z. 74–76).

Im Erleben der Umschulung als Kombination aus „[...] Ausbildung, kleinem Kind zu Hause und nebenbei Fahrschule [...]“ habe er sich im Alltag „oft überfordert“ gefühlt (I2, Z. 224 f.) und führt lange Fahrzeiten, insbesondere bei den Praktika sowie dem Einsatz im Krankenhaus mit den Schichtdiensten, als Erschwernisse an. Organisatorische Herausforderungen zeigen sich für Marco scheinbar als vordergründig. Die pandemiebedingte Homeschooling-Phase in der beruflichen Schule wurde entsprechend positiv wahrgenommen: „Mir hat auch das Homeschooling sehr gefallen, was ja im ersten Jahr immer präsent war, muss ich sagen. Der Arbeitsweg war immer kurz“ (I2, Z. 280 f.). Auch der Alltag sei dadurch oft sogar noch kürzer gewesen, „[...] weil ich es immer schneller schaffen konnte als in der vorgegebenen Zeit. Und so mir dann immer noch ein bisschen Zeit erarbeiten konnte so für mich oder für meine Tochter“ (I2, Z. 285–287). Die Belastungen durch die Lern- und Arbeitsorte Theorie und Praxis setzt Marco für sich jedoch auch abschwächend in Relation zu seinen beruflichen Vorerfahrungen:

> „Also egal, ob jetzt als Kellner, also im Service, oder jetzt auch in der Küche. Die Überstunden, die man da leistet, sind ja einfach unmenschlich. Also viele behaupten das ja auch immer von der Pflege. Allgemein, dass die Pflege so anstrengend ist und Überstunden, und Arbeitszeiten. Aber ich glaube, Leute, die das behaupten, die haben in der Gastronomie noch nie gearbeitet“ (I2, Z. 49–53).

Finanzielle Situation als Sorge?!

Als weiterer möglicher Belastungsfaktor wird von Marco die finanzielle Situation, teils ambivalent, thematisiert. So sei es je nach Situation „[...] natürlich immer eine Frage auch des Geldes [...]“ (I2, Z. 675 ff.), ob man überlege, nochmals eine Ausbildung zu beginnen. Er sei allerdings sein Leben lang mit wenig Geld klargekommen und habe auch mit dem Rauchen aufgehört. Zudem nutze er die drei Jahre der Ausbildung, um ein Insolvenzverfahren zu machen. Er habe keinen Vorzeigelebensstil geführt und einen Kredit für seine Wohnung aufgenommen,

> „[...] weswegen ich, ja, ein paar Schulden aufgebaut habe. Und habe mich dazu entschieden, ein Insolvenzverfahren zu machen. Gerade deswegen, weil man zu Corona-Zeiten die Möglichkeit hatte, dass das Insolvenzverfahren von sechs auf drei Jahre verkürzt wird. Und das hat mir in die Karten gespielt, sodass ich dachte, alles klar, wenn ich jetzt Insolvenz mache und die Ausbildung anfange. Ich verdiene eh drei Jahre kein Geld, das passt mit der Insolvenz. Und wenn ich mit der Insolvenz fertig bin, verdiene ich auch Geld und das hat mir wunderbar gepasst“ (I2, Z. 683–689).

Marco spricht auch verschiedene Unterstützungsleistungen zur schulischen Ausstattung, zu den Fahrtkosten und zu dem Erwerb des Führerscheins an, sowie Bonuszahlungen zum Start der Umschulung, der Zwischenprüfung und später dann dem Examen, was er zu schätzen wisse. Diese seien „[...] ein kleiner Ansporn, mit dem man sich ja auch irgendwie belohnen kann im Zuge der Ausbildung. Was einen ja weiter motivieren lässt. Und ich finde, da sollte man sich dann auch was von kaufen. Einfach, um diesen Belohnungsaspekt zu haben“ (I2, Z. 737–740).

4 Zwischen Strukturlogik und Einzelfalllogik – Schlussfolgerungen zum Spannungsfeld von privater und erwerbsbegründeter *Care*-Arbeit

Die beiden Kasuistiken von ParAScholaBi, eingebettet in theoretische Betrachtungen des Diskurses um *Care*, sowie die *Care*-Ordnung qua Geschlecht und Alter zeigen, dass umschulende Personen in der Pflegeausbildung besonders von der Prekarität im Spannungsfeld von privater und erwerbsbegründeter *Care*-Arbeit betroffen sein könnten. Dass Personen, die eine Umschulung absolvieren, meist ein höheres Alter haben und die privat zu leistende *Care*-Arbeit mit dem Alter ansteigt, gibt einen ersten Hinweis auf die besondere Betroffenheit. Zudem sind Umschulende Personen in der Pflegeausbildung nach wie vor zu einem Großteil Frauen*, denen meist der große Mehranteil an privat geleisteter *Care*-Arbeit obliegt. So konnten die theoretisch hergeleiteten und durch statistische Daten gestützten Unterschiede qua Geschlecht teilweise auch im Fall von Sabine aufgezeigt werden. Obgleich durch den Leitfaden nicht explizit nach privat geleisteter Sorgearbeit gefragt wurde, war auffällig, dass Sabine auf die Frage nach Herausforderungen im Kontext der Ausbildung explizit Bezug auf verschiedene *Care*-Praxen nimmt und diese sowie die korrelierende Verantwortung damit ausführlich beschreibt. Der Fall des männlichen Umschülers Marco ließ diese wiederum nur implizit verlauten.

Hier ist zu kennzeichnen, dass die Diskussion um *Care* nach wie vor primär zweigeschlechtlich geführt wird. In statistischer Hinsicht bspw. findet die Berücksichtigung von Geschlecht weiterhin ausschließlich binär statt, obgleich neuere Statistiken der Gesundheitsberufe eine dritte Wahloption innerhalb der Datenerfassung bereitstellen (‚die mit der Begrifflichkeit *divers* ebenfalls zu kritisieren ist), werden diese jedoch in der Veröffentlichung der Statistiken wieder herausdividiert (Destatis 2022)[7]. Neben dem Fakt, dass Geschlecht jenseits von weiblich und männlich dadurch eine geminderte Relevanzsetzung erfährt, welche explizit als diskriminierend zu benennen ist, erschwert diese Tatsache schon aufgrund der statistischen Ausgangslage eine Auseinandersetzung mit *Care* außerhalb der zweigeschlechtlichen Norm. Jenseits der heteronormativen Norm klafft demnach eine große Leerstelle hinsichtlich der empirischen Auseinandersetzung um *Care*.

Ein weiterer entscheidender Faktor, warum umschulende Personen hier mitunter eine besondere Betroffenheit erfahren, der in der Literatur um *Care* bisher weitestgehend unberücksichtigt bleibt, ist, dass die Personen sich in einer Pflegeausbildung befinden. Das bedeutet, dass hier nicht die Erwerbsarbeit allein angesprochen wird, sondern das Absolvieren einer Ausbildung. In Bezug auf das Spannungsfeld zwischen privater *Care*-Arbeit und Erwerbsarbeit ist entsprechend eine besondere pflegedidaktische Perspektive vonnöten. Personen, die sich in der Ausbildung befinden, sind, auf-

7 Das statistische Bundesamt erfasst weitere Geschlechtskategorien, für die Berichterstattung erfolge „[…] eine Zuordnung der Merkmalsausprägungen ‚divers' und ‚ohne Angabe' zu den Kategorien ‚männlich' und ‚weiblich' per Zufallsprinzip (ohne proportionale Quotierung, mit Erwartungswert von 0,5). […]" (S. 3).

grund der vorgegebenen Strukturen, geringfügig flexibel was die erwerbsbegründete *Care*-Arbeit angeht. Viele Personen, mitunter meist Frauen*, die den Großteil privater *Care*-Arbeit leisten, begegnen dem Spannungsfeld zwischen privater *Care*-Arbeit und Erwerbsarbeit, indem sie die Erwerbsarbeitsstunden reduzieren. Diese individuelle Bearbeitung, die nach wie vor kritisch zu betrachten ist und keineswegs als Lösung beschriebener Problematiken um *Care* fungieren darf, ist folglich nicht gegeben. Das bedeutet für Personen wie Marco und Sabine, obgleich die individuelle Bearbeitung im Sinne der Vereinbarkeit kritisch einzuordnen ist, weniger Handlungsoptionen im zugrunde liegenden Spannungsfeld von privater und erwerbsbegründeter Sorgearbeit.

Umschulende Personen stehen im Rahmen der Erwerbsarbeit als ein Pol des hier thematisierten Spannungsfeldes, neben Risikofaktoren der *Care*-Ordnung wie Geschlecht und Alter, folglich vor der Herausforderung, sich innerhalb einer Ausbildung zu befinden, welche aus Sicht des Forschungsprojektes ParAScholaBi mannigfaltige persönliche, lerntheoretische sowie finanzielle Herausforderungen mit sich bringt. Dies muss vor allem auch vor dem Hintergrund betrachtet werden, dass beide in diesem Beitrag analysierten Falldarstellungen Personen beschreiben, die im Sinne der gesellschaftlichen Norm in Zwei-Eltern-Familien leben. Obgleich es ein Ungleichverhältnis hinsichtlich der privaten *Care*-Arbeit gibt, welches nicht nur in heterosexuell definierten Paarbeziehungen vorherrscht (vgl. Buschner 2014), stehen Ein-Eltern-Familien vor mannigfaltigen anders gelagerten Herausforderungen, die nicht unberücksichtigt bleiben dürfen. So stellt sich die Frage, wie realistisch eine Umschulung im Kontext der neu geregelten Pflegeausbildung von Ein-Eltern-Familien mit Kindern ist, blieben die strukturellen Gegebenheiten unverändert?[8]

In Bezug auf den Titel des Beitrags lässt sich schlussfolgern, dass im Ungleichheitsverhältnis von *Care* qua Geschlecht die Unsichtbarkeit von *Care*-Praxen ein zentrales Ergebnis darstellt. Unsichtbare *Care*-Praxen beziehen ihre Bedeutung dabei nicht aus der Benennung durch die Forschenden, sondern durch das Erleben der Sorgenden selbst. Die Auseinandersetzung mit dem empirischen Material zeigt, dass das Bewusstsein, die Belastung ursprünglich zu benennen und auf private Sorgearbeit zu adressieren, aufseiten der beforschten Personen kaum vorliegt. Belastungsfaktoren werden zwar explizit beschrieben, jedoch nur implizit mit *Care*-Arbeit verbunden. So wird deutlich, dass bestimmte *Care*-Praxen durch den aktuellen Diskurs um den, wie bereits oben beschrieben, eng gefassten *Care*-Begriff mit Fokus auf Reproduktionsarbeit keine Relevanz als möglicherweise belastende Faktoren privater *Care*-Arbeit erhalten.

Hier ist zunächst die finanzielle Sorge zu nennen, die wir sprachlich der Forderung angeglichen haben, die Verantwortung um die finanzielle Situation einer Person oder Familie ist im Sinne von Mental Load als Teil von *Care* zu verstehen. Beide Personen beschreiben die finanzielle Situation als herausfordernd im Rahmen der Ausbil-

8 Das Sample von ParAScholaBi umfasst insgesamt vier umschulende Personen, welche im Begleitfragebogen sowohl angaben, „ledig" oder „geschieden" zu sein als auch ein bzw. zwei Kinder im Haushalt zu haben, gleichsam gab eine Person mit Kindern den Stand „verwitwet" an. Da sich die Komplexität von Partnerschaften jedoch einer einfachen Nomenklatur offenkundig entzieht, wurde im Rahmen dieses begrenzten Beitrages von einer weiteren Vertiefung zu Ein-Eltern-Familien abgesehen.

dung, erläutern Unterstützungsmöglichkeiten und Strategien und stellen, in Bezug auf benötigte finanzielle Ressourcen in der Ausbildung, einmal mehr die Verantwortlichkeit, die damit einhergeht, heraus. Die Überlegungen von Sabine, ob sie Geld für die Ausbildung oder ihre Familie ausgibt, ist ein weiterer Verweis auf den Mental Load, der in der Verantwortung für finanzielle Ressourcen liegt, und würde die Argumentation stützen, dass finanzielle Sorge auch ein Teil von Care ist.

Besondere Erwähnung im Rahmen unsichtbarer *Care*-Praxen müssen zudem die Erläuterungen zur Fürsorge um das Kind, welches trans* ist, sowie die Sorge um die eigene psychische Gesundheit finden. Jene beschriebenen Themen sind gesellschaftlich vielfacher Stigmatisierung, Ausgrenzung sowie De-Thematisierung unterworfen (vgl. Franzen & Sauer 2010), weshalb der Dialog darüber ohnehin schon mit Hürden verbunden ist. Diesbezüglich vorherrschende Diskurse verweisen folglich darauf, dass jene Themen nicht nur tabuisiert sind, sondern dass die fehlende Auseinandersetzung mit diesen Themen zwangsläufig dazu führen muss, dass sie nicht als Teil privater *Care*-Arbeit betrachtet werden (können). Hier sind auch die psychischen Belastungen zu nennen, die ihren Ursprung in der Coronapandemie finden. Aus der ersten Falldarstellung wurde deutlich, dass sie seitens der Arbeitsinstitution nicht bearbeitet werden, was die individuelle Bewältigung hin zur privaten Sorge verschiebt.

In Bezug auf den Eingang des Beitrags sprechen wir uns für einen weit gefassten *Care*-Begriff aus und bestätigen dies anhand des uns zur Verfügung stehenden empirischen Materials. Eine deutliche Erweiterung des *Care*-Begriffs ist nötig, um bislang unsichtbar bleibende *Care*-Praxen als solche zu benennen, einzubeziehen und folglich anzuerkennen. Wie durch theoretische Bezüge beschrieben, wird private *Care*-Arbeit ohnehin als selbstverständlich für unser gesellschaftliches Zusammenleben vorausgesetzt, ohne eine explizite Beachtung bzw. nötige Relevanzsetzung in Gesellschaft und Politik zu erfahren. Bislang aus verschiedenen Gründen unsichtbar gebliebene *Care*-Praxen verstärken die Annahme, private Sorgearbeit sei einfach nebenbei zu leisten. Wenn kein Bewusstsein darüber besteht, was private *Care*-Arbeit umfasst und was hierbei zu bewältigen ist, bleibt die Anerkennung dessen sowie das Aufbrechen ungleicher Verhältnisse von *Care* eine Utopie.

Literatur

Aulenbacher, B. (2020). Auf neuer Stufe vergesellschaftet: Care und soziale Reproduktion im Gegenwartskapitalismus. In K. Becker, K. Binner & F. Déciuex (Hg.), *Gespannte Arbeits- und Geschlechterverhältnisse im Marktkapitalismus,* S. 125–148. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Beckmann, S. (2016). *Sorgearbeit (Care) und Gender: Expertise zum Siebten Altenbericht der Bundesregierung*. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen. Verfügbar unter https://www.ssoar.info/ssoar/handle/document/49972 (Zugriff am: 05.01.23).

Blum, K., Offermanns, M. & Steffen, P (2019). *Situation und Entwicklung der Pflege bis 2030. Deutsches Krankenhausinstitut*. Düsseldorf: Deutsches Krankenhausinstitut.

Bomert, C., Landhäußer, S., Lohner, E. M. & Stauber, B. (2021). Care! Zum Verhältnis von Sorge und Sozialer Arbeit – eine Einleitung. In C. Bomert, S. Landhäußer, E. M. Lohner & B. Stauber (Hg.), *Care! Zum Verhältnis von Sorge und Sozialer Arbeit,* S. 1–25. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2018): *Zweiter Gleichstellungsbericht der Bundesregierung*, Berlin.

Bünning, M., Hipp, L. & Munnes, S. (2020). *Erwerbsarbeit in Zeiten von Corona*. WZB Ergebnisbericht, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Berlin. Verfügbar unter https://www.econstor.eu/handle/10419/216101 (Zugriff am: 21.03.2023).

Buschner, A. (2014). *Die Arbeitsteilung gleichgeschlechtlicher Paare in Deutschland*. Verfügbar unter https://core.ac.uk/download/pdf/144489849.pdf (Zugriff am: 02.02.2023).

Degele, N. (2008). *Gender/Queer Studies*. Paderborn: Wilhelm Fink.

Destatis – Statistisches Bundesamt (2022). *Statistik nach der Pflegeberufe-Ausbildungsfinanzierungsverordnung 2021.*

Destatis – Statistisches Bundesamt (2023). *Gesundheitspersonal: Deutschland, Jahre, Beschäftigungsverhältnis, Geschlecht, Berufe im Gesundheitswesen* (23621–0004). (Statistik erstellt am: 03.02.2023).

Franzen, J. & Sauer, A. (2010). *Benachteiligung von Trans* Personen, insbesondere im Arbeitsleben*. Berlin: Antidiskriminierungsstelle des Bundes. Verfügbar unter https://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/downloads/DE/publikationen/Expertisen/expertise_benachteiligung_von_trans_personen.pdf?__blob=publicationFile&v=3#:~:text=Internationale%20Studien%20belegen%2C%20dass%20Trans,Bel%C3%A4stigungen%20bis%20hin%20zu%20Gewalt (Zugriff am: 02.02.2023).

Gerhard, U. (2010). Geschlechterverhältnisse im Wandel: Anforderungen unter globalem Anpassungsdruck am Beispiel fürsorglicher Praxis/Care. In G. Becke, P. Bleses, W. Ritter & S. Schmidt (Hg.), *Decent Work': Arbeitspolitische Gestaltungsperspektive für eine globalisierte und flexibilisierte Arbeitswelt,* S. 221–230. Wiesbaden: VS Verlag.

Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (2010). *Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung*. Bern: Huber.

Hausen, K. (2012). *Geschlechtergeschichte als Gesellschaftsgeschichte*. Göttingen: Vadenhoeck und Ruprecht.

Klünder, N. (2017). *Differenzierte Ermittlung des Gender Care Gap auf Basis der repräsentativen Zeitverwendungsdaten 2012/13*. Berlin: Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e. V., Geschäftsstelle Zweiter Gleichstellungsbericht der Bundesregierung.

Kohlrausch, B. & Zucco, A. (2020). Corona trifft Frauen doppelt – weniger Erwerbseinkommen und mehr Sorgearbeit. *WSI Policy Brief Nr. 40,* Mai 2020. Verfügbar unter https://www.boeckler.de/pdf/p_wsi_pb_40_2020.pdf (Zugriff am: 22.03.2023).

Micus-Loos, C. (2020). *Gender* [online]. socialnet Lexikon. Bonn: socialnet, 30.10.2020. Verfügbar unter https://www.socialnet.de/lexikon/Gender (Zugriff am: 22.03.2023).

Micus-Loos, C., Plößer, M., Geipel, K. & Schmeck, M. (2016). *Normative Orientierungen in Berufs- und Lebensentwürfen junger Frauen*. Wiesbaden: Springer VS.

Müller, K.-U. & Samtleben, C. (2022). Reduktion und partnerschaftliche Aufteilung unbezahlter Sorgearbeit erhöhen Erwerbsbeteiligung von Frauen. *DIW Wochenbericht Nr. 9/2022*. Verfügbar unter https://www.diw.de/de/diw_01.c.836553.de/publikationen/wochenberichte/2022_09_1/reduktion_und_partnerschaftliche_aufteilung_unbezahlter_sorgearbeit_erhoehen_erwerbsbeteili-gung_von_frauen.htmlTitel> (Zugriff am: 05.01.2023).

Oechsle, M. (2008). Work-Life-Balance: Diskurse, Problemlagen, Forschungsperspektiven. In R. Becker & B. Kortendiek (Hg.), *Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung. Theorie, Methoden, Empirie,* 2., erweiterte und aktualisierte Auflage, S. 227–236. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Riegraf, B. (2019). Organisation und Geschlecht: wie Geschlechterasymmetrien (re)produziert und erklärt werden. In B. Kortendiek, B. Riegraf & K. Sabisch (Hg.), *Handbuch interdisziplinäre Geschlechterforschung*. Reihe Geschlecht und Gesellschaft, Band 65, S. 1299–1309. Wiesbaden: Springer VS

Samtleben, C. (2019). Auch an erwerbsfreien Tagen erledigen Frauen einen Großteil der Hausarbeit und Kinderbetreuung. *DIW Wochenbericht Nr. 10/2019*. Verfügbar unter https://www.diw.de/sixcms/detail.php?id=diw_01.c.616037.de> (Zugriff am: 05.01.2023).

Schwiter, K. (2015). Auf dem Weg in den Arbeitsmarkt. Junge Erwachsene im Spannungsfeld zwischen Individualität und Geschlechternormen. In C. Micus-Loos & M. Plößer (Hg.), *Des eigenen Glückes Schmied_in. Geschlechterreflektierende Perspektiven auf berufliche Orientierungen und Lebensplanungen von Jugendlichen*, S. 61–75. Wiesbaden: Springer VS.

Seeck, F. (2021). *CARE TRANS_FORMIEREN. Eine Ethnographische Studie zu trans und nicht-binärer Sorgearbeit*. Bielefeld: transcript Verlag.

Strauss, A. & Corbin, J. (2010). *Grounded Theory. Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. Weinheim: Beltz.

Strübing, J. (2014). *Grounded Theory. Zur sozialtheoretischen und epistemologischen Fundierung des Verfahrens der empirisch begründeten Theoriebildung*. Wiesbaden: Springer VS.

Teubner, U. (2008). Beruf: Vom Frauenberuf zur Geschlechterkonstruktion im Berufssystem. In R. Becker & B. Kortendiek (Hg.), *Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung. Theorie, Methoden, Empirie*, 2., erweiterte und aktualisierte Auflage, S. 491–498. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Wernet, A. (2021). Fallstricke in der Kasuistik. In D. Wittek, T. Rabe & M. Ritter (Hg.), *Kasuistik in Forschung und Lehre. Erziehungswissenschaftliche und fachdidaktische Ordnungsversuche*, S. 299–319. Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt.

Wersig, M. (2013). *Der lange Schatten der Hausfrauenehe. Zur Reformresistenz des Ehegattensplittings*. Opladen, Berlin & Toronto: Verlag Barbara Budrich.

Winker, G. (2015). *Care Revolution: Schritte in eine solidarische Gesellschaft*. Bielefeld: transcript.

Winker, G. (2011). Soziale Reproduktion in der Krise – Care Revolution als Perspektive. *Das Argument* 292: Care – eine feministische Kritik der politischen Ökonomie? 53(1), S. 333–344.

Autoren und Autorin

Godje Jürgensen ist Doktorandin am Institut für Pädagogik der Philosophischen Fakultät der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel.

Stefan Michalski, B. A., ist Fachpraktischer Mitarbeiter an der Hochschule Neubrandenburg und studiert im Masterstudiengang Pflegewissenschaft/Pflegemanagement. Arbeitsschwerpunkte bilden Projekte der Pflegebildung und Pflegeforschung.



Wolfgang von Gahlen-Hoops, Professor für Didaktik der Pflege und Gesundheitsberufe, Christian-Albrechts-Universität zu Kiel, Medizinische Fakultät, Institut für Allgemeinmedizin, Arbeitsschwerpunkte: Bildungsfragen in Pflege und Gesundheitsberufen, Herausgeber Handbuch Pflegedidaktik, Deutsches Netzwerk Qualität in der Lehrendenbildung Pflege und Gesundheit; Forschungsschwerpunkte: Umschulende Personen in der Pflegeausbildung, Interprofessionalität, Lernortforschung, Sprachsensible Pflege.



Christiane Micus-Loos ist Professorin für Sozialpädagogik an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel, Institut für Pädagogik. Arbeitsschwerpunkte: Gender und Queer Studies, Intersektionalität, Gewaltforschung, Qualitative Sozialforschung und Theorien Sozialer Arbeit; Forschungsschwerpunkte: Umschulende Personen in der Pflegeausbildung, Lebenssituationen von gewaltbetroffenen Frauen, Berufsorientierung und Lebensplanung.

Förderung einer nachhaltigen Gesundheitskompetenz in den Gesundheits- und Pflegeberufen

Katrin Schulze, Christa Rustler, Anna-Lena Sting, Mathias Bonse-Rohmann†

Abstract

Die prekäre Situation in Hinblick auf die Sicherung der Fachkräfte und der Versorgungsqualität ist seit Jahrzehnten bekannt und diverse Lösungsansätze wurden entwickelt. Ziel dieses Beitrags ist es, die Förderung der Gesundheit in diesen Berufen in den Fokus zu rücken. Hierfür werden zwei Ansätze vorgestellt, wie zum einen Gesundheit dieser Berufsgruppe gefördert und erhalten und wie darüber hinaus auch eine im Studium vertiefte Gesundheitskompetenz nachhaltig in den beruflichen Ausbildungsbereich bzw. in die betriebliche Praxis transferiert werden kann. Es werden im Sinne einer dauerhaften Implementierung die Perspektiven einer langfristigen Finanzierung von Projekten zur Stärkung der Gesundheitskompetenz aufgezeigt, indem insbesondere das Projekt astra plus im Anschluss an die Modellprojekte nun bereits seit mehreren Jahren über eine gesetzliche Krankenkasse substanziell unterstützt wird.

Schlagworte: Gesundheitskompetenz, Gesundheitsberufe, Nachhaltigkeit

The precarious situation with regard to securing skilled workers and the quality of care has been known for decades and various approaches to solutions have been developed. The aim of this article is to focus on the promotion of health in these professions. For this purpose, two approaches are presented: On the one hand, how health of this occupational group can be promoted and maintained and, on the other hand, how a health competence can be transferred sustainably from the training area into practice. In terms of long-term implementation, the perspectives of long-term financing of projects to strengthen health literacy are shown, in particular by the astra plus project following funded pilot projects now being substantially supported by a statutory health insurance fund for several years.

Keywords: health literacy, health professions, sustainability

1 Gesundheitskompetenz als Ausbildungsziel – Anforderungen, Programme und Entwicklungsbedarfe

Hintergrund

Seit Jahrzehnten werden die Versorgungsqualität sowie die Fachkräftesicherung in der Gesundheitsbildung kritisch diskutiert. Während der Zeit der Coronapandemie kamen aufgrund der dramatischen Situation eines nochmals zugespitzten Fachkräftemangels auf den Intensivstationen in Deutschland vermehrt Diskussionen zur Triage auf (vgl. Marckmann, Neitzke & Schildmann 2020). Ein besonders hoher Fachkräfteengpass wurde bereits zuvor seitens des Instituts der Deutschen Wirtschaft auch schon im Bereich der Altenpflege erkannt, sodass es auch hier ebenfalls zu zusätzlichen krankheitsbedingten Engpässen des Pflegepersonals während der Pandemie mit Konsequenzen für den Versorgungsauftrag kam (vgl. Flake, Kochskämper, Risius u. a. 2018). Insgesamt wird nach einer Prognose des Instituts der Deutschen Wirtschaft bereits im Jahr 2035 ein Mangel an Pflegefachpersonen von ca. 307.000 Pflegefachpersonen erwartet (vgl. Statista 2021). Im Vergleich zu anderen Branchen stellte das Kompetenzzentrum Fachkräftesicherung (KOFA) für das Bundesministerium für Wirtschaft und Energie für die Pflegeberufe einen besonders hohen Fachkräftemangel fest (vgl. Seyda, Köppen & Hickmann 2021). Dieser Fachkräftemangel und die vorhandenen hohen physischen und psychischen Belastungen dieses Berufs führen u. a. zu den hohen Abbrecherquoten in der Pflegeausbildung (25 bis 30 %) (vgl. Garcia-González & Peters 2021). Projekte, die Auszubildende dahingehend unterstützen, Belastungen besser zu bewältigen bzw. Gesundheitskompetenz zu erlernen und weiterzugeben, können langfristig zum Aufbau von stabileren Ausbildungs- und Personalverhältnissen beitragen.

Dieser Beitrag stellt hierzu zwei Projekte zur pflegeberuflichen Bildung vor, wie zum einen die Gesundheit der Pflegeauszubildenden gefördert („astra plus-Programm“) und zum anderen, wie Gesundheitskompetenzen im Studium der Gesundheits- und Pflegeberufe sowohl professionsbezogen als auch interdisziplinär vertieft und in deren berufliche Handlungsfelder transferiert und implementiert werden („GeKoNnTeS“) können. Durch gezielte und evidenzbasierte Maßnahmen üben die Projekte auf der Verhältnis- und/oder Verhaltensebene bzw. durch das Einüben kollegialer Unterstützung einen positiven Beitrag auf die Gesunderhaltung im Beruf aus und können so einen Verbleib im Beruf unterstützen.

Das erste Projekt „astra plus“ richtet sich an Pflegeschulen mit dem Ziel, die Ausbildung so auszurichten, dass die Pflegeauszubildenden befähigt werden, einen gesunden Lebensstil zu entwickeln, und fördert somit eine gesundheitskompetente pflegeberufliche Bildung bereits ab dem Ausbildungsbeginn. Schwerpunkte sind dabei sowohl personale Kompetenzen, sich selbst gesund zu erhalten, als auch diese Kompetenzen in beruflichen Settings umzusetzen.

Das zweite Projekt „GeKoNnTeS – Nachhaltigkeit und Transferoptionen studentischer Gesundheitskompetenzen in berufliche Handlungsfelder (Settings)“ richtet sich an die Studierenden aus Masterstudiengängen der Pflegepädagogik und des Pflege-

managements. Ziel dieses Kooperationsprojekts ist es, eine nachhaltige Verstetigung der Gesundheitskompetenz im Beruf zu erreichen. Um dieses Ziel zu erreichen, fungieren die Studierenden als künftige Multiplikatorinnen und Multiplikatoren von Gesundheitskompetenz und werden entsprechend hochschulisch qualifiziert und sensibilisiert.

1.1 „astra" – vom Modellprojekt zum Implementationsprojekt „astra plus – Rauchfrei in der Pflege"

Das „Programm astra plus" ist im Rahmen einer Förderung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) im Jahre 2013 entstanden, bei dem ein Projekt zur Tabakprävention und Konsumreduktion bei Auszubildenden in der Pflege entwickelt worden ist. Das Programm wurde in einer ersten Projektphase (03/2013–01/2015) entwickelt und in Form eines nicht randomisierten Wartelisten-Kontrollgruppendesigns evaluiert (vgl. Bühler, Bonse-Rohmann, Rustler u. a. 2015). Im zweiten Förderzeitraum (2/2015–12/2016) erfolgten eine Implementierungsforschung sowie die Verstetigung des Projekts hin zum Programm astra plus.

Das „plus" verweist dabei auf die Integration der Ergebnisse aus dem Partnerprojekt „PA-TRES – Prävention und Reduktion des Tabakkonsums unter Auszubildenden in der Pflege". Im weiteren Verlauf des Beitrags wird zur Erhöhung des Leseflusses nur noch der aktuelle Name „astra plus" verwendet. Bereits während der zweiten Förderphase wurde ein Konzept entwickelt, um das Projekt künftig auf Grundlage des Präventionsgesetzes (Gesetz zur Stärkung der Prävention und Gesundheitsförderung nach § 20 SGB V[1]) dauerhaft durch die Krankenkassen finanzieren zu können (vgl. Bühler, Schulze, Rustler u. a. 2017). Die DAK-Gesundheit fördert bereits seit 2016 kontinuierlich die Implementierung mit der Fortbildung der astra plus-Trainer:innen und ermöglicht somit eine deutschlandweite Implementierung und fortlaufende Evaluation und Weiterentwicklung des Programms.

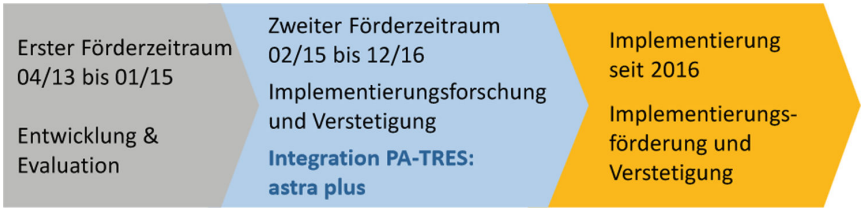


Abbildung 1: Förderphase von astra plus (eigene Darstellung)

Vorrangiges Ziel des Programms astra plus ist es, eine professionelle Gesundheitskompetenz bereits in der Ausbildung der Pflegeberufe bzw. in der seit 2020 umgesetzten generalistischen Ausbildung zur Pflegefachperson aufzubauen. Diese umfasst nicht nur die Bereitschaft und Fähigkeit, die eigene Gesundheit zu erhalten und zu

1 Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477) § 20 Primäre Prävention und Gesundheitsförderung.

fördern, sondern auch das eigene gesundheitliche Wissen auf individueller und organisatorischer Ebene im beruflichen Handeln umzusetzen. Rauchen spielt dabei als größtes vermeidbares Gesundheitsrisiko eine zentrale Rolle.

Das Programm astra plus umfasst sieben Module, die aufeinander aufbauen (vgl. Bonse-Rohmann, Bühler, Meißner u. a. 2023). In einer Vorbereitungsphase werden die Ziele und Rahmenbedingungen der Implementierung des Programms im Schulteam vorgestellt. Nach der Zustimmung wird ein Implementierungsteam zur Koordinierung des Prozesses gebildet. Zur Planung und Evaluation der Gesundheitsförderungsmaßnahmen auf Schulebene finden regelmäßig Workshops statt. Jeder Ausbildungskurs startet mit einer Infoveranstaltung zum Programm. Es folgen Unterrichtsmodule zur Reflexion und Entwicklung zum gesundheitskompetenten Lebensstil unter den Belastungen des Pflegeberufs, zu einem Stresspräventionsprogramm und Projektarbeiten, in denen die Maßnahmen auf Schulebene aus der Sicht der Auszubildenen unterstützt und Methoden zur betrieblichen Gesundheitsförderung eingeübt werden können. Parallel dazu findet ein Rauchstoppkurs zur verhaltensorientierten Gesundheitsförderung und Steigerung der Methodenkompetenz statt (vgl. Schulze, Bühler, Rustler u. a. 2014; Scheifhacken, Rustler, Bühler u. a. 2015; Schweizer, Bonse-Rohmann, Bühler u. a. 2015). Um eine Multiplikatorenfunktion der Pflege beim Thema Rauchfreiheit bereits bei den Auszubildenden zu fördern, wurde das KRIPS-Modul entwickelt. KRIPS steht dabei für „Kurzintervention in der Raucherberatung durch Pflegeschüler:innen“.

Die Abbildung 2 zeigt das Wirkmodell des Programms astra plus. Auf der linken Seite sind die einzelnen Module gelistet. In der Mitte finden sich die Prozesse, die durch das Programm angestoßen werden, und auf der rechten Seite stehen die Wirkparameter, an denen die Veränderungen gemessen werden. Vertiefende Ausführungen zu den einzelnen Modulen finden sich in den unterschiedlichen Publikationen zum Projekt sowie auf der Projekthomepage (https://www.astra-programm.de/home/) (vgl. Bonse-Rohmann, Bühler, Meißner u. a. 2023).

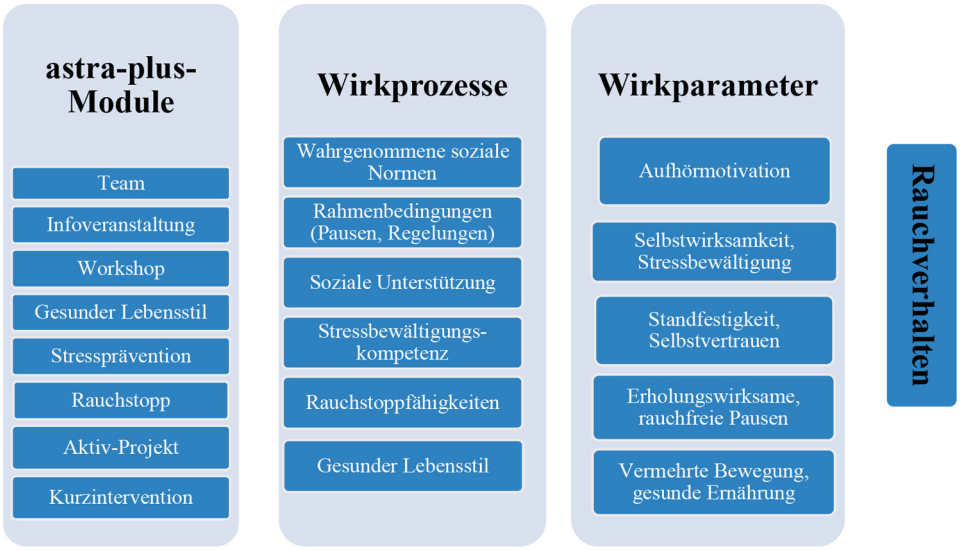


Abbildung 2: Wirkmodell von astra plus (eigene Darstellung)

Zentrale Ergebnisse: Erkenntnisse und Weiterentwicklung seit Projektende

Die Ergebnisse aus den unterschiedlichen Phasen des Projekts sowie des Programms wurden mit unterschiedlichen Schwerpunkten, u. a. unter geschlechterdifferenzierter Betrachtung (vgl. Bühler, Schulze, Rustler u. a. 2016b), sowie für unterschiedliche Zielgruppen publiziert (siehe u. a. Bühler, Schulze, Rustler u. a. 2016a; Scheifhacken, Rustler, Bühler u. a. 2016; Schulze, Bühler, Rustler u. a. 2014; Schweizer, Bonse-Rohmann, Bühler u. a. 2015).

Die aktuellen Evaluationsdaten im Projekt zeigen eine hohe Inanspruchnahme der Rauchstoppkurse (50 % der Auszubildenden), signifikante Abnahme der Raucherprävalenz (51 % auf 46 %) und eine Zunahme der Aufhörmotivation (28 % auf 36 %). Von den 15,3 % der Auszubildenden, die rauchfrei geworden sind, wenden im Vergleich zu denen, die weiterrauchen, signifikant mehr gesunde Stressbewältigungsstrategien an. Damit wird eine sehr bedeutsame berufliche Kompetenz erworben. Etwa ein Drittel der Auszubildenden in der Pflege schätzen das Programm „astra plus“ als hilfreich bezüglich Risiko- und Schutzfaktoren des Rauchens ein. Die Wirkzusammenhänge sind je nach Schule unterschiedlich und lassen daher keine einfachen Ursache-Wirkung-Aussagen zu.

Die Auszubildenden befinden sich aufgrund ihres Alters in einer sensiblen Lebensphase. Studienergebnisse zu astra plus zeigen, dass solche jungen Erwachsenen diesen Beruf wählen, die besonders sensibel sind. Die hohe Empathiefähigkeit bildet zwar eine wichtige Grundlage für den Beruf, ist aber gleichzeitig ein persönlicher Risikofaktor aufgrund der damit einhergehenden Vulnerabilität (z. B. im Umgang mit Stress) bei sich seit Jahren verschlechternden Rahmenbedingungen (vgl. Schulze 2019; Bonse-Rohmann, Bühler, Meißner u. a. 2023). Das Programm astra plus beinhaltet

Module, die gezielt die Gesundheitskompetenz fördern und die Persönlichkeitsentwicklung positiv unterstützen.

1.2 „GeKoNnTeS – Nachhaltigkeit und Transferoptionen studentischer Gesundheitskompetenzen in berufliche Handlungsfelder (Settings)“

Interventionen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz im Gesundheitswesen sowie die gezielte Weiterbildung für Beschäftigte in Humandienstleistungsberufen sind aufgrund hoher physischer und psychischer Belastungen sowohl auf der Leitungsebene als auch auf Ebene der Mitarbeiter:innen dringend geboten.

Auch die Gesundheit von Lernenden ist nach Abschluss der beruflichen und hochschulischen Bildung insgesamt offensiver zu fokussieren. So ist diesen Berufsgruppen nicht nur mehr Wertschätzung zu erweisen, sondern auch die Attraktivität dieses Berufsfeldes durch gesunde Arbeitsbedingungen nachhaltig zu verbessern. Dabei nehmen berufliche Schulen, Hochschulen und Ausbildungsbetriebe eine wesentliche Rolle ein, um die Kompetenzentwicklung zugunsten eines gesundheitsfördernden Verhaltens voranzubringen und wichtige Impulse für gesundheitsförderliche Verhältnisse in der beruflichen Praxis zu setzen.

Vor allem am Übergang von der beruflichen bzw. hochschulischen Bildung in die berufliche Praxis setzt das Projekt „GeKoNnTeS“ („Gesundheitliche Kompetenzen – Nachhaltigkeit und Transfer für Studierende in berufliche Handlungsfelder“) an. Seit Juni 2020 besteht dieses Kooperationsprojekt der Hochschule Hannover und der Universität Paderborn gemeinsam mit einer gesetzlichen Krankenkasse. Wesentliches Anliegen sind die Vertiefung der betrieblichen und schulischen Perspektiven der Studierenden sowie die Identifizierung weiterer Handlungsbedarfe in Bezug auf die Dissemination und nachhaltige Verstetigung von Gesundheitskompetenz in den beruflichen Settings. Das Projektteam der Hochschule Hannover untersucht die Potenziale von Schulen und Betrieben des Gesundheitswesens mit Fokus auf Studierende aus Pflege- und Gesundheitsberufen, wohingegen das Projektteam der Universität Paderborn vorrangig allgemeinbildende Schulen und die Perspektiven von angehenden Lehrpersonen in den Blick nimmt. Durch die standortspezifischen Besonderheiten ergeben sich zwei Teilprojekte, die mit Blick auf die gemeinsame Zielsetzung und ein erweitertes Erkenntnisinteresse eng miteinander kooperieren.

Als ein innerhalb des Projekts herausgearbeiteter Interventionsansatz zum Transfer von Gesundheitskompetenz in die bei berufsbegleitend Studierenden bereits parallelen und/oder auch späteren beruflichen Handlungsfelder erscheinen auch hier die Entwicklung und der Einsatz von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren besonders lohnend.

Auf Basis qualitativer und quantitativer Analysen wird daher den übergeordneten Fragen nachgegangen, welche Kompetenzen Multiplikatorinnen und Multiplikatoren benötigen und wie der Transfer von Gesundheitskompetenz nachhaltig gelingen kann, um anschließend entlang der Transferlinien zwischen Bildung und Praxis Handlungsempfehlungen für pflegeberufliche Schulen, Hochschulen und Betriebe abzuleiten. So werden im direkten Dialog mit Vertreterinnen und Vertretern der beruf-

lichen Praxis im Rahmen von Interviews, Fragebögen, Runden Tischen und Tagungen der Nutzen von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren spezifiziert sowie deren Kompetenz- und Aufgabenprofile zur Diskussion gestellt. Als ein Zwischenergebnis des Projekts ist zunächst ein grundlegendes Verständnis zum Multiplikatorenbegriff geschaffen worden (vgl. Sting, Seidel & Steinke 2023). In weiteren Diskussionen zeigte sich die Notwendigkeit zur Differenzierung dieses Verständnisses auf verschiedenen organisationalen Ebenen, sodass in der Konsequenz spezifische Anforderungsprofile für die Übernahme einer Multiplikatorenfunktion auf vier Ebenen zu erarbeiten sind:

Multiplikatorinnen und Multiplikatoren

a) in der spezifischen Funktion als Expertinnen und Experten des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM)
b) auf Leitungsebene
c) auf Ebene des schulischen und betrieblichen Bildungspersonals
d) auf Ebene interessierter, grundständig qualifizierter Mitarbeiter:innen

Als perspektivisch im BGM beruflich tätig werdende Mitarbeiter:innen sind die Studierenden und Absolventinnen und Absolventen für die systematische und strukturierte Entwicklung, Planung und Steuerung betrieblicher Prozesse und Strukturen zuständig, mit dem Ziel, die Gesundheit der Beschäftigten im Unternehmen zu erhalten oder gezielt zu fördern. Hierzu zählen Ziele wie die Einhaltung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes zu fördern sowie bedarfs- und zielgruppenorientierte Maßnahmen zur Betrieblichen Gesundheitsförderung zu entwickeln. Nicht alle Absolventinnen und Absolventen aus Studiengängen der Gesundheits- und Pflegepädagogik und des Managements für Gesundheits- und Pflegeberufe werden einer Tätigkeit im BGM nachgehen, sie sind jedoch als künftige Lehrkräfte und potenzielle Führungskräfte ebenfalls wichtige Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in der beruflichen Bildung der Gesundheits- und Pflegeberufe und auf Leitungsebene mit ebenfalls spezifischen Anforderungen und beeinflussen damit den Erfolg des BGM maßgeblich.

Die Forschungsergebnisse zeigen die Relevanz des Sich-Verpflichtens und -Bekennens – des sogenannten Commitments der Führungskräfte (und Schulleitungen). Führungskräfte werden als Vorbilder verstanden und nehmen durch die aktive Unterstützung des BGM und die Schaffung einer gesundheitsförderlichen Unternehmens- bzw. Schulkultur eine Schlüsselfunktion ein. Zu den Erfolgsfaktoren zählen hier der Dialog mit den Expertinnen und Experten des BGM, die Partizipation der Auszubildenden und Mitarbeitenden sowie die Ermöglichung verhaltens- und verhältnisbezogener Maßnahmen wie z. B. ergonomische Arbeitsplätze, flexible Arbeitszeitmodelle, individuelle Pausenzeiten, vielfältige Gesundheitskurse oder Weiterbildungsangebote als Teil der Arbeitszeit.

Für die Wahrnehmung dieser Aufgaben bedarf es Führungskompetenzen wie auch weitere Schlüsselkompetenzen wie Organisations-, Kooperation- und Kommunikationsfähigkeit, aber auch Argumentationsstärke, Durchhaltevermögen und Reflexionsfähigkeit.

Auf Ebene interessierter und grundständig qualifizierter Mitarbeitenden in der Pflege wird erwartet, dass sie ihr professionelles Gesundheitswissen anwenden und Verantwortung für ihre eigene Gesundheit übernehmen. Hier spielen u. a. Peer-to-Peer-Erfahrungen sowie die Möglichkeit zur Partizipation eine zentrale Rolle, die ausgeprägte Personal- und Sozialkompetenzen wie Motivations-, Reflexions- und Kommunikationsfähigkeit erfordern. Die Befragungsergebnisse zeigen, dass insgesamt ein hohes Interesse an Fragestellungen und Aufgaben zur Gesundheit besteht und nach subjektiver Einschätzung auch ein eigenes Gesundheitswissen vorhanden ist, gleichzeitig jedoch die Gesundheitsförderung bzw. Gesunderhaltung im Berufsalltag bislang vor allem einer noch mangelnden oder unvollständigen Umsetzungskompetenz unterliegen. An dieser Stelle trägt wiederum das schulische und betriebliche Bildungspersonal eine hohe Verantwortung, das durch die gesundheitsförderliche Gestaltung von Lehr- und Lernprozessen nachhaltig Einfluss auf gesundheitsbezogene Verhaltensweisen von Auszubildenden in den Gesundheits- und Pflegeberufen nimmt.

Lehrkräfte stehen vor der Aufgabe, die vielfältigen curricularen Anknüpfungspunkte zur Gesundheitskompetenz vor allem auch in der aktuellen generalistischen Pflegeausbildung gewinnbringend zu nutzen, indem sie das vorhandene Wissen anreichern und reaktivieren und transferfähige Impulse setzen.

Darüber hinaus sind wiederkehrend Reflexionsprozesse über das eigene Gesundheitsverhalten anzuregen, Gruppengespräche zu führen und Lösungsansätze praxisorientiert zu diskutieren. Ziel soll es sein, die Auszubildenden in der gesundheitsförderlichen Selbsterfahrung zu unterstützen und dadurch ihre Selbstwirksamkeit zu fördern. Über diesen Weg lernen die Auszubildenden, Herausforderungen und Potenziale zu erkennen und selbstständig Strategien zu entwickeln, die auch im späteren Berufsalltag Anwendung finden.

So wird deutlich, dass die Studierenden der Gesundheitsfachberufe auf verschiedenen Ebenen in ihren beruflichen Handlungsfeldern als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren fungieren und daher bereits während des Studiums auf die Gestaltung einer gesundheitskompetenten Pflege vorzubereiten sind. Nachfolgend werden die wichtigsten Aspekte für eine erfolgreiche Implementierung der Gesundheitskompetenz in der beruflichen und hochschulischen Pflegeausbildung skizziert.

2 Implementierung und Dissemination der Projektergebnisse

Dieses Kapitel stellt die Erfolgskriterien der beiden Projekte hinsichtlich der Implementierung sowie der Dissemination der Projektergebnisse vor.

2.1 Projekt „astra plus Gesundheitskompetenz – Rauchfrei in der Pflege“ (Ausbildung)

Bereits mit Projektbeginn von astra plus wurde eine nachhaltige Implementierung des Projektes geplant und stetig mitgedacht. Gerade die zweite Projektförderphase fokus-

sierte auf eine nachhaltige Implementierung auf Grundlage der aktuellen Implementierungsforschung nach Durlak und DuPre (2008). So wurde bei der Programmgestaltung darauf geachtet, dass dieses Projekt den Anforderungen des Präventionsgesetzes entspricht und so eine Förderung der Pflegeschulen durch die Krankenkassen ermöglicht.

Als Besonderheit ist der erfolgreiche Übergang von der insgesamt vierjährigen Förderung durch das BMG zu einer inzwischen dauerhaften Förderung durch die DAK-Gesundheit zu werten. Überzeugend waren dabei die Wirksamkeit des Interventionsansatzes, insbesondere deren Bedeutung für die Berufsgruppe der Pflegefachpersonen und die nachhaltige Implementierung des Programms in die Pflegeausbildung über den Ansatz der Schulentwicklung mit Methoden aus der betrieblichen Gesundheitsförderung. Die Qualifizierung von astra plus-Trainerinnen und -Trainern und die fortlaufende Evaluation über Workshops und Befragungen sichern dabei sowohl die Qualität der Durchführung als auch die stetige Weiterentwicklung des Programms.

Als besondere Erfolgsfaktoren sind zu nennen:

a) Nutzung von vorliegenden evidenzbasierten Programmen
Als Basis für die Interventionen wurden bereits erprobte und evidenzbasierte Programme zu verhaltens- und verhältnisorientierten Veränderungen genutzt, an das Setting Pflegeausbildung angepasst und in den Modellprojekten als veränderungswirksam evaluiert. Zum Einsatz kamen drei Programme des Instituts für Therapieforschung München: „Das Rauchfrei-Programm“, „Der erfolgreiche Umgang mit täglichen Belastungen – Programm zur Stressbewältigung“ sowie „ALF – Allgemeine Lebenskompetenzen und Fähigkeiten“ ergänzt um Grundsätze des betrieblichen Gesundheitsmanagements.

b) Unterstützung der Ziele und Aufgaben der Ausbildung und der Organisation
Beginnend mit den ersten Interventionsschulen des grundständigen „astra-Modellprojektes“ wurden Impulse einer dauerhaften curricularen Implementierung der Themenstellungen zur „Rauchfreiheit in der Pflege“ und spätestens mit dem Übergang zum Folgeprojekt + auch einer breit ausgelegten curricularen Verankerung einer komplexeren „Gesundheitskompetenz“ in der Pflegeausbildung umgesetzt. Darüber hinaus wurden bereits während der Vorbereitung der Neuregelung der generalistischen Pflegeausbildung zahlreiche Gelegenheiten genutzt, durch Publikationen zum Projekt, durch den Wissenschafts- und Praxisbeirat des Projektes und durch Mitgliedschaften in wissenschaftlichen Gesellschaften wie auch in berufsständischen Verbänden ebenfalls gezielte Impulse in Richtung der am 01.08.2019 vorgelegten Rahmenpläne der Fachkommission nach § 53 PflBG „Rahmenlehrpläne für den theoretischen und praktischen Unterricht“ sowie der „Rahmenausbildungspläne für die praktische Ausbildung“ zu setzen. Ebenso konnten auch curriculare Elemente zum Bildungs- und Gesundheitssystem für pflegebezogene Studiengänge in den am 02.05.2019 veröffentlichten Fachqualifikationsrahmen Pflegedidaktik (vgl. Walter & Dütthorn 2019) eingebracht werden.

c) Vorbereitungsphase und strategische Entscheidungen zur Implementierung
Um die Bereitschaft und Möglichkeiten der beruflichen Schulen der Pflege zu klären, ob die erforderlichen Rahmenbedingen und Veränderungen für eine erfolgreiche Implementierung vorhanden sind bzw. geschaffen werden können, ist im Programm eine ausführliche Vorbereitungsphase vorgesehen. Über Webinare und auch Workshops vor Ort werden die Unterstützung des Schulteams und die strategische Entscheidung der Schulleitung vorbereitet. Eine schriftliche Vereinbarung zur Implementierung ist nicht nur Voraussetzung für eine Förderung durch die Krankenkasse, sondern bietet den astra plus-Trainerinnen und Trainern auch die notwendige Unterstützung bei der praktischen Umsetzung.

d) Bildung eines Implementierungsteams zur verantwortlichen Planung, Steuerung und Koordinierung der Umsetzung
Als wesentliche Voraussetzung für die Implementierung von Veränderungen wird die Beauftragung eines verantwortlichen Teams gesehen (vgl. Fixsen, Blase, Naoom u. a. 2009). Zu den Aufgaben des Implementierungsteams gehört es, ausgehend vom aktuellen Stand, schrittweise Veränderungen zu planen und die Umsetzung zu koordinieren. Bereits im „astra-Modellprojekt" konnten wichtige Hinweise auf die Erfolgsparameter bzw. auch auf mögliche Grenzen des Interventionsansatzes gewonnen werden. So zeigte sich, dass die Intervention nur dann zu wirksamen Ergebnissen und einer dauerhaften Implementierung führte, wenn tatsächlich alle Module, also *verhaltens- und verhältnisorientierte Interventionen*, umgesetzt wurden. Dabei spielen die Veränderungen, die auf der Schulebene über die Workshops stattfinden, und die Beteiligung der Auszubildenden über die Projektarbeiten eine wichtige Rolle, da hier glaubhaft Rahmenbedingungen für gesundheitskompetente Ausbildung geschaffen werden können. Zur Planung und regelmäßigen Überprüfung dieser Entwicklung wurde eine Zielerreichungsskala mit zehn Kriterien als Implementierungstool entwickelt, das bei den Workshops und Projektarbeiten eingesetzt wird (Abb. 3). Es bildet alle zu berücksichtigenden Faktoren ab, die ein Management der Implementierung des Programms fördern.

Das astra plus-Tool: 10 – 5 – 3 ….rauchfrei

1. **Engagement der Entscheidungsträger:**
   Beauftragung Implementierungsteam
2. **Kommunikation & Beteiligung:**
   Schule und Praxis
3. **Schulung & Training:**
   Beratungs- und Stresskompetenz
4. **Prävention & Tabakentwöhnung:**
   Rauchfrei bleiben und Hilfe zum Rauchstopp
5. **Rauchfreiheit:**
   Passivrauchen wird verhindert
6. **Berufliche Rolle & Vorbild sein:**
   Verhalten als Vorbild wird erarbeitet
7. **Gesunder Arbeitsplatz – gesunde Ausbildung:**
   Gesundheit schützen & Gesundheitskompetenz fördern
8. **Kooperation mit Praxiseinsatzorten & Region**
9. **Überprüfung der Umsetzung:**
   Weiterentwicklung & Qualität entwickeln
10. **Langfristige Umsetzung im Austausch mit anderen Schulen/Hochschulen**

Abbildung 3: Das astra plus-Tool – Kriterienübersicht

e) Qualifizierung der astra plus-Trainer:innen
Um eine programmgerechte Implementierung zu ermöglichen, ist die Qualifizierung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, hier bezeichnet als astra plus-Trainer:innen, ein wichtiger Erfolgsfaktor. Die Qualifizierung startet mit einem mehrtätigen Training in Präsenz. Anschließend folgt eine komplette Durchführung des Programms im Team-Teaching mit Vor- und Nachbesprechung der Intervention an der Schule jeweils durch eine:n erfahrene:n astra plus-Trainer:in. Eine weitere dokumentierte Durchführung mit begleitenden Beratungen schließt das Training ab. Das Konzept zur Qualifizierung der astra plus-Trainer:innen wird nach Bedarf angepasst und in die seit 2016 kontinuierliche Förderung des Programms „astra plus Gesundheitskompetenz – Rauchfrei in der Pflege" übernommen und wurde auch als Onlinetraining während der Coronapandemie fortgeführt.

Es wurde zu Beginn des Projektes die kombinierte Qualifikation mit einer Lehrperson für den schulisch-theoretischen Lernort und einer praxisanleitenden Person für den praktisch-betrieblichen Lernort angestrebt, um die Akzeptanz und Kontinuität der Inhalte in den jeweiligen Bildungseinrichtungen und Betrieben zu fördern. In der Durchführung hat sich gezeigt, dass hier weitere Anpassungen für das Training der Praxisanleitungen erforderlich werden. Aktuell werden exemplarisch die Module Aktive Stressbewältigung und Kurzintervention bei rauchenden Patientinnen und Patienten (KRIPS) im Rahmen der Netzwerkförderung für die Qualifikation von Praxisanleitungen mit Expertinnen und Experten angepasst und 2024 in einem Pilotprojekt getestet.

f) Dokumentation und Monitoring der Implementierung
Nachhaltige Implementierung und Qualität der Durchführung der Interventionen erfordert ein Monitoring auf Schulebene, Befragungen zur Evaluation der Wirkfaktoren und Feedbackschleifen zur kontinuierlichen Verbesserung. Eine ausführliche Dokumentation der Durchführung und des Verlaufs aller Module über ein Logbuch werden bereits seit der Einführung im Rahmen des Modellprojektes, begleitend während Implementierung und zugleich als Verwendungsnachweis der Fördermittel, von den Trainerinnen und Trainern geführt. Die Veränderungen auf der Schulebene werden über die Protokolle der Workshops, die Einschätzungen, Zielsetzungen und Planungen mit dem astra plus-Tool regelmäßig überprüft.

Die Effekte der Interventionen aus der Sicht der Auszubildenden werden über Befragungen vor der Intervention, nach den Modulen zu gesundheitskompetentem Lebensstil und Aktiv-Projekten und dann erneut nach dem Modul KRIPS zur Förderung der Rauchstoppkompetenz gemessen. Das Schulteam erhält nach Abschluss der Implementierung eine Präsentation, in der alle Ergebnisse auch im Vergleich mit allen weiteren Schulen vorgestellt und diskutiert werden. Die laufende Förderung ermöglicht einen Evaluationszyklus mit Dokumentation und Auswertung der Befragungen ca. alle drei Jahre.

g) Bildungs- und gesundheitspolitische Vernetzung und Dissemination
Nach Abschluss der Modellprojekte wurde astra plus vom Deutschen Netz Rauchfreier Krankenhäuser & Gesundheitseinrichtungen DNRfK e. V. übernommen. Über das

Netzwerk werden die Implementierung, Fortbildungen, der Austausch von Best Practice und kollegiale Beratung sowie Betreuung bei Fragen und Problemen ermöglicht. Zur Sicherung der Qualität und Weiterentwicklung des Programms finden jährlich ein Austausch und Beratung mit dem Wissenschafts- und Praxisbeirat statt.

Zudem war es bereits während der zweistufigen Förderung durch das BMG gelungen, zahlreiche Letters of Intent zum bundesweiten Aufruf „RAUCHFREI PFLEGEN – Eine gemeinsame Initiative zur Förderung der Gesundheit von Pflegeberufen" zu gewinnen (DNRfK, astra plus-Programm: Pressemeldung vom 23.02.2016). Als weiterer prominenter gesundheitspolitischer Unterstützer hatte 2019 der Beauftragte der Bundesregierung für Pflege die Schirmherrschaft für das astra plus-Programm übernommen (DNRfK, astra plus-Programm: Pressemeldung vom 10.09.2019).

Eine besondere internationale Anerkennung hat das Deutsche Netz Rauchfreier Krankenhäuser & Gesundheitseinrichtungen (DNRfK) unter Einschluss der astra plus-Schulen durch die WHO erfahren. Im Jahr 2021 wurde Netzwerk als „wertvolle Plattform für die bundesweite Entwicklung weiterer Tabakkontrollprogramme im Gesundheitswesen" von der Weltgesundheitsorganisation ausgezeichnet. Der „World No Tobacco Day Award" der WHO wird jährlich als höchste Auszeichnung in der Tabakkontrolle vergeben (DNRfK 08.06.2021).

2.2 Projekt „GeKoNnTeS – Transfer und Nachhaltigkeit studentischer Gesundheitskompetenzen in berufliche Handlungsfelder (Settings)"

a) Modellhafte Erprobung und begleitende Evaluation der Weiterentwicklungen
Das Projekt „GeKoNnTeS" wird von zwei unterschiedlichen Hochschultypen mit unterschiedlichen Studienprogrammen als Kooperationsprojekt mit einer gesetzlichen Krankenkasse modellhaft erprobt. Ziel ist es dabei, in methodisch ähnlichen, parallelen Analyse- und Entwicklungsprozessen für andere Hochschulen Wege aufzuzeigen, wie ein Transfer studentischer Gesundheitskompetenzen in berufliche Handlungsfelder im Dialog mit Bildungseinrichtungen und Betrieben erfolgreich gelingen kann. Am hier vor allem zu betrachtenden Standort Hannover stehen Bildungseinrichtungen und Betriebe des Gesundheitswesens im Mittelpunkt des Interesses.

b) Qualifizierung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren für die Lernorte der pflegeberuflichen Bildung
In Studiengängen für Pflege- und weitere Gesundheitsberufe sollen akademisch vertiefend Multiplikatorinnen und Multiplikatoren qualifiziert werden, die auf vier unterschiedlichen Ebenen agieren, d. h. auf der (a) Leitungsebene, auf Ebene der spezifischen Funktion als (b) BGM-Expertinnen und -Experten und auf der Ebene (c) des schulischen und betrieblichen Bildungspersonals sowie auf der Ebene (d) interessierter und grundständig qualifizierter Mitarbeitender.

c) Curriculare Implementierung
Für diese unterschiedlich komplexen und spezifischen Aufgaben von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren zur Förderung einer vor allem berufsbezogenen Gesundheitskompetenz in Bildungseinrichtungen und Betrieben werden (z. B. an der Hoch-

schule Hannover) vorhandene curriculare Strukturen gesundheitswissenschaftlicher Module genutzt und um zusätzliche freiwillige Lehrangebote ergänzt.

Im Ergebnis erfahren so sowohl Studierende als auch (künftig geplant) potenziell auch Masterabsolventinnen und -absolventen der Studiengänge Bildungswissenschaften wie auch Management für Pflege- und Gesundheitsberufe unter Bündelung mehrheitlich bereits etablierter Wahlpflichtmodule und zweier ergänzender freiwilliger Modulangebote eine unterschiedlich komplexe Erweiterung ihrer beruflichen, personalen und gesellschaftlich relevanten Gesundheitskompetenz, die durch unterschiedlich komplexe Hochschulzertifikate ausgewiesen bzw. gegenüber Arbeitgebern dokumentiert werden.

d) Bildungs- und gesundheitspolitische Vernetzungen

Bereits während des Projektes bzw. als explizite Aufgabe dieses Vorhabens werden bildungs- und gesundheitspolitische Vernetzungen als „Runde Tische" mit Expertinnen und Experten aus Betrieben und Bildungseinrichtungen für Pflege- und Gesundheitsberufe sowie auch als „Resonanzgruppen" mit Expertinnen und Experten auch aus solchen Hochschulen durchgeführt, bei denen anteilig bereits eigene Projekte zur Gesundheitsförderung bzw. Entwicklung studentischer Gesundheitskompetenzen angesiedelt sind. Darüber hinaus werden zum Abschluss, wie auch in der Folge des Projekts „GeKoNnTeS", das ebenfalls an der Hochschule Hannover bereits etablierte regionale „Netzwerk Gesunde Hochschulen NORD" sowie perspektivisch auch das bundesweite Netzwerk Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschule (AGH) und das Kompetenzzentrum Gesundheitsfördernde Hochschulen (KGH) zur Dissemination der Projektergebnisse genutzt.

e) Perspektiven zur Fachkräftesicherung und Gewinnung neuer Fachkräfte

Durch eine offensive Förderung der beruflichen, personalen und gesellschaftlichen Gesundheitskompetenz in Bachelor- und Masterstudiengängen für Pflege- und Gesundheitsberufe (vgl. Meißner, Bonse-Rohmann & Brähler u. a. 2021) sowohl in den Handlungsfeldern der Gesundheits- und Pflegepädagogik als auch denen des Managements für Gesundheits- und Pflegeberufe, also in schulischen und in betrieblichen Lernorten der pflegeberuflichen Bildung, werden angesichts eines akademisch vertiefend qualifizierten bzw. spezialisierten Personals realistische Perspektiven eines Paradigmenwechsels erkannt (vgl. Bonse-Rohmann 2023).

So zielt eine Stärkung der Gesundheitskompetenz in den Berufsgruppen der Gesundheits- und Pflegeberufe sowohl in den Bildungseinrichtungen des Gesundheitswesens als auch auf den jeweiligen Leitungsebenen – unter den Voraussetzungen eines entsprechenden gesundheitspolitischen Engagements und einer angemesseneren Finanzierung – auf substanzielle Veränderungen der Rahmenbedingungen zur Erbringung pflegerischer Aufgaben, die sowohl einer Fachkräftesicherung als auch der Gewinnung neuer Pflegefachpersonen dienen.

3 Perspektiven und Konsequenzen

Jenseits der demografischen Herausforderungen einer zunehmenden Pflegebedürftigkeit der alternden bundesdeutschen Bevölkerung sind vor allem die Probleme bei den arbeitssituationsbezogenen Rahmenbedingungen für die Problematiken der Fachkräftesicherung und -gewinnung verantwortlich zu machen. Daraus ist die Konsequenz abzuleiten, dass es bei der Förderung von Gesundheitskompetenz in den gesundheits- und pflegeberuflichen Ausbildungen wie auch bei der Fort- und Weiterbildung in den Gesundheits- und Pflegeberufen, im Management für Gesundheits- und Pflegeberufe wie auch in der Gesundheits- und Pflegepädagogik explizit auch um die Gestaltung gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen und die Aufbringung der dafür erforderlichen personellen und materiellen Ressourcen gehen muss – also um eine Gestaltung der Ausstattung der Settings des Gesundheitswesens. Eine ausschließlich auf die individuellen Ressourcen bzw. individuelle Resilienz von Individuen konzentrierte Gesundheitskompetenz muss deshalb eindeutig als *unzureichend* klassifiziert werden.

Etwas verkürzt wird der Anspruch einer Nachhaltigkeit (auch) von bildungs- und gesundheits-wissenschaftlichen Projekten auf deren dauerhafte Finanzierung und nicht selten auf die bereits zuvor diskutierten Fragen einer Verstetigung und Implementierung in akademischen oder beruflichen Handlungsfeldern reduziert. Der klassische Anspruch des ganzheitlichen Konstruktes von Nachhaltigkeit steht in einem ausgewogenen Verhältnis der ökonomischen, sozialen und ökologischen Dimensionen.

Zukünftiges Ziel muss es sein, die Nachhaltigkeit stärker als bislang in der gesundheits- und pflegeberuflichen Bildung zu berücksichtigen, um diese zugleich im Sinne einer „planetaren Gesundheit" in einen sehr engen Zusammenhang mit der in den Pflegeberufen zu fördernden Gesundheitskompetenz zu setzen. Im Zuge der Klimakrise zeigt sich ein dringender curricularer Handlungsbedarf in der beruflichen und akademischen Bildung der Gesundheits- und Pflegeberufe, um perspektivisch auch die Auszubildenden und Studierenden als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren für die flächendeckende Implementierung der planetaren Gesundheit und Nachhaltigkeit auszubilden. Dieses verlangt neue und innovative lerntheoretische und fach- bzw. hochschuldidaktische Konzepte und Methoden, die ein synergetisches Konzept von „Gesundheit- und Nachhaltigkeitskompetenz" für Lernende erlebbar und gestaltbar machen. Erste Beschreibungen des Status quo des Nachhaltigkeitsgedankens in der gesundheits- und pflegeberuflichen Bildung im Kontext bildungstheoretischer Orientierungen sowie auch erste Impulse für eine nachhaltige Kompetenzentwicklung liegen bereits vor (vgl. Seidel, Sting & Bonse-Rohmann 2023).

Aktuell gibt es nur wenige Programme, die evidenzbasiert arbeiten und dies begleitend erforschen. Eine wissenschaftliche Bestätigung der gewünschten Effekte der professionellen Gesundheitskompetenz auf die Berufszufriedenheit und die Verweildauer im Beruf erfordert weitere Forschung. Darüber hinaus bedarf es Studien, die eine Bestätigung des Potenzials der Gesundheitsberufe auf die Gesundheits- und Nachhaltigkeitskompetenz der Gesellschaft belegen.

Literatur

Bonse-Rohmann, M. (2023). Gesundheitskompetenzen Studierender. In M. Bonse-Rohmann, H. Burchert, K. Schulze & B. Wulfhorst (Hg.), Gesundheitsförderung im Studium, S. 312–336. Bielefeld: UTB GmbH.

Bonse-Rohmann, M., Bühler, A., Meißner, P., Rustler, C. & Schulze, K. (2023). Gesundheitsförderung und Prävention: Tabakkonsum. In M. Marchwacka (Hg.), *Handbuch Pflegebildung. Theoretische Ansätze, empirische Erkenntnisse und praktische Anwendungen*, S. 206–223. Bern: Hogrefe.

Bühler, A., Bonse-Rohmann, M., Rustler, C., Scheifhacken, S., Schulze, K., Schweizer, I. (2015). *Abschlussbericht zum „Modellprojekt zur Prävention und Reduktion des Tabakkonsums unter Auszubildenden in der Pflege"*. Forschungsbericht für das Bundesministerium für Gesundheit, Förderkennzeichen: IIA5–2513DSM204, 30.04. 2015.

Bühler, A., Schulze, K., Rustler, C., Sauter, D., Bonse-Rohmann, M. & Schweizer, I. (2017). *Abschlussbericht zum „Modellprojekt astra-Implementationsforschung" (in Folge der Entwicklung des Programms „astra – Aktive Stressprävention durch Rauchfreiheit in der Pflege")*. Forschungsbericht vorgelegt beim Bundesministerium für Gesundheit, Förderkennzeichen: ZMVI5–2515DSM202, 31. Mai 2017.

Bühler, A., Schulze, K., Rustler, C., Scheifhacken, S., Schweizer, I. & Bonse-Rohmann, M. (2016a). Tobacco prevention and reduction with nursing students: a non-randomized controlled feasibility study. *Nurse Education Today*, 48, S. 48–52. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.09.008.

Bühler, A., Schulze, K., Rustler, C., Scheifhacken, S., Schweizer, I. & Bonse-Rohmann, M. (2016b). Geschlechtsbezogene Analyse des Tabakkonsums bei Auszubildenden in Pflegeberufen. *Sucht*, 62(2), S. 73–81. https://doi.10.1024/0939-5911/a000413.

DNRfK (Deutsches Netz Rauchfreier Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen e. V.) (2021). *Verleihung des WHO-Award. DNRfK 08.06.2021.* Verfügbar unter https://www.dnrfk.de/das-netzwerk/ (Zugriff am: 28.02.2023).

DNRfK (Deutsches Netz Rauchfreier Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen e. V.) (2019*). astra plus Gesundheitskompetenz – Rauchfrei in der Pflege. Pressemitteilung: Staatssekretär Andreas Westerfellhaus übernimmt die Schirmherrschaft für das Programm astra plus*. Verfügbar unter https://www.astra-programm.de/news/news-archiv/news-detail/?tx_ttnews%5Btt_news%5D=819&cHash=fabdede3d53947dcff858c6073fea0c2 (Zugriff am: 28.02.2023).

DNRfK (Deutsches Netz Rauchfreier Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen e. V.) (2016). *astra-Programm (Pressemitteilung): „RAUCHFREI PFLEGEN – Eine gemeinsame Initiative zur Förderung der Gesundheit von Pflegeberufen"*. Verfügbar unter https://www.astra-programm.de/fileadmin/user_upload/astra/Dateien/Publikationen/16_02_22_PM_Gemeinsame_Initiative.pdf (Zugriff am: 28.02.2023).

Durlak J. A. & DuPre E. P. (2008). Implementation matters: a review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *Am J Community Psychol*, 41(3–4), S. 327–50. https://doi:10.1007/s10464-008-9165-0.

Fachkommission nach § 53 Pflegeberufegesetz (2020). *Rahmenpläne der Fachkommission nach § 53 PflBG*, 2. überarbeitete Auflage. Bonn: Bundesinstitut für Berufsbildung.

Fixsen, D. L., Blase, K. A., Naoom, S. F. & Wallace, F. (2009). Core Implementation Components. *Research on Social Work Practice*, 19(5), S. 531–540.

Flake, R., Kochskämper, S., Risius, P. & Seyda, S. (2018). *Fachkräfteengpass in der Altenpflege*, IW-Trends 3/2018. Köln: Institut der Deutschen Wirtschaft.

Garcia-González, D. & Peters, M. (2021). *Ausbildungs- und Studienabbrüche in der Pflege – ein integratives Review*. Bonn: Bundesinstitut für Berufsbildung. Verfügbar unter https://www.bibb.de/dienst/publikationen/en/download/17573 (Zugriff am: 07.12.2023).

GeKoNnTeS (2020). *Kurzbeschreibung des Projektes*. Verfügbar unter https://f5.hs-hannover.de/forschung/forschungsprojekt-gekonntes (Zugriff am: 07.12.2023).

Marckmann, G., Neitzke, G. & Schildmann, J. (2020). Triage in der COVID-19-Pandemie – was ist gerecht? *DIVI*, 11, S. 172–178. doi: 10.3238/DIVI.2020.0172–0178. Verfügbar unter https://www.divi.de/joomlatools-files/docman-files/publikationen/covid-19-dokumente/201112-triage-in-der-covid-19-pandemie-marckmann-neitzke-schildmann.pdf (Zugriff am: 19.08.2023).

Meißner, P., Bonse-Rohmann, M., Brähler, N., Heiligmann, S., Köhler, A. & Sting, A.-L. (2021). *Lehr- und Lernkonzept zur Gesundheitsförderung, Sucht- und Tabakprävention in Studiengängen für Gesundheits- und Pflegeberufe*. Online-Veröffentlichung der Bibliothek der Hochschule Hannover. Verfügbar unter https://serwiss.bib.hs-hannover.de/files/1913/Projekt_MAtCHuP_03.05.2021.pdf (Zugriff am: 07.12.2023).

Scheifhacken, S., Rustler, C., Bühler, A., Schulze, K., Schweizer, I. & Bonse-Rohmann, M. (2015). Rauchfrei durch die Pflegeausbildung: astra – Aktive Stressprävention durch Rauchfreiheit in der Pflege. *Suchttherapie*, (16), S. 42–03. https://doi.10.1055/s-0035-1557662.

Schulze, K. (2019). Tabakkonsum unter Pflegeschülerinnen und Pflegeschülern: eine Untersuchung der Sozialisations- und Selektionsfaktoren bei der Pflegeausbildung und deren Wirkung auf das Präventions- und Interventionsprogramm astra. Dissertation, LMU München: Fakultät für Psychologie und Pädagogik. Verfügbar unter https://edoc.ub.uni-muenchen.de/25386/7/Schulze_Katrin.pdf (Zugriff am: 07.12.2203).

Schulze, K., Bühler, A., Rustler, C., Scheifhacken, S., Bonse-Rohmann, M. & Schweizer, I. (2014). Aktive Stressprävention durch Rauchfreiheit in der Pflege. *Die Schwester Der Pfleger*, (53), S. 892–895.

Schweizer, I., Bonse-Rohmann, M., Bühler, A., Rustler, C., Scheifhacken, S. & Schulze, K. (2015). Kooperatives Modellprojekt astra – rauchfrei durch die Pflegeausbildung – Prozessevaluation zur Prävention und Reduktion des Tabakkonsums. *Pädagogik der Gesundheitsberufe*, (2), S. 43–57.

Seidel, L., Sting, A-L. & Bonse-Rohmann, M. (2023). Gesundheit und Nachhaltigkeit in der beruflichen und akademischen Bildung der Pflege- und Gesundheitsberufe. In S. Hartung & P. Wihofszky (Hg.), *Gesundheit und Nachhaltigkeit*, S. 1–6. Heidelberg: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-64954-1_35-1.

Seyda, S., Köppen, R. & Hickmann, H. (2021). Pflegeberufe besonders vom Fachkräftemangel betroffen. *KOFA KOMPAKT*, 10/2021, S. 1–6.

Statista (2021). *Prognostizierter Bedarf an stationären und ambulanten Pflegekräften in Deutschland bis zum Jahr 2035*. Verfügbar unter https://de.statista.com/statistik/daten/studie/172651/umfrage/bedarf-an-pflegekraeften-2025/ (Zugriff am: 07.12.2023).

Sting, A. L., Seidel, L. & Steinke, B. (2023). Multiplikatorenfunktion als Impuls gesundheits- und pflegewissenschaftlicher Studiengänge für berufliche Settings. In M. Bonse-Rohmann, H. Burchert, K. Schulze & B. Wulfhorst (Hg.), *Gesundheitsförderung im Studium*, S. 243–259. Bielefeld: UTB.

Walter, A. & Dütthorn, N. (2019). *Fachqualifikationsrahmen Pflegedidaktik*. Sektion Bildung und Sektion Hochschullehre der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft, Duisburg. Verfügbar unter https://dg-pflegewissenschaft.de/wp-content/uploads/2019/03/2019_02_20-FQR-Ver%C3%B6ffentlichung_ES.pdf (Zugriff am: 07.12.2023).

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1 Förderphase von astra plus 375

Abb. 2 Wirkmodell von astra plus 377

Abb. 3 Das astra plus-Tool – Kriterienübersicht 382

Autorinnen und Autor



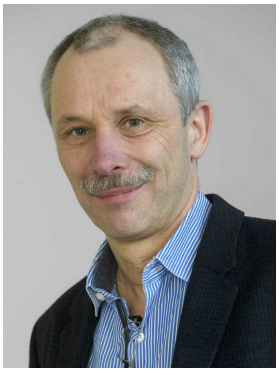
Schulze, Katrin, Dr. phil., M. A. Pädagogik, geb. 1987, wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Charité – Universitätsmedizin Berlin, Arbeits- und Forschungsgebiete: Gesundheitsförderung im Studium, Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflegeausbildung.
Kontakt: katrin.schulze2@charite.de



Rustler, Christa, B. S. Health Communication, geb. 1957, Geschäftsführerin: Deutsches Netz Rauchfreier Krankenhäuser & Gesundheitseinrichtungen DNRfK e. V., Arbeits- und Forschungsgebiete: Prävention und Behandlung des Tabak-/Nikotinkonsums und entsprechende Implementierungsprojekte in Settings des Gesundheitswesens.
Kontakt: rustler@rauchfrei-plus.de



Sting, Anna-Lena, M. A. Management für Pflege- und Gesundheitsberufe, B. Sc. Gesundheitswissenschaften und Sport/Sportwissenschaften, geb. 1995, wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Hochschule Hannover, Arbeits- und Forschungsgebiete: Gesundheitskompetenz im hochschulischen und betrieblichen Setting.
Kontakt: anna-lena.sting@hs-hannover.de



Bonse-Rohmann, Mathias, Prof. Dr. rer. medic, Dipl.-Ghl., 1960–2024, Professur für Pflege- und Gesundheitspädagogik an der Hochschule Hannover, Arbeits- und Forschungsgebiete: Gesundheitsförderung in der beruflichen und hochschulischen Bildung, Anrechnung beruflicher Kompetenzen und Kompetenzdiagnostik in der gesundheits- und pflegeberuflichen Bildung.

Virtual Reality didaktisch fundiert in der Pflegeausbildung einsetzen – Erfahrungen aus dem Projekt ViRDiPA

Lydia Pfeifer, Sophia Fries, Christiane Freese, Annette Nauerth, Patrizia Raschper

Abstract

Vor dem Hintergrund aktueller Herausforderungen in der Pflege kann die Digitalisierung als Motor für die Entlastung beruflich Pflegender sowie der Attraktivitätssteigerung des Berufs dienen. Darauf Bezug nehmend, werden in diesem Beitrag digitale Lehr-/Lernszenarien für die Pflegeausbildung beschrieben, die innovative 360° Virtual Reality (VR)-Szenarien mit dem bewährten Lernaufgabenkonzept nach Müller verknüpfen. Basierend auf den Erfahrungen aus dem Projekt „Virtual Reality basierte Digital Reusable Learning Objects in der Pflegeausbildung" (ViRDiPA) und Erkenntnissen aus leitfadengestützten Gruppeninterviews werden in diesem Beitrag fünf Ansatzpunkte vorgestellt, die sich für die Entwicklung von Lernaufgaben mit 360°-VR-Szenarien eignen. Diese umfassen das Erleben von Akutsituationen sowie emotional herausfordernder Situationen, die Beobachtung von Situationen, den Perspektivwechsel mit zu pflegenden Personen oder anderen Berufsgruppen sowie die Orientierung in neuen Einsatzfeldern.

Schlagworte: Lernaufgaben, Theorie-Praxis-Transfer, interaktive 360-Grad-Videos, Lernortkooperation, affektive Lernziele

Given the current challenges in the care sector, digitization can serve as a motor for easing the workload of nurses and increasing the attractiveness of the profession. Regarding that, this paper describes digital teaching/learning scenarios for nursing education, which combine innovative 360° virtual reality (VR) scenarios with the proven Lernaufgaben concept according to Müller. Based on the experiences from the project "Virtual Reality basierte Digital Reusable Learning Objects in der Pflegeausbildung" (ViRDiPA) and insights gained from guided group interviews, five starting points are presented in this article that are suitable for the development of learning tasks with 360° VR scenarios. These include experiencing acute and emotionally challenging situations, the observation of situations, the change of perspective with patients or other professional groups as well as orientation in new fields of application.

Keywords: congruence between theory and practice, interactive 360-degree video, learning site cooperation, advanced training, affective learning goals

1 Ausgangspunkt und Zielsetzung des Beitrags

Vor dem Hintergrund des anhaltenden Fachkräftemangels steht auch das pflegeberufliche Bildungspersonal vor Herausforderungen. So zeigt sich eine zunehmende Heterogenität der Auszubildenden in Bezug auf verschiedene Dimensionen wie Alter, Herkunft, Sprachkompetenz und Lernvoraussetzungen (vgl. Heinemann u. a. 2022). Gleichzeitig konstatieren Gasch und Maurus (2022) steigende Anforderungen an das Wissen und Können der beruflich Pflegenden. Sie sehen in der Integration digitaler Medien in Lehr-/Lernsituationen eine Antwort auf die beschriebenen Herausforderungen. Das Lernen mit digitalen Medien bietet nach Kerres (2018) eine intensivere Auseinandersetzung mit den Inhalten durch eine Erhöhung von Anschaulichkeit, Situierung und damit Anwendungsorientierung, z. B. durch das Lernen mit Bildern, Audio- und Videodateien oder Simulationen. Zudem ermöglichen elaborierte Lernaufgaben wie Fälle, Probleme oder Projekte eine zusätzliche Aktivierung der Lernenden auf kognitiver und emotionaler Ebene. Auch bieten digitale Medien eine höhere zeitlich-örtliche und soziale Flexibilität des Lernens, indem bspw. alternative Lernorte einbezogen werden (vgl. Kerres 2018). So findet digital gestütztes Lernen mittlerweile Eingang in die Ordnungsmittel der generalistischen Pflegeausbildung (vgl. Mohr u. a. 2020) und etliche Forschungs- und Entwicklungsprojekte zielen auf die Digitalisierung der Pflegeausbildung ab (vgl. Nagel, Stirner & Wrona 2023; Dornick u. a. 2020). Indes steht die systematische Umsetzung von digitalen Innovationen in der Pflegeausbildung bislang noch aus (vgl. Peters, Klein & Dorin 2023).

In diesem Beitrag werden digital gestützt Lehr-/Lernszenarien für die Pflegeausbildung beschrieben, die das bewährte Lernaufgabenkonzept nach Klaus Müller (2013) mit digitalen Medien wie VR-Technologie koppeln, sodass digitale Inhalte in ein bekanntes, vormals analoges Format eingebunden werden. Um die Technologie zielführend einsetzen zu können, ist neben der Festlegung der Lernergebnisse auch die Konkretisierung von Perspektive und Thema notwendig. Basierend auf den Erfahrungen aus dem Projekt „Virtual Reality basierte Digital Reusable Learning Objects in der Pflegeausbildung“ (ViRDiPA) und Erkenntnissen aus leitfadengestützten Gruppeninterviews sollen in diesem Beitrag fünf Ansatzpunkte vorgestellt werden, die sich für die Entwicklung einer Lernaufgabe mit 360°-VR-Szenario eignen. Die Ausführungen sollen dazu dienen, die Möglichkeiten und Grenzen des Mediums zu verstehen. So sind die Bereiche nicht trennscharf, sondern bieten Raum für eigene Überlegungen und Ideen auf Basis der im Projekt ViRDiPA erlangten Erkenntnisse. Weiterführende Informationen zum Projekt finden sich bei Fries u. a. (2023).

2 Praktischer Einsatz von 360°-VR-Szenarien in Lernaufgaben

Obgleich VR-Technologie bereits seit einigen Jahren im Bildungsbereich eingesetzt werden, fehlt meist eine pflege- und mediendidaktische Einbettung (vgl. Bartolles u. a. 2022). Im Projekt ViRDiPA wurde daher das Lernaufgabenkonzept nach Müller (2013)

ausgewählt, um die VR-Technologie nach fach- und mediendidaktischen Gesichtspunkten wirksam in die Pflegeausbildung einbinden zu können. Das Lernaufgabenkonzept von Müller stellt nach Pfeifer u. a. (2021) eine fachdidaktisch begründete und evaluierte Methode dar, die sich für die Förderung von Lernortkooperation und die Gestaltung von Lehr-/Lernsituationen entsprechend der Rahmenpläne (vgl. Fachkommission nach § 53 Pflegeberufegesetz 2020) eignet.

In Lernaufgaben werden typische Arbeitssituationen aufgegriffen und für das Lernen aufbereitet. Im Verlauf der Bearbeitung von Lernaufgaben wird schulisches Theoriewissen auf individuelle Pflegesituationen übertragen und durch Reflexion und Abstraktion der Erlebnisse in der Pflegepraxis wiederum eine Verbindung mit dem Theoriewissen hergestellt. Die Bearbeitung einer Lernaufgabe gliedert sich in fünf Phasen. In der ersten Phase „Kommentar" wird der Gegenstand der Lernaufgabe benannt und es werden Bezüge zum pflegerischen Handeln herausgearbeitet. Es folgt die Phase „Ziele", in der individuelle Lernergebnisse durch die Lernenden formuliert werden. In der Phase „Annäherung" reflektieren die Lernenden erlebte Situationen mit Bezug zum Lerngegenstand. In der Phase „Durchführung" führen die Lernenden eine vollständige Pflegehandlung in der Praxiseinrichtung durch. In der Phase „Reflexion" setzen sich die Lernenden mit ihrem eigenen und dem Erleben der zu pflegenden Person bei der Durchführung der Pflegehandlung auseinander. Außerdem sollen metakognitive und verhaltensändernde oder -konsolidierende Prozesse angeregt werden, etwa indem Denk- und Entscheidungsprozesse rekonstruiert werden oder das Verhalten in zukünftigen ähnlichen Situationen antizipiert wird (vgl. Harms 2019; Müller 2009; 2013).



Abbildung 1: Das Lernaufgabenkonzept in Anlehnung an Klaus Müller (2013)

Während Müller in den Jahren 2009 und 2013 eine analoge Umsetzung des Konzepts beschreibt, setzen sich Fries u. a. (im Druck) mit der Modifikation des Konzepts im Hinblick auf das Einbinden digitaler Medien, darunter auch der VR-Technologie, auseinander. Durch die Aufbereitung von Lernaufgaben in einem digitalen Lernmanagementsystem erweitern sich die Möglichkeiten zur Vermittlung, Aktivierung und Betreuung. So können bspw. Video- und Audioaufnahmen oder Learning Apps eingebunden werden. Hervorzuheben ist die Einbindung von VR-Technologie, insbesondere von 360°-VR-Szenarien (vgl. Fries u. a. 2023).

Allerdings setzt die Entwicklung virtueller Inhalte in der Regel neben technischen Kompetenzen auch einen hohen Zeit- und Kostenaufwand voraus. Dies gilt besonders dann, wenn die Inhalte schwer standardisierbare Handlungsabläufe oder Arbeitssettings simulieren sollen – wie es in der Pflegebildung häufig der Fall ist. Um Entwicklungszeit und Aufwand zu minimieren und pädagogischen Fachkräften die Erstellung von Inhalten zu ermöglichen, kann, statt der üblichen Erzeugung von digitalen Objekten oder Charakteren auf Basis von geometrischer Modellierung, zu einer alternativen Technik gegriffen werden: der 360°-Videotechnik (vgl. Eiris u. a. 2018). Entsprechende Videos werden mit 360°-Kameras aufgezeichnet. Zu jeder Zeit nehmen diese Kameras ihre gesamte Umgebung auf und ermöglichen so bei der Betrachtung der Aufnahme ein aktives Umschauen der Nutzenden. Stehen nun mehrere solcher Aufnahmen zur Verfügung, können diese zu 360°-VR-Szenarien verknüpft und um Interaktionssymbole ergänzt werden. Entsprechende Szenarien können auf VR-Brillen wiedergegeben werden und ermöglichen es, in den virtuell abgebildeten, aber real aufgezeichneten Raum einzutauchen. Zu beachten ist, dass die Handlungsmöglichkeiten hierbei eingeschränkt sind. So besteht keine freie Bewegungsmöglichkeit im Raum und die Interaktionsmöglichkeiten sind begrenzt (vgl. Bartolles u. a. 2022). Die Forschung zum Einsatz der 360°-VR-Technologie im Bildungsbereich steht noch am Anfang (vgl. Blair u. a. 2021; Snelson & Hsu 2020). Zwar gibt es vielversprechende Anwendungsbeispiele, doch findet hier keine Einbettung in ein fachdidaktisch begründetes Lernszenario statt (vgl. Pieterse u. a. 2023).



Abbildung 2: Ausschnitt aus einem 360°-VR-Szenario (CC BY SA)

In den letzten Jahren wurde die Auswirkung des Lernens mit VR im Hinblick auf verschiedene Lernergebnisse und Kompetenzbereiche in der Pflegebildung untersucht. In den Übersichtsarbeiten von Choi u. a. (2022), Jallad & Işık (2022) und Chen u. a. (2020) zeigt sich ein vielversprechendes Bild im Hinblick auf die Aneignung von kognitiven und psychomotorischen Fähigkeiten beim Erwerb klinischer Fertigkeiten, der Steigerung des Selbstvertrauens, der Selbstwirksamkeit und der Zufriedenheit. Hemmend wirkt der aktuelle technische Stand von Soft- und Hardware durch Phänomene wie Motion Sickness, womit Übelkeit und Schwindel gemeint sind, die bei der Nutzung von VR-Brillen entstehen können. Dementsprechende Forschungsergebnisse stehen für die 360°-VR-Szenarien im Speziellen noch aus.

Aufgrund des Neuheitswerts und der Assoziation mit Unterhaltungsmedien erzeugt VR-Technologie bei Lehrenden und Lernenden hohe Aufmerksamkeit (vgl. Schlegel & Weber 2019). Obgleich die Vorteile von VR-Technologie gezielt für die Pflegebildung genutzt werden sollten und die Attraktivität der VR-Technologie sicherlich zur Motivation eingesetzt werden kann (vgl. Foronda u. a. 2020), ermöglicht nur die Einbettung in fachdidaktisch gestaltete Situationen die Abbildung des Pflegeprozesses. Zudem sollte das VR-Erlebnis durch strukturiert angeleitete Vor- und Nachbereitungsprozesse begleitet werden, die sich ebenfalls in der fachdidaktisch ausgewählten Methode, hier der Arbeit mit Lernaufgaben, wiederfinden sollten.

Im Projekt ViRDiPA haben Praxisanleitende und Lehrkräfte im Rahmen einer Fortbildung acht Lernaufgaben mit 360°-VR-Szenarien erstellt. Zur Veranschaulichung der hier beschriebenen Verknüpfung von Lernaufgaben mit 360°-VR-Szenarien stehen diese als Open Educational Resources zur Verfügung unter: www.virdipa.de/oer/. Die für die Entwicklung und das Erleben von 360°-VR-Szenarien benötigte Software kann heruntergeladen werden unter: https://mixality.de/paneovr/.

3 Geeignete Ausgangspunkte für die Entwicklung von Lernaufgaben mit 360°-VR-Szenarien

Aufgrund der technischen Gegebenheiten von 360°-VR-Szenarien eignen sich einige Ansatzpunkte besonders für die Entwicklung von 360°-VR-Szenarien. Handlungsleitend wirkten bei der Auswahl der in diesem Beitrag vorgestellten Ansatzpunkte die Erfahrungen des Projektteams bei der Entwicklung eines Prototyps sowie die Erkenntnisse bei der Begleitung von fünfzehn Lehrkräften und Praxisanleitenden bei der Entwicklung und Erprobung von Lernaufgaben mit 360°-VR-Szenarien im Rahmen einer Fortbildung. Maßgeblich fließen darüber hinaus in diesen Beitrag die Ergebnisse aus einer Interviewstudie ein. Im Sinne der Praxisorientierung und des Transfers erfolgten Entwicklung und Erprobung der Lehr-/Lernszenarien in den Einrichtungen der Pflegebildung. Im Anschluss an die Erprobung wurden seitens der Hochschule leitfadengestützte Gruppeninterviews mit den Lernenden geführt. Hierbei wurden die Lernenden befragt, die aus organisatorischen Gründen durch das Bildungspersonal für die Erprobung ausgewählt wurden (Convenience-Sample). Die befragten Auszubil-

denden wiesen eine Altersspanne von 18 bis 41 Jahren auf und waren im Durchschnitt 23 Jahre alt. Drei Viertel der Auszubildenden befanden sich im ersten Ausbildungsdrittel, ein Viertel war im zweiten Ausbildungsdrittel. Dies zeigt, dass vorrangig digital gestützte Lernaufgaben für den Ausbildungsbeginn konzipiert wurden. Ziel der Interviews war die Erhebung von geeigneten Lernzielen und Einsatzzwecken für Lernaufgaben mit 360°-VR-Szenarien. Die Interviews wurden mithilfe der inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse mit evaluativen Elementen nach Rädiker und Kuckartz (2019) ausgewertet.

3.1 Erleben von Akutsituationen

Beruflich Pflegende erleben regelmäßig Akutsituationen, die nach Kirkevold (2002) dadurch gekennzeichnet sind, dass sie plötzlich auftreten, die Situation einen dramatischen Verlauf nehmen kann sowie schnelles und richtiges Handeln notwendig ist, um Schäden an der Gesundheit von Menschen abzuwenden. 360°-VR-Szenarien eignen sich für das Erleben von Akutsituationen aufgrund verschiedener hierfür günstiger Eigenschaften des Mediums. Akutsituationen können in der Praxis meist schwer geübt werden, da sie unvorhergesehen eintreten. Im 360°-VR-Szenario hingegen können alle Lernenden auf Knopfdruck einer spezifischen Akutsituation in VR ausgesetzt werden. Zwar ist die Akutsituation nur simuliert, doch bieten VR-Brillen eine hohe Immersionserfahrung (vgl. Dörner u. a. 2019), sodass der Fokus der Lernenden ganz auf die Akutsituation ausgerichtet ist und Reize der Umgebung weitgehend ausgeblendet werden. Diese Immersionserfahrung wird bei 360°-VR-Szenarien in einer gefilmten Umgebung hergestellt, nicht wie bei klassischen VR-Szenarien in computergenerierten Umgebungen. Hierdurch ergeben sich andere Darstellungsmöglichkeiten. So können Mimik und Gestik von gefilmten Personen intuitiv erkannt werden, was bei computergenerierten Avataren schwieriger umsetzbar ist.



Abbildung 3: Ausschnitt aus dem 360°-VR-Szenario zum Thema „Kardiopulmonale Reanimation“ von Theresa Kleene und Oliver Schreiner (CC BY-SA)

Die Lernenden berichten, dass sie sich nach dem Erleben eines 360°-VR-Szenarios zum Thema kardiopulmonale Reanimation besser auf diese Akutsituation vorbereitet fühlen:

> *„Das fand ich sehr hilfreich, weil ich denke, dass es eine Situation ist, die/ Das kommt so plötzlich, aber man fühlt sich dann schon ein bisschen vorbereitet."* (02_Interview_Auszubildende: 13)

Das Erleben einer Akutsituation im 360°-VR-Szenario bietet eine simulierte erste Konfrontation mit der entsprechenden Situation und kann eine Vorverlagerung der Entwicklung von Handlungsstrategien und der Emotionsregulierung in den handlungsentlasteten Rahmen der VR-Erfahrung ermöglichen. Das folgende Zitat zeigt, dass die Lernenden beim Erleben des Szenarios den Handlungsdruck erlebt haben:

> *„Ich wurde schon irgendwie mitgenommen. Also doch, ich war schon, also in dem Modus ‚Ich muss jetzt machen' und [...] irgendwie war unterbewusst dann doch schon dieses ‚okay, jetzt schnell'."* (02_Interview_Auszubildende: 29)

360°-VR-Szenarien zu Akutsituationen eignen sich demzufolge im Bereich der kognitiven Lernergebnisse für die Vermittlung von Handlungsabläufen. So beschreibt eine Lernende, dass sich das 360°-VR-Szenario in Kombination mit der Lernaufgabe gut dafür eigne, die Handlungsabläufe einer Reanimation im stationären Bereich zu verinnerlichen.

> *„Ja, ich fand, das wurde jetzt durch die Einheit auch richtig gut klar. Also wie der Ablauf ist, welche Rolle ich einnehme, wie das mit dem REA-Team im Anschluss abläuft, oder halt mit dem Rettungsdienst, der kommt. [...] Ich muss nicht ewig drücken. Es kommt irgendwann jemand und löst mich ab."* (02_Interview_ Auszubildende: 59–61)

3.2 Erleben emotional herausfordernder Situationen

Eine der wenig sichtbaren, aber zentralen Aufgaben beruflich Pflegender ist die Emotionsarbeit. Neben eigenen Emotionen müssen auch die Emotionen reguliert werden, die über die zu Pflegenden und ihr Schicksal transportiert werden. Leid oder Tod der zu Pflegenden können starke Emotionen hervorrufen, die in Anwesenheit von Betroffenen oder Angehörigen moduliert werden müssen. Eine Besonderheit von Emotionsarbeit in der beruflichen Pflege ist, dass Beziehungen teilweise über lange Zeiträume hinweg entstehen, von körperlicher Nähe geprägt und durch hohe Sensitivitätsanforderungen gekennzeichnet sind. Hierbei dient die Emotionsarbeit neben wirtschaftlichen Interessen vor allem der Erreichung der Pflegeziele und der Handlungsfähigkeit in belastenden Situationen (vgl. Schmedes 2021).

360°-VR-Szenarien könnten einen Beitrag zur Vorbereitung auf emotional herausfordernde Situationen leisten. So können entsprechende Situationen auf Knopfdruck in der VR-Simulation erlebt werden. Die befragten Auszubildenden berichten von Präsenzerfahrungen in den 360°-VR-Szenarien. D. h., sie haben das Gefühl, sich in der Simulation zu befinden, wie folgendes Zitat exemplarisch belegt:

> *„Auf jeden Fall war ich voll in der Situation drin und habe agiert."* (02_Interview_Auszubildende: 14)



Abbildung 4: Ausschnitt aus dem 360°-VR-Szenario zum Thema „Unerwartete Situation" vom ViRDiPA-Team (CC BY-SA)

In den Interviews schildern die Lernenden Ihre Gefühle in einem 360°-VR-Szenario:

> *„Da ändert sich ja auch die Sitzhaltung immer. Also ich war dann auf einmal mit den beiden Füßen auf dem Boden und dann konzentriert zuhören und nichts verpassen. ‚Und ja, was mache ich jetzt?' ‚Wie geht es weiter?' ‚Habe ich irgendwas vergessen?'"* (02_Interview_ Auszubildende: 31)

Die Lernenden schildern, dass sie emotional mitgenommen wurden und in einen Modus der Handlungsbereitschaft versetzt wurden. Sie beschreiben eine Veränderung ihrer Körper- und Geisteshaltung hin zu einer aktiven, konzentrierten und handlungsbereiten. Hier zeigt sich, dass die Lernenden beim Erleben der 360°-VR-Szenarien auf einer affektiven Ebene aktiviert werden.

Dass die Lernenden Empathie für die dargestellten Personen (wie z. B. Betroffene, Angehörige, Zugehörige anderer Berufsgruppen) in 360°-VR-Szenarien empfinden, zeigt folgendes Zitat. Die Lernenden haben ein 360°-VR-Szenario erlebt, in dem eine Pflegekraft eine Herzdruckmassage durchführt und um Hilfe bei der Einleitung der weiteren Handlungsschritte bittet. Sie berichten, dass sie Empathie mit der Pflegekraft empfunden haben, sie gerne abgelöst hätten und sich verpflichtet gefühlt haben, sie zu unterstützen:

> *B: Aber man empfindet auch so ein bisschen Empathie mit der Schwester, die da auf dem Boden sitzt, ne? […]*
>
> *B2: Ich hätte die gerne abgelöst.*
>
> *B: Ja, […] die ist halt in der Situation, die ist auf dich angewiesen. Du musst jetzt was machen. […]* (02_Interview_ Auszubildende: 40–44)

Vor allem die Situationsmerkmale aus dem Bereich „Erleben/Deuten/Verarbeiten" können in 360°-VR-Szenarien ideal abgebildet werden. Dazu gehören die Auseinandersetzung mit der eigenen Fassungslosigkeit, Macht- und Hilflosigkeit sowie das Aushalten von Stress/Zeitdruck (vgl. Fachkommission nach § 53 Pflegeberufegesetz 2020).

Insbesondere das Erleben eigener Handlungsunfähigkeit kann im 360°-VR-Szenario ideal angebahnt werden, da die Handlungsmöglichkeiten voreingestellt sind.

Somit ermöglichen 360°-VR-Szenarien eine erste Auseinandersetzung mit belastenden Situationen in einer simulierten Umgebung, sodass Gefühle in den handlungsentlasteten Rahmen der VR-Erfahrung vorgelagert werden können. Die Simulation ermöglicht, dass ausreichend Zeit für die entsprechende Vor- und Nachbereitung der Lernenden eingeplant werden kann. Aufkommende Gedanken und Gefühle können nach dem Erlebnis des Szenarios in der Gruppe reflektiert werden. So können Stress, Angst, Druck oder Versagensgefühle erkannt und besprochen werden. Methodisch sind Vor- und Nachbereitung der Phase „Durchführung in VR" bereits im modifizierten Lernaufgabenkonzept nach Müller (2009) verankert.

3.3 Beobachtung von Situationen ohne Handlungsdruck

Obwohl das Erlernen des Pflegeberufes mit dem Inkrafttreten des Pflegeberufegesetzes[1] im Jahr 2020 im Sinne einer generalistischen Pflegeausbildung reformiert und neu strukturiert wurde (siehe ausführlich Bundesministerium für Gesundheit 2023), verharrt die Pflegepraxis zu weiten Teilen in den tradierten Strukturen. An vielen Stellen ist der Ausbildungs- dem Versorgungsauftrag der zu Pflegenden nachgeordnet. Vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels ist es für beruflich Pflegende schwierig, die praktische Ausbildung gemäß den neuen Vorgaben zu gestalten. Hinzu kommt in vielen Teams eine hohe Wechseldynamik oder die Zusammenarbeit mit Leasingkräften, was eine strukturierte Ausbildung erschwert (vgl. Jakobs & Vogler 2020). Insbesondere die anzustrebende Herangehensweise, die Lernenden in den ersten Einsätzen als Beobachtende an ihre neuen Aufgaben heranzuführen, ist für die Pflegekräfte unter den aktuellen Personalengpässen schwer umzusetzen (vgl. ebd.). Diese Umstände sind keinesfalls hinzunehmen und deren Veränderung ist dringend anzustreben, doch werden die soeben beschriebenen Probleme in der praktischen Ausbildung schon seit Längerem problematisiert und eine grundsätzliche Verbesserung ist nicht abzusehen (vgl. Hanisch 2017). Daher dienen 360°-VR-Szenarien immer nur als Zusatz zu den Erfahrungen, die im Pflegeberuf ausschließlich im Kontakt mit Menschen möglich sind, stellen hier aber eine vielversprechende Ergänzung an der Schnittstelle von Schule und Praxiseinrichtung dar.

In 360°-VR-Szenarien können Szenen aus der beruflichen Pflegepraxis ohne Zeit- und Handlungsdruck beobachtet werden. Hierbei können 360°-Videoaufnahmen in der individuellen Praxiseinrichtung gedreht werden, sodass räumliche und organisatorische Gegebenheiten kennengelernt oder wiedererkannt werden. Dies kann die Identifikation mit den zu sehenden Inhalten steigern. Anders als bei der Betrachtung von Videos an einem Bildschirm tauchen die Lernenden bei der Betrachtung eines 360°-VR-Szenarios mithilfe einer VR-Brille ganz in die Szenerie ein. Die visuelle und akustische Barriere zur Umwelt trägt zur Vermeidung von Ablenkungen bei. Somit lassen sich hohe Immersionsgrade erreichen.

1 Gesetz zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz – PflBRefG). Artikel 1. Gesetz über die Pflegeberufe (Pflegeberufegesetz – PflBG). Vom 17. Juli 2017. Bundesgesetzblatt Jahrgang 2017 Teil I Nr. 49, ausgegeben zu Bonn am 24. Juli 2017, S. 2581.



Abbildung 5: Ausschnitt aus dem 360°-VR-Szenario zum Thema „Epileptischer Anfall" von Michael Kolbe und Cindy Görmer (CC BY-SA)

Wie folgendes Zitat zeigt, beschrieben die Lernenden die Beobachtungsposition als unbekannt. Sie kennen es aus ihrer bisherigen Ausbildung nicht, dass sie beobachten dürfen, ohne handeln zu müssen. Sie beschreiben es als eine angenehme Erfahrung, dass sie in einem handlungsentlasteten Raum wie der VR-Umgebung konzentriert beobachten dürfen:

> *„Bisher war es nie so, dass ich da halt wirklich irgendwie außen vorstand. Also es war nie so, dass ich danebenstand, sondern, also das ist nochmal eine andere Erfahrung, wirklich danebenzustehen und zuzugucken."* (02_Interview_ Auszubildende: 16)

3.4 Perspektivwechsel mit zu pflegenden Personen oder anderen Berufsgruppen

Empathie ist ein wichtiger Bestandteil effektiver Kommunikation im Pflegeberuf und die Grundlage für eine qualitativ hochwertige Pflege, die sich an der zu pflegenden Person orientiert. Empathische Pflege wirkt sich nicht nur positiv auf Gesundheitsergebnisse bei den zu pflegenden Personen, sondern auch auf die berufliche Zufriedenheit von Pflegekräften aus. Eine Möglichkeit, um Empathie bei Lernenden zu fördern, können Simulationen sein, bei denen Lernende die Rolle der zu pflegenden Person einnehmen (vgl. Holland 2020).

Der Perspektivwechsel mit anderen Personen lässt sich in 360°-VR-Szenarien ideal umsetzen. So kann eine Szene aus Sicht einer fiktiven Person gefilmt werden. Hierbei fungiert die 360°-Kamera als „Platzhalter" für die entsprechende Person. Später kann im 360°-VR-Szenario dann die Ego-Perspektive der Person eingenommen werden. Hierbei wird ein tatsächlicher Perspektivwechsel mit zu pflegenden Personen oder Akteuren und Akteurinnen aus anderen Berufsgruppen ermöglicht. VR-Simulationen mit hohen Immersionsgraden ermöglichen das Erleben der sogenannten Präsenz in der VR, also das subjektive Gefühl, sich tatsächlich in der virtuellen Umgebung zu befinden (Dörner u. a. 2019). Somit kann das Erleben von Situationen aus Sicht anderer Akteurinnen und Akteure sich sehr real anfühlen und Gefühle hervorrufen, die

auch beim tatsächlichen Erleben der Situation hervorgerufen werden könnten, wie folgendes Zitat zeigt:

> *„Ja, irgendwie fühlt man sich dann so hilflos, man ist da so, man kann gar nichts machen und ist so, ja. Also man gibt sich in die Hände von anderen Menschen. Ich finde, man kann sich da schon so ein bisschen hineinversetzen, wie sich die Leute dann fühlen in solchen Situationen, so ausgeliefert."* (05_Interview_ Auszubildende, Pos. 54–59)

Dieses Zitat verdeutlicht, dass die Lernenden nicht nur die Perspektive der zu pflegenden Person einnehmen, sondern auch versuchen zu ergründen, wie die Person sich fühlen könnte. Sie entwickeln Empathie. Erlebt haben die Lernenden im Kontext einer Lernaufgabe den liegenden Transport aus der Wohnung in einen Rettungswagen. Für den Dreh der Szene wurde die Kamera auf der Trage platziert. So kann die Dynamik eines solchen Liegendtransports durch ein Treppenhaus aus Sicht der transportierten Person wahrgenommen werden. Eindrücklich ist hierbei auch die Perspektive auf die tragenden Notfallsanitäter. Auditive Eindrücke komplettieren den Perspektivwechsel: Das Knistern der Rettungsfolie wird wiedergegeben und schließlich das Türenknallen des Rettungswagens. Denkbar sind viele weitere Szenarien, in denen die wahrgenommene Beziehung zu den anderen Akteurinnen und Akteuren sowie die Position der zu pflegenden Person im Raum reflektiert werden können.



Abbildung 6: Ausschnitt aus einem 360°-VR-Szenario mit Perspektivwechsel von Xandra Saunders und Sabine Längert (CC BY-SA)

3.5 Orientierung in neuen Einsatzfeldern

Der Gedanke an den ersten Praxiseinsatz kann bei Lernenden Unsicherheiten und Versagensängste auslösen, wie sie im Interview berichten:

> *„Ich finde das auch gerade eine gute Sache für diejenigen, die zum Beispiel vorher noch gar nicht im Krankenhaus waren, dass sie sich damit erst mal sozusagen ein bisschen antasten können, bevor die ins kalte Wasser geschmissen werden."* (03_Interview_ Auszubildende: 133)

Die Lernende beschreibt den ersten Einsatz im akutstationären Bereich als „ins kalte Wasser geschmissen werden". Sie beschreibt das VR-Szenario als Möglichkeit zum „Antasten" vor dem Orientierungseinsatz. Mithilfe eines 360°-VR-Szenarios können die Lernenden bereits grundlegende Gegebenheiten der Praxiseinrichtungen kennenlernen, bevor sie die Einrichtung betreten. So ist es möglich, die mit der 360°-Kamera abgefilmten Räumlichkeiten bereits mithilfe der VR-Brille kennenzulernen, um die Orientierung zu erleichtern. Typische Geräusche und kleinere Abläufe wie das Klingelsystem können erlebt werden. Es können grundlegende Pflegemaßnahmen beobachtet und hierbei Entscheidungen über den Verlauf getroffen werden.

Nach Schilderung der Lernenden könnten durch das virtuelle Erleben des Verhaltens einer Pflegefachkraft im Kontakt mit zu pflegenden Personen Berührungsängste abgebaut werden:

> *„Zuvor wäre das super gewesen, das nimmt einem dann vielleicht auch so ein bisschen die Angst, weil, man weiß ja wirklich nicht: ‚Wie arbeite ich auf Station? Wie wird das überhaupt?' Und das hätte einem auf jeden Fall sehr viel Mut gemacht. Auch, dass das gar nicht so schlimm ist, das wird einmal gezeigt, wie jemand mit einem Patienten umgeht."* (04_Interview_ Auszubildende: 169)

Die digitalen Lehr-/Lernszenarien, bestehend aus Lernaufgabe und 360°-VR-Szenario, können so angelegt werden, dass sie den Orientierungseinsatz miteinschließen, indem die Phase „Durchführung" einen Arbeitsauftrag in der Praxis beinhaltet, der im Anschluss in der Schule reflektiert werden kann. Dieses Vorgehen schafft einen Raum, in dem Unsicherheiten der Lernenden und wahrgenommene Theorie-Praxis-Konflikte besprochen werden können. Das 360°-VR-Szenario wird vor dem Orientierungseinsatz durchgeführt, sodass es im Verbund mit der Lernaufgabe eine Brücke zwischen Schule und Praxiseinrichtungen bilden kann.

Weit über den ersten Praxiseinsatz hinaus lässt sich das Prinzip auf die Einführung in neue Arbeitsbereiche anwenden. So können die Lernenden ihnen bislang unbekannte Bereiche wie die Intensivstation, den Operationssaal oder das Herzkatheterlabor vorab mithilfe der VR-Brille erkunden.

4 Fazit und Ausblick

Lernaufgaben nach Müller (2009; 2013) ermöglichen sowohl die Übertragung von Theoriewissen auf individuelle Pflegesituationen als auch die Reflexion und Abstraktion von Erlebnissen aus der Pflegepraxis. Werden die Lernaufgaben durch digitale Ele-

mente ergänzt, erweitern sich die Möglichkeiten zur Vermittlung, Aktivierung und Betreuung der Lernenden. In diesem Beitrag wurden vornehmlich 360°-VR-Szenarien zur Ergänzung der Lernaufgaben beschrieben.

VR-Technologie kann die didaktische Anbahnung der Kompetenzentwicklung in der Pflegebildung an unterschiedlichen Punkten unterstützen. So können Lernende selten auftretende oder akute Situationen zu einem bestimmten Zeitpunkt auf Knopfdruck erleben, sodass sich die Möglichkeit ergibt, Zeit für Vor- und Nachbereitung von bestimmten Situationen einzuplanen. VR-Brillen bieten aufgrund ihrer Konstruktionsprinzipien das Phänomen der Immersion und je nach Gestaltung des erlebten Szenarios auch des Präsenzerlebens (vgl. Dörner u. a. 2019). So können visuelle und akustische Ablenkungen vermieden werden, um ein konzentriertes Lernen zu ermöglichen. Zudem können bei hohem Präsenzerleben Gefühle bei den Lernenden hervorgerufen werden, die dann im Auswertungsgespräch in der Praxis oder im Unterricht bearbeitet werden. Infolgedessen bieten VR-Szenarien an allen Lernorten eine Ergänzung zum herkömmlichen Lernen in Simulationsumgebungen. Ein Vorteil im Vergleich zum Üben im Skills Lab ist die vereinfachte Konzentration auf den Lerngegenstand durch die Immersionserfahrung.

360°-VR-Szenarien als spezielle Form der VR-Technologie bieten eine gefilmte Umgebung, die zum einen Wiedererkennungseffekte nutzen kann, indem Lernende eine Praxiseinrichtung bereits in der VR kennenlernen können. Zum anderen bieten sich detaillierte Darstellungsmöglichkeiten von Mimik und Gestik von Personen. Obwohl die Interaktionsmöglichkeiten in 360°-VR-Szenarien im Vergleich zu computergenerierten Szenarien eingeschränkt sind, können auch hier Dialoge oder andere Interaktionen implementiert werden. Lehrende mit durchschnittlicher Medienkompetenz können die Szenarien nach einer Einarbeitungszeit selbstständig entwickeln.

Aufbauend auf den technologiebasierten Möglichkeiten von VR-Szenarien wurden in diesem Beitrag fünf Ansatzpunkte für die Entwicklung von 360°-VR-Szenarien dargelegt. Akutsituationen eignen sich ideal als Thema für 360°-VR-Szenarien, da selten auftretende Situationen geplant geübt werden können und in der VR-Simulation kein Handlungsdruck wirkt. Auch können die Szenarien für die Vorbereitung auf emotional belastende Situationen eingesetzt werden. Bereits in der Simulation aufkommende Gefühle und Gedanken werden in den handlungsentlasteten Lernort VR-Simulation vorverlagert und können in der Lerngruppe gemeinsam reflektiert werden. So kann die Gefahr einer emotionalen Überforderung in herausfordernden Situationen sinken. Durch die realistische Darstellung der gefilmten Umgebung eignen sich 360°-VR-Szenarien zudem ideal für das Lernen durch Beobachten. In der handlungsentlasteten VR-Umgebung kann der Fokus auf das Beobachten ohne Zeit- und Handlungsdruck gelegt werden. Es eignen sich hierfür sowohl originäre Beobachtungsaufgaben wie die Beobachtung eines epileptischen Anfalls, aber auch die Beobachtung von Pflegesituationen, um bspw. die Kommunikation von Pflegefachkräften zu reflektieren. Um Perspektivübernahme und Empathie zu fördern, können Lernende mithilfe von 360°-VR-Szenarien in die Rollen von zu pflegenden Personen oder Angehörigen anderer Berufsgruppen hineinschlüpfen. So können bestimmte Situationen aus

Sicht einer anderen Person erlebt werden und Reflexionsprozesse über den Umgang mit dem Gegenüber angestoßen werden. Zudem lässt sich die Technologie zur Orientierung in neuen Einsatzfeldern nutzen. So kann sie eine Brücke zwischen Schule und Praxiseinrichtung bilden und damit dem Abbau von Berührungsängsten dienen, indem die Lernenden eine unbekannte Umgebung in der VR-Umgebung kennenlernen, bevor sie diese zum ersten Mal betreten.

Hervorzuheben ist, dass mit 360°-VR-Szenarien vornehmlich Lernergebnisse im affektiven Bereich anzustreben sind. Wie in diesem Beitrag dargelegt wurde, kann durch die Ansprache visueller und auditiver Sinneskanäle die Wahrnehmung von Gefühlen angebahnt werden, die im Rahmen der Lernaufgabe reflektiert werden können. So können Werte und Einstellungen vergegenwärtigt und auf Wunsch des Individuums auch verändert werden. Auch kognitive Lernergebnisse können den Einsatz von 360°-VR-Szenarien begründen. So kann die Kenntnis von Handlungsabläufen vermittelt werden oder das Verstehen von Zusammenhängen. Entscheidend ist hierfür die Verknüpfung mit der Lernaufgabe oder einer anderen geeigneten fachdidaktischen Methode, die ebenfalls auf die Erlangung der entsprechenden Lernergebnisse ausgerichtet ist. Aufgrund der eingeschränkten Handlungsmöglichkeiten im 360°-VR-Szenario eignen diese sich weniger für das Erreichen von Lernergebnissen im psychomotorischen Bereich.

Obgleich die Erprobungen der Lernaufgaben mit 360°-VR-Szenarien im Projekt ViRDiPA evaluiert wurden, ist die weiterführende Erprobung und Evaluation der hier beschriebenen digitalen Lehr-/Lernszenarien erforderlich, um breitere Anwendungserfahrungen, z. B. in der hochschulischen Bildung, sammeln und die Auswirkungen auf die Kompetenzentwicklung evaluieren zu können. Eine Messung der Kompetenzentwicklung konnte im Rahmen dieses Projektes nicht durchgeführt werden. Somit ergibt sich weiterer Forschungsbedarf.

Literatur

Bartolles, M., Kamin, A.-M., Meyer, L. & Pfeiffer, T. (2022). VR-basierte Digital Reusable Learning Objects. *MedienPädagogik*, 47, S. 138–156. https://doi.10.21240/mpaed/47/2022.04.07.X.

Blair, C., Walsh, C. & Best, P. (2021). Immersive 360° videos in health and social care education: a scoping review. *BMC medical education*, 21(1), S. 590. https://doi.10.1186/s12909-021-03013-y.

Bundesministerium für Gesundheit. (2023). *Pflegeberufegesetz*. Verfügbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/pflegeberufegesetz.html (Zugriff am: 29.09.2023).

Chen, F.-Q., Leng, Y.-F, Ge, J.-F., Wang, D.-W., Li, C., Chen, B. & Sun, Z.-L. (2020). Effectiveness of Virtual Reality in Nursing Education: Meta-Analysis. *Journal of medical Internet research*, 22(9), e18290. https://doi.10.2196/18290.

Choi, J., Thompson, C. E., Choi, J., Waddill, C. B. & Choi, S. (2022). Effectiveness of Immersive Virtual Reality in Nursing Education: Systematic Review. *Nurse educator*, 47(3), E57–E61. https://doi.10.1097/NNE.0000000000001117.

Dörner, R., Broll, W., Grimm, P. & Jung, B. (2019). *Virtual und Augmented Reality (VR/AR)*. Berlin & Heidelberg: Springer.

Dornick, S., Engelke, J., Lucht, P., Reichel, K., Schütze, J., Tausch, S. & Wiesner, H. (2020). Aktuelle Herausforderungen für die Pflegeausbildung: Generalistik, Digitalisierung und COVID-19-Pandemie – Partizipative Technikentwicklung von Online-Lehr-/Lern-Szenarios für die Pflegeausbildung. *Mensch und Computer 2020 – Workshopband MCI-WS01: Partizipative & sozialverantwortliche Technikentwicklung*. Magdeburg. 6.–9. September 2020. Bonn: Gesellschaft für Informatik e. V. https://doi.10.18420/muc2020-ws109-350.

Eiris, R., Gheisari, M. & Esmaeili, B. (2018). PARS: Using Augmented 360-Degree Panoramas of Reality for Construction Safety Training. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(11). https://doi.10.3390/ijerph15112452.

Fachkommission nach § 53 Pflegeberufegesetz (2020). *Rahmenpläne der Fachkommission nach § 53 PflBG*. o. O.

Foronda, C. L., Fernandez-Burgos, M., Nadeau, C., Kelley, C. N. & Henry, M. N. (2020). Virtual Simulation in Nursing Education: A Systematic Review Spanning 1996 to 2018. *Simulation in Healthcare: Journal of the Society for Simulation in Healthcare*, 15(1), S. 46–54. https://10.1097/SIH.0000000000000411.

Fries, S., Pfeifer, L., Schlautmann, K., Freese, C., Nauerth, A. & Raschper, P. (2023). Entwicklung und Erprobung digital gestützter Lernaufgaben mit VR-Szenarien. Das Fortbildungskonzept des Projekts ViRDiPA (Innovative Lehr-/Lernszenarien in den Pflege- und Gesundheitsberufen. Working Paper-Reihe der Projekte DiViFaG und ViRDiPA, 7). Bielefeld: Universität Bielefeld. https://doi.org/10.4119/unibi/2978152.

Fries, S., Schlautmann, K., Pfeifer, L., Freese, C., Nauerth, A. & Raschper, P. (in Vorbereitung). Entwicklung und Nutzung von digital gestützten Lernaufgaben mit VR-basierten Trainingsbausteinen zur Sicherung des Theorie-Praxis-Transfers in der generalistischen Pflegebildung. In G. Hundenborn, B. Knigge-Demal & P. Raschper (Hg.), *Erfolgreich generalistisch ausbilden*. Detmold: Jacobs-Verlag.

Gasch, F. & Maurus, A. (Hg.) (2022). *Digitale Medien in der Pflegeausbildung. Didaktik, Rahmenbedingungen und Organisationsentwicklung*, 1. Auflage. Bielefeld: wbv Publikation (Beiträge zu Arbeit – Lernen – Persönlichkeitsentwicklung). https://doi.10.3278/9783763970766.

Hanisch, R. (2017). Ausbildungserleben von PflegeschülerInnen zwischen Anspruch und Wirklichkeit in der Pflegepraxis und Konsequenzen für die Pflegepädagogik. *Pädagogik der Gesundheitsberufe*, 4(1), S. 48–65.

Harms, J. (2019). Lern- und Arbeitsaufgaben. In B. Klemme, U. Weyland & J. Harms (Hg.), *Praktische Ausbildung in der Physiotherapie*, S. 221–225. Stuttgart: Thieme Verlag.

Heinemann, A. M. B., Pape, N. & Kakkattil, J. M. (2022). Zum Umgang mit Heterogenität in der Ausbildung von Pflegefachpersonen. In I. Darmann-Finck & K. H. Sahmel (Hg.), *Pädagogik im Gesundheitswesen*, S. 1–17. Berlin & Heidelberg: Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit.

Holland, T. (2020). Educational Strategies to Foster Empathy Utilizing Simulation Pedagogy. *International Journal of Caring Sciences*, 13(3), S. 1589–1595.

Jakobs, A. & Vogler, C. (2020). Generalistische Ausbildung: Ein Jahr „neue Pflege". *Pflegezeitschrift*, 73(12), S. 38–41.

Jallad, S. T. & Işık, B. (2022). The effectiveness of virtual reality simulation as learning strategy in the acquisition of medical skills in nursing education: a systematic review. *Irish Journal of Medical Science*, 191(3), S. 1407–1426. https://doi.10.1007/s11845-021-02695-z.

Kerres, M. (Hg.) (2018). *Mediendidaktik. Konzeption und Entwicklung digitaler Lernangebote*, 5. Auflage. Berlin & Boston: De Gruyter Oldenbourg.

Kirkevold, M. (2002). *Pflegewissenschaft als Praxisdisziplin*, 1. Auflage. Bern, Göttingen, Toronto & Seattle: Huber.

Mohr, J., Riedlinger, I. & Reiber, K. (2020). Die Bedeutung der Digitalisierung in der Neuausrichtung der pflegerischen Ausbildung – Herausforderungen für die berufliche Pflege im Kontext der Fachkräftesicherung. In E. Wittmann, D. Frommberger & U. Weyland (Hg.), *Jahrbuch der berufs- und wirtschaftspädagogischen Forschung 2020*, S. 165–182. Opladen: Barbara Budrich.

Müller, K. (2013). Lernaufgaben. In R. Ertl-Schmuck & U. Greb (Hg.), *Pflegedidaktische Handlungsfelder*. Weinheim: Beltz Juventa.

Müller, K. (2009). *Implementierung eines Lernaufgabenkonzeptes in die betriebliche Pflegeausbildung* (Dissertation). Bremen: Universität Bremen.

Nagel, L., Stirner, A. & Wrona, K. (2023). Entwicklung eines Konzepts für kompetenzorientierte digital gestützte, praktische Abschlussprüfungen in der Pflegeausbildung. *BWP*, 52(3), S. 46–47. Verfügbar unter https://www.bwp-zeitschrift.de/dienst/publikationen/de/19083 (Zugriff am: 07.12.2023).

Peters, M., Klein, Z. & Dorin, L. (2023). Digitalisierung in der (Alten-)Pflegeschule. Empirische Erkenntnisse zur Technikakzeptanz von Lehrenden. In M. A. Marchwacka (Hg.), *Handbuch Pflegebildung. Theorie – Empirie – Praxis*, 1. Auflage, S. 151–160. Bern: Hogrefe.

Pfeifer, L., Nauerth, A., Raschper, P., Freese, C. & Bräkling, S. (2021). *Virtual Reality basierte Digital Reusable Learning Objects in der Pflegeausbildung – Rahmenbedingungen, Anforderungen und Bedarfe aus pflegepädagogischer Sicht (Innovative Lehr-/Lernszenarien in den Pflege- und Gesundheitsberufen)*. Working Paper-Reihe der Projekte DiViFaG und ViRDiPA, 2. aktual. Version. Bielefeld: Fakultät für Erziehungswissenschaft AG 9 (Medienpädagogik, Forschungsmethoden und Jugendforschung). https://doi.org/10.4119/unibi/2954330.

Pieterse, A. D., Hierck, B. P., de Jong, P. G. M., Ginn, T. F., Hamoen, E. C. & Reinders, M. E. J. (2023). User experiences of medical students with 360-degree virtual reality applications to prepare them for the clerkships. *Virtual Reality*, 27, S. 1381–1389. https://doi.org/10.1007/s10055-022-00731-6.

Rädiker, S. & Kuckartz, U. (2019). *Analyse qualitativer Daten mit MAXQDA. Text, Audio und Video*. Wiesbaden: Springer VS.

Schlegel, C. & Weber, U. (2019). Lernen mit Virtual Reality: Ein Hype in der Pflegeausbildung? *Pädagogik der Gesundheitsberufe*, 3(6), S. 182–186.

Snelson, C. & Hsu, Y.-C. (2020). Educational 360-Degree Videos in Virtual Reality: A Scoping Review of the Emerging Research. *TechTrends*, 64(3), S. 404–412. https://doi.10.1007/s11528-019-00474-3.

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1 Das Lernaufgabenkonzept in Anlehnung an Klaus Müller (2013) 393

Abb. 2 Ausschnitt aus einem 360°-VR-Szenario (CC BY SA) 394

Abb. 3 Ausschnitt aus dem 360°-VR-Szenario zum Thema „Kardiopulmonale Reanimation“ von Theresa Kleene und Oliver Schreiner (CC BY-SA) 396

Abb. 4 Ausschnitt aus dem 360°-VR-Szenario zum Thema „Unerwartete Situation“ vom ViRDiPA-Team (CC BY-SA) 398

Abb. 5 Ausschnitt aus dem 360°-VR-Szenario zum Thema „Epileptischer Anfall“ von Michael Kolbe und Cindy Görmer (CC BY-SA) 400

Abb. 6 Ausschnitt aus einem 360°-VR-Szenario mit Perspektivwechsel von Xandra Saunders und Sabine Längert (CC BY-SA) 401

Autorinnen



Lydia Pfeifer, M. A., 2020–2023 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Bildungs- und Versorgungsforschung im Gesundheitswesen der Hochschule Bielefeld (HSBI). Ihr aktueller Forschungsschwerpunkt liegt auf der Evaluation von digitalen Technologien in der gesundheitsberuflichen Bildung.
Kontakt: lydia.pfeifer@hsbi.de

Sophia Fries, M. A., arbeitet als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Hochschule Bielefeld (HSBI) am Institut für Bildungs- und Versorgungsforschung im Gesundheitsbereich. Im Projekt ViRDiPA ist sie für die Konzeption der pflegedidaktischen Bausteine der Fortbildung sowie für die Entwicklung und Erprobung des Fortbildungskonzepts zuständig.



Christiane Freese, Dipl.-Berufspädagogin (M. A.), stellv. Schulleitung an der Pflegeschule Nazareth, wiss. MA im Projekt KoprA (Entwicklung (digital gestützter) kompetenzorientierter praktischer Abschlussprüfungen), bis Oktober 2023 Projektleitung VirDiPa und DiFifaG. Lehrschwerpunkte an der Hochschule Bielefeld: Fachdidaktik Pflege und Pflegewissenschaft. Arbeitsschwerpunkte: Entwicklung von Skills-Lab-Konzepten, Entwicklung digitaler und virtueller Lernmaterialien, Konzeptentwicklung für die Betriebliche Bildung Pflege.



Annette Nauerth, Professorin für Lehrgebiet „Biomedizinische Grundlagen der Gesundheitsberufe“, Forschung u. a. im Bereich Bildungs- und Versorgungsforschung zu Digitalisierung unter der Berücksichtigung von Nutzer:inneninteressen.



Prof. Dr. phil. **Patrizia Raschper**, Krankenschwester, Dipl.-Berufspädagogin für Gesundheitsberufe und Pflegewissenschaftlerin, Professorin für Pflegewissenschaft/Schwerpunkt Pflegedidaktik an der Hochschule Bielefeld. Forschungsgebiete: Pflegerische Kommunikation und Beziehungsgestaltung, Qualifikationsforschung im Bereich Pflege, Digitalisierung in der pflegeberuflichen Bildung. Kontakt: patrizia.raschper@hsbi.de

Berufliche Weiterentwicklung im Fokus

Intendierte und potenzielle Bildungswege in der Pflege: Möglichkeiten der beruflichen Entwicklung über Ausbildung, Weiterbildung und Studium

Jan Braun, Sabine Dorn, Karin Reiber

Abstract

In das Pflegebildungssystem kann niederschwellig über die Pflegeassistenzausbildung eingetreten werden, in der Ausbildung zur Pflegefachperson werden breite Kompetenzen erworben und in Weiterbildungen können spezifische Fachkenntnisse und Fertigkeiten im Sinne des lebenslangen Lernens vertieft werden. Daneben kann parallel zur Ausbildung, im Anschluss an die Ausbildung oder anstelle einer Ausbildung ein Pflegestudium absolviert werden. Insbesondere der Bereich der Pflegeassistenzausbildungen und das Feld der Weiterqualifizierungsmöglichkeiten sind von zahlreichen unterschiedlichen Bildungsangeboten geprägt, die das Pflegebildungssystem einerseits vielfältig, andererseits aber auch unübersichtlich werden lassen. Ebenfalls sind zugeschnittene Förder- und Unterstützungsangebote in allen Bereichen seltener anzutreffen. Der Beitrag zeigt die Bildungsoptionen sowie Förder- und Unterstützungsprogramme im Pflegebildungssystem auf und diskutiert diese unter dem Gesichtspunkt der Bildungsdurchlässigkeit.

Schlagworte: Durchlässigkeit, Bildungswege, Bildungssystem, Pflegebildung

The nursing education system can be entered at a low threshold via nursing assistant education, broad competencies are acquired in nursing vocational education, and specific competencies can be deepened in further education in the spirit of lifelong learning. In addition, academic nursing studies can be completed parallel to nursing vocational education, following vocational education or instead of vocational education. In particular, the area of nursing assistant education and the field of further qualification options are characterized by numerous different educational programs, which make the nursing education system diverse on one hand, but also confusing on the other. Additionally, tailored promotional and support programs in all areas are also rare. The article shows the different educational options, promotional and support programs in the nursing education system and discusses them from the point of view of education permeability.

Keywords: permeability, educational pathways, education system, nursing education

1 Einleitung

Um eine qualitativ hochwertige Pflege sicherzustellen, bedarf es gut ausgebildeter Pflegefachpersonen. Zudem ist der Bedarf an kontinuierlicher Aktualisierung, Erweiterung und Vertiefung von Kompetenzen angesichts der zunehmenden diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten und des Anstiegs von Multimorbidität und chronischen Erkrankungen enorm (vgl. Aiken u. a. 2017, S. 559). Es werden also zukünftig nicht einfach nur mehr Pflegefachpersonen benötigt, vielmehr ist es unabdingbar, dass diese ihre Kompetenzen durch Aus-, Fort- und Weiterbildung aktualisieren und erweitern, um den fachlichen Anforderungen gerecht zu werden und zu einer qualitätsvollen pflegerischen Versorgung beitragen zu können. Die Voraussetzung dafür wiederum ist, dass das Bildungssystem der Domäne Pflege Aus- und Weiterbildungen auf unterschiedlichen Ebenen und für verschiedene Zielgruppen offeriert sowie eine hohe Durchlässigkeit zwischen Bildungsangeboten ermöglicht. Aufeinander abgestimmte Bildungsangebote und einheitlich geregelte Übergänge, Zulassungsvoraussetzungen und Anrechnungsmöglichkeiten sowie einfach zugängliche Informationen über unterschiedliche Bildungswege stellen eine wichtige Voraussetzung für Durchlässigkeit in den Diensten beruflicher Weiterentwicklung dar.

Unter Bildungsdurchlässigkeit wird ein barrierearmes Bildungssystem verstanden, das es Personen ermöglicht, ihre Bildungswege individuell und vielfältig zu gestalten. Diese sind maßgeblich von Zu- und Übergängen zu bzw. zwischen unterschiedlichen Bildungsgängen, -stufen und -bereichen abhängig (vgl. Hemkes 2018, S. 7). Von speziellem Interesse ist dabei die strukturelle oder institutionelle Durchlässigkeit, da diese neben Übergängen zwischen verschiedenen Bildungsbereichen vor allem flexible Bildungswege in unterschiedlichen Lebensphasen ermöglicht und somit die Basis für das lebenslange Lernen im Kontext institutionalisierter Bildungsgänge und formaler Bildungsprozesse darstellt (vgl. Freitag 2018, S. 4; Cendon 2021, S. 19). Ein institutionell durchlässiges Bildungssystem ermöglicht flexible Bildungswege und trägt zu höherer Bildungsgerechtigkeit sowie zur Steigerung der Bildungschancen von Individuen bei, da vorausgegangene Bildungsentscheidungen revidier- und korrigierbar werden (vgl. Banscherus u. a. 2016, S. 8). Ebenfalls von nicht zu unterschätzender Bedeutung bei Betrachtung der Bildungsdurchlässigkeit sind Angebote zur Unterstützung und Förderung der Teilnehmenden von Bildungsangeboten (vgl. ebd., S. 15).

2 Methodische Zugänge und Einordnung in den Projektkontext

Das Projekt „career@care – Durchlässigkeit und Bildungspfade in der Pflege“ des Instituts für angewandte Wirtschaftsforschung Tübingen in Kooperation mit der Hochschule Esslingen im Auftrag des Bundesinstituts für Berufsbildung (BIBB) (Laufzeit 01.04.2022–30.11.2023) hat zum Ziel, das Berufsbildungssystem der Domäne Pflege hinsichtlich theoretischer und tatsächlich genutzter Durchlässigkeit in der Praxis zu analysieren, potenzielle Barrieren aufzuzeigen und Empfehlungen für die Ermög-

lichung vielfältiger beruflicher Bildungswege und Entwicklungsmöglichkeiten zu geben. Im Rahmen des Projekts wurde eine Ordnungsmittelanalyse durchgeführt, die Vorgaben im Hinblick auf Übergänge umfasst, wie z. B. Zulassungsvoraussetzungen und Anrechnungsmöglichkeiten sowie fachliche Empfehlungen zur Ausgestaltung von Bildungsangeboten, um inhaltliche Anschlussstellen zwischen Bildungsgängen und Anrechnungsmöglichkeiten zu identifizieren. Von Interesse sind dabei die potenzielle Durchlässigkeit von einer Bildungsstufe zur nächsten sowie die Durchlässigkeit zwischen Bildungsangeboten auf derselben Ebene. Für die Analyse wurden Gesetze, Verordnungen und Verwaltungsvorschriften auf Bundes- und Landesebene sowie Vorgaben und Empfehlungen von Fachgesellschaften und -verbänden recherchiert, die Rahmenbedingungen festlegen, z. B. Zugangsvoraussetzungen und Dauer von Bildungsgängen, und Ziele setzen, wie bspw. zu erreichende Kompetenzen oder zu erwerbende Abschlüsse (vgl. Ranke 2016, S. 711). Die Analyse der Ordnungsmittel erfolgt in Anlehnung an Verfahren der Inhalts-, Dokumenten- und Aktenanalyse (vgl. Arens 2022, S. 91 ff.). Die Kriterien zur theoriegeleiteten Ordnungsmittelanalyse, basierend auf den Dimensionen von Durchlässigkeit, sind Zugangsvoraussetzungen, Anrechnungsmöglichkeiten, Dauer und Unterstützungsangebote (vgl. Hemkes 2018, S. 7; Cendon 2021, S. 23; Banscherus u. a. 2016, S. 15 f.), sodass die Ordnungsmittel deduktiv anhand dieser Kriterien ausgewertet werden können. Ergänzend zur Betrachtung einzelner Bildungsangebote erfolgt eine Zusammenschau in Form einer Bildungslandkarte.

Neben der intendierten Durchlässigkeit werden in narrativen Interviews reale Berufslaufbahnen analysiert. In Experteninterviews und Fokusgruppen mit Schülerinnen und Schülern an allgemeinbildenden Schulen sowie mit Auszubildenden in der Ausbildung zur Pflegefachperson werden Herausforderungen und Gelingensfaktoren bzgl. der tatsächlich erlebten Durchlässigkeit ermittelt.[1]

Ziel dieses Beitrags ist es, auf Basis des Teilprojekts „Dokumentenanalyse" die verschiedenen Bildungsangebote auf den unterschiedlichen Ebenen des Pflegebildungssystems im Hinblick auf mögliche Bildungswege näher zu beleuchten. Der Fokus liegt dabei auf intendierten Übergängen, zusätzlich werden auch nicht-intendierte und potenzielle Übergänge in den Blick genommen sowie Restriktionsrisiken für Bildungsverläufe aufgezeigt. Leitend ist die Frage, welche Bildungsoptionen zur Aus- und Weiterbildung sowie zum Studium im Pflegebereich angeboten werden und welche Faktoren die individuelle Entscheidung für oder gegen diese beeinflussen können. Dazu werden zunächst Bildungsangebote diskutiert, die den Eintritt in das Pflegebildungssystem darstellen, anschließend gilt der Blick der dreijährigen Pflegeausbildung und dem Pflegestudium nach dem Pflegeberufsgesetz (PflBG), bevor schließlich Möglichkeiten des Aufstiegs und der beruflichen Spezialisierung in Form von Weiterbildungsmöglichkeiten und auf die Ausbildung aufbauenden Studiengängen thematisiert werden. Der Beitrag schließt mit einem Resümee zu Chancen und Grenzen der

1 Ausführlich dazu vgl. „Bildungswege in der Praxis: Gelingensfaktoren, Herausforderungen, Gestaltungsspielräume" in diesem Band.

Bildungsdurchlässigkeit in der Domäne Pflege, Ansatzpunkten zur Verbesserung der Bildungsdurchlässigkeit und einem Ausblick zu den diskutierten Bedingungen.

3 Eintritt in das Pflegebildungssystem

Die insgesamt 26 auf Länderebene geregelten Pflegeassistenzausbildungen bieten einen niederschwelligen Eintritt ins Pflegebildungssystem: Sie können in der Regel angetreten werden, wenn ein Hauptschul- oder gleichwertiger Abschluss vorliegt, nur in Einzelfällen werden höhere Anforderungen, wie bspw. berufliche Vorbildung durch Praktika o. Ä. gefordert. Die Pflegeassistenzausbildungen orientieren sich formal an den „Eckpunkten für die in Länderzuständigkeit liegenden Ausbildungen zu Assistenz- und Helferberufen in der Pflege" (BAnz AT 17.02.2016 B3). Vonseiten des Bundesverbands Lehrende Gesundheits- und Sozialwesen (BLGS) wird ein zehnjähriger qualifizierter Schulabschluss als Zugangsvoraussetzung für die Pflegeassistenzausbildungen gefordert, während der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) und der Deutsche Bildungsrat für Pflegeberufe (DBR) sich in ihren Positionspapieren weiterhin für einen Zugang mit dem Hauptschulabschluss aussprechen (vgl. BLGS 2021, S. 4; DBR 2007, S. 41 ff.; DBfK 2020a, S. 1). Im Deutschen Qualifikationsrahmen (DQR) sind die Abschlüsse der Pflegeassistenzausbildungen dem Niveau 4 zugeordnet und stehen damit auf derselben Stufe wie die Ausbildung zur Pflegefachperson (vgl. DQR 2022, S. 21).[2]

Im Anschluss an eine Pflegeassistenzausbildung kann ein Übergang in die Ausbildung zur Pflegefachperson nach dem Pflegeberufegesetz (PflBG)[3] stattfinden. Der Hauptschul- oder gleichwertige Abschluss, in Verbindung mit der abgeschlossenen Pflegeassistenzausbildung, ermöglicht den Zugang zur dreijährigen Pflegeausbildung (§ 11 PflBG). Gleichzeitig sind solche Pflegeassistenzausbildungen zu einem Drittel auf die Dauer der Ausbildung zur Pflegefachperson anzurechnen (§ 12 Abs. 2 PflBG), sodass ein Einstieg direkt in das zweite Ausbildungsdrittel möglich ist. Der DBR sieht eine Anrechnung der Pflegeassistenzausbildung auf die Ausbildung zur Pflegefachperson kritisch, er weist in diesem Kontext auf die unterschiedlichen inhaltlichen Ausrichtungen sowie abweichende Komplexitäts- und Kompetenzniveaus hin. Die pauschale Anrechnung kann somit zur Erschwernis statt zur Erleichterung werden (DBR 2016, S. 3 f.). Der mittlere Schul- bzw. ein gleichwertiger Abschluss oder der erfolgreiche Abschluss einer anderen zehnjährigen allgemeinen Schulbildung ist die reguläre Zugangsvoraussetzung für die Ausbildung zur Pflegefachperson, alternativ wird zugelassen, wer neben einem Hauptschul- oder gleichwertigem Abschluss eine mindestens zweijährige Berufsausbildung erfolgreich abgeschlossen hat (§ 11 PflBG). Andere abgeschlossene Ausbildungen oder erfolgreich abgeschlossene Teile dieser können zu maximal zwei Dritteln der Gesamtdauer auf die Ausbildung zur Pflegefachperson ange-

2 Ausführlich zur Pflegeassistenzausbildung vgl. „Das Pflegebildungssystem zwischen intendierter Einheitlichkeit und tatsächlicher Diversität am Beispiel der Pflegeassistenzausbildungen" in diesem Band.

3 Gesetz zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz – PflBRefG). Artikel 1. Gesetz über die Pflegeberufe (Pflegeberufegesetz – PflBG). Vom 17. Juli 2017. Bundesgesetzblatt Jahrgang 2017 Teil I Nr. 49, ausgegeben zu Bonn am 24. Juli 2017, 2581.

rechnet werden, wenn das Erreichen des Ausbildungsziels trotz der Anrechnung anderweitig erworbener Kompetenzen sichergestellt ist (§ 12 PflBG).

Am Ende des zweiten Ausbildungsdrittels der Ausbildung zur Pflegefachperson können sich Auszubildende für eine Spezialisierung in der Altenpflege oder der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege entscheiden (§ 59 PflBG). Dieses Wahlrecht, welches auch den Erwerb des Berufsabschlusses der Alten- bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpflege nach sich zieht, wurde auf Drängen von Interessensvertretungen aus diesen Bereichen eingeführt, soll aber überprüft und ggf. abgeschafft werden, wenn nicht mindestens die Hälfte aller Auszubildenden davon Gebrauch macht (§ 62 PflBG; vgl. Benedix & Kathmann 2019, S. 69 ff.).

Der Ausbildung zur Pflegefachperson wird eine bedeutende Rolle zur Fachkräftesicherung attestiert (vgl. Tsarouha u. a. 2022, S. 53). Es bedarf daher flankierender Maßnahmen, die alle an der Ausbildung Beteiligten unterstützen, damit die Ausbildung als Maßnahme zur Fachkräftegewinnung und -sicherung erfolgreich sein kann. Es reicht nicht aus, die bisherigen Aktivitäten und Rahmenbedingungen der ehemaligen Ausbildungen in der Pflege lediglich fortzuschreiben, da z. B. an die Praxisanleitung höhere Anforderungen gestellt werden oder ein höherer Koordinationsaufwand zur Abstimmung der verschiedenen Praxiseinsätze erforderlich ist (vgl. Hofrath u. a. 2021, S. 25 f.). Ein Angebot zur monetären Unterstützung ist bspw. die Initiative WEITER.BILDUNG! der Bundesagentur für Arbeit, die vor allem geringqualifizierten und älteren Auszubildenden eine finanzielle Förderung gewährt. Als Beispiel für nichtmonetäre Unterstützung ist die ebenfalls von der Bundesagentur für Arbeit geförderte assistierte Ausbildung (AsA) zu nennen, die Auszubildende gemäß ihres individuellen Förderbedarfs auf individueller und betrieblicher Ebene unterstützt.

Die Ausbildung zur Pflegefachperson ist im DQR dem Niveau 4 zugeordnet (vgl. DQR 2022, S. 25) und steht damit auf einer Ebene mit den Ausbildungen des Dualen Systems (ebd., S. 13). Dies ist insofern problematisch, als dass die Pflegeassistenzausbildungen demselben Niveau zugeordnet sind. Im Rahmen der Konzertierten Aktion Pflege (KAP) haben die Beteiligten vereinbart, langfristig eine Zuordnung der abgeschlossenen Ausbildung zur Pflegefachperson auf das DQR-Niveau 5 anzustreben (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2019, S. 94).

Parallel zur dreijährigen Pflegeausbildung kann ein ausbildungsintegrierendes bzw. -begleitendes Bachelorstudium absolviert werden, wenn die Auszubildenden über eine Hochschulzugangsberechtigung verfügen (vgl. Geschäftsstelle des Wissenschaftsrats 2022, S. 20). Damit werden der berufliche und der akademische Bildungsbereich organisational integriert und die Auszubildenden schließen mit einer Doppelqualifikation ab, sie erwerben neben dem Berufsabschluss auch einen Bachelorgrad. Diese Studiengänge können die Ausbildung begleiten, ohne auf diese z. B. curricular abgestimmt zu sein. In ausbildungsintegrierenden Studiengängen hingegen sind Ausbildung und Studium curricular wechselseitig aufeinander bezogen organisiert (ebd.), sodass eine enge Zusammenarbeit der Pflege- und Hochschule stattfindet, da die für die beiden Bildungssektoren typischen Logiken aufeinander bezogen werden müssen (vgl. Banscherus u. a. 2016, S. 14).

Als Alternative zur beruflichen Ausbildung zur Pflegefachperson eröffnet das PflBG die Möglichkeit, eine hochschulische Ausbildung zur Pflegefachperson und somit ein primärqualifizierendes Studium zu absolvieren, das mit der Berufszulassung und dem Bachelorgrad abgeschlossen wird (§§ 37 ff. PflBG). Die in der hochschulischen Pflegeausbildung zu erwerbenden Kompetenzen bilden die Wissenschafts- und Evidenzbasierung pflegerischen Handelns ab (§ 37 PflBG). Anders als in der beruflichen Ausbildung besteht für Studierende kein Wahlrecht, d. h., das Studium ist konsequent generalistisch angelegt. Für den Zugang wird eine Hochschulzugangsberechtigung benötigt.

In allen 16 Bundesländern wurde durch die Öffnung der Hochschulen für beruflich Qualifizierte eine Verbesserung der Durchlässigkeit des deutschen Hochschulsystems erreicht (vgl. KMK 2009). Abbildung 1 zeigt die unterschiedlichen Wege, wie ohne schulische Hochschulzugangsberechtigung ein Studium aufgenommen werden kann (vgl. Nickel & Thiele 2022).

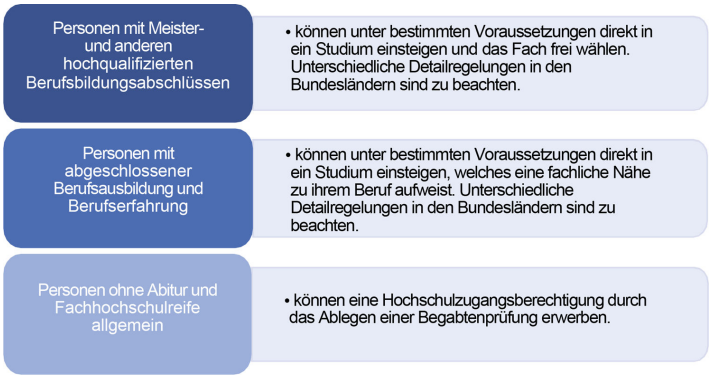


Abbildung 1: Überblick über die Wege zum Studium ohne allgemeine oder Fachhochschulreife (Nickel & Thiele 2022)

Die allgemeine Hochschulzugangsberechtigung kann mit Abschluss einer pflegerischen Weiterbildung (nach Landesrecht) mit mind. 400 Stunden Lehrgang und nach erfolgtem Beratungsgespräch in fast allen Bundesländern erworben werden. Die fachgebundene Hochschulzugangsberechtigung kann durch die dreijährige Pflegeausbildung, in einigen Bundesländern auch durch eine zweijährige Pflegeassistenzausbildung erlangt werden (teilweise mit Mindestnote). Zudem werden in den meisten Bundesländern eine zwei- bis dreijährige Berufserfahrung sowie eine Eignungsprüfung und ein Beratungsgespräch gefordert.

Im primärqualifizierenden Pflegestudium haben die Studierenden keinen Anspruch auf eine Vergütung, während für die Pflegeausbildung eine Ausbildungsvergütung bezahlt wird. Um die Attraktivität des grundständigen Pflegestudiums zu fördern, hat das Bundesland Bayern das „Pflegestipendium Bayern" initiiert (Pfl StipR[4]),

4 Richtlinie über die Vergabe von Stipendien zur Steigerung der Studentenanzahl in primärqualifizierenden Pflegestudiengängen (Pflegestipendienrichtlinie – PflStipR), Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege vom 27. Juli 2022, Az. 44 g-G8570–2021/529–33 (BayMBl. Nr. 468).

das an dieser Stelle exemplarisch als Beispiel guter Praxis genauer betrachtet wird, da es als exklusives Stipendium für Studierende primärqualifizierender Pflegestudiengänge bisher in Deutschland einzigartig ist. Die Stipendiatinnen und Stipendiaten erhalten ab dem zweiten Semester eine monatliche finanzielle Unterstützung, müssen allerdings nach Abschluss des Studiums eine qualifikationsentsprechende Tätigkeit in einer Einrichtung im Freistaat Bayern aufnehmen, in der vorbehaltene Tätigkeiten nach § 4 PflBG durchgeführt werden, und dort eine 36-monatige sozialversicherungspflichtige Erwerbstätigkeit im Mindestumfang von 50 % einer Vollzeittätigkeit innerhalb eines Zeitraumes von 72 Monaten ausüben (vgl. Pfl StipR).

In den anderen Bundesländern können auch die Studierenden primärqualifizierender Studiengänge auf Förderungs- und Unterstützungsmöglichkeiten zurückgreifen, die im nachfolgenden Abschnitt beschrieben werden. Wenngleich der Freistaat Bayern mit diesem „Pflegestipendium" eine Vorreiterrolle in Deutschland einnimmt und dieses auch als Modell für andere Bundesländer fungieren kann, so darf nicht außer Acht gelassen werden, dass hierdurch der Wettbewerb um Pflegefachpersonen verschärft werden kann. Konkurrieren derzeit Pflegeeinrichtungen um qualifiziertes Personal, so können unterschiedlich ausgestaltete länderspezifische Stipendien dazu führen, dass Länder und Hochschulen um Pflegestudierende konkurrieren oder Pflegestudiengänge in Ländern ohne eigenes Stipendium oder mit Stipendien mit niedrigerer Fördersumme aus Sicht potenzieller Studierender abgewertet werden. Mit der Vorlage des Gesetzentwurfs für ein Pflegestudiumstärkungsgesetz (PflStudStG[5]) ist die Gestaltung der hochschulischen Pflegeausbildung als duales Studium geplant, das in das Finanzierungssystem der beruflichen Pflegeausbildung integriert werden soll, sodass u. a. den Studierenden während dem gesamten Studium eine angemessene Vergütung gezahlt wird (Bundesregierung 2023).

4 Weiterqualifizierung im Pflegebildungssystem

Gerade im Kontext des lebenslangen Lernens ist die Bildungsdurchlässigkeit im Bereich der Weiterqualifizierung im Anschluss an einen Berufsabschluss von besonderer Bedeutung. In diesem Übergang zwischen den Bereichen der grundständigen Ausbildung und der darauf aufbauenden Weiterqualifizierung spielen strukturelle und institutionelle Merkmale von Bildungsoptionen eine wichtige Rolle, da diese einen hohen Einfluss auf die Flexibilität von Bildungswegen haben und damit den Ausgangspunkt für das lebenslange Lernen in formalen Bildungsgängen bilden (vgl. Cendon 2021, S. 19).

Der Bereich der Weiterqualifizierung im Anschluss an die berufliche oder hochschulische Pflegeausbildung ist von einer großen Diversität geprägt. Neben landesrechtlich geregelten Weiterbildungen existieren Vorgaben, Empfehlungen und Curricula, die von Fachgesellschaften und -verbänden erarbeitet und herausgegeben werden.

5 Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der hochschulischen Pflegeausbildung, zu Erleichterungen bei der Anerkennung ausländischer Abschlüsse in der Pflege und zur Änderung weiterer Vorschriften (Pflegestudiumstärkungsgesetz – PflStudStG) vom 24.05.2023.

Auch im hochschulischen Bildungsbereich finden sich unterschiedliche Möglichkeiten zur Weiterqualifizierung. Neben Masterstudiengängen mit verschiedenen Schwerpunkten sind vor allem Bachelorstudiengänge zu nennen, die auf eine berufliche Ausbildung zur Pflegefachperson aufbauen und auf die diese in der Regel angerechnet werden kann.

Neben Weiterbildungen zur Führung und Leitung werden durch die einzelnen Bundesländer häufig Weiterbildungen für spezifische Tätigkeitsbereiche geregelt. Weiterbildungen für Spezialbereiche, für die eine Fachweiterbildung nach den Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) vorgesehen ist, die berufspädagogische Zusatzqualifikationen zur Praxisanleitung (§ 4 Abs. 3 PflAPrV[6]) und die Weiterbildung zur Hygienefachkraft bilden sich auch tariflich ab (vgl. Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände 2020a, S. 89 f.; 2020b, S. 91 f.). Der meist modulare Aufbau dieser Weiterbildungen ermöglicht flexible Ein- und Ausstiege, da der erfolgreiche Abschluss eines Moduls es erlaubt, die Weiterbildung je nach Bedarf und Ressourcen zu unterbrechen und zu einem späteren Zeitpunkt nahtlos fortzusetzen. Modularisierte Weiterbildungen vereinfachen auch die eventuelle Anrechnung auf ein späteres Studium (vgl. Cendon 2021, S. 23).

Ebenfalls tarifrelevant ist die Wahrnehmung besonderer pflegerischer Aufgaben, die in der Regel eine entsprechende Zusatzqualifikation voraussetzen (vgl. Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände 2020a, S. 89 f.; 2020b, S. 91 f.). Für diese gibt es keine rechtlich geregelten Vorgaben, sodass sich Fachgesellschaften und -verbände der Regelung angenommen haben (vgl. Schafstädt u. a. 2022, S. 22).

Vereinzelt verorten Fachgesellschaften und -verbände die von ihnen entwickelten Curricula im DQR. So sieht bspw. die DKG ihre pflegerischen Weiterbildungen auf dem DQR-Niveau 6 (vgl. DKG 2022, S. 7), die Deutsche Schmerzgesellschaft differenziert ihre Weiterbildung für spezielle Schmerzpflege zwischen der Durchführung im Rahmen der Ausbildung (Niveau 4), als Weiterbildung (Niveau 5), im Rahmen eines Pflegestudiums (Niveau 6) oder im Rahmen eines Studiums auf Masterniveau (Niveau 7) (vgl. Deutsche Schmerzgesellschaft 2021, S. 13).

Aber nicht nur durch Weiterbildungen ist eine Weiterqualifizierung im Anschluss an eine Pflegeausbildung möglich. Bereits lange vor der Akademisierung der Ausbildung haben sich Studiengänge etabliert, die auf eine abgeschlossene Pflegeausbildung aufbauen und diese um wissenschaftsbasierte Kompetenzen erweitern (vgl. Reiber 2011, S. 54 f.). Diese auch als „additive Studiengänge" (Geschäftsstelle des Wissenschaftsrats 2022, S. 20) bezeichneten Angebote verbinden den beruflichen und den akademischen Bildungsbereich konsekutiv, ohne dass eine Verschränkung von Ausbildung und Studium stattfindet. Stattdessen sind die Studiengänge in der Regel gezielt auf beruflich qualifizierte Personen ausgerichtet und integrieren pauschale Anrechnungsverfahren strukturell in die Studiengänge (vgl. Banscherus u. a. 2016, S. 14). Solche Anrechnungsmodule reduzieren den Workload und/oder die Gesamtdauer des Studiums, was die Attraktivität für beruflich qualifizierte Personen zusätzlich erhöht,

6 Pflegeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung. Vom 2. Oktober 2018. Bundesgesetzblatt Jahrgang 2018 Teil I, S. 1572.

da dadurch auch Mehrfachbelastungen durch das Studium und parallele Anforderungen, bspw. familiäre oder berufliche Verpflichtungen, verringert werden (vgl. Sturm 2019, S. 144). In Einzelfallprüfungen kann die pauschale Anrechnung um eine individuelle Anrechnung ergänzt werden, wenn individuell erworbene Kompetenzen mit den Zielkompetenzen des Studiums übereinstimmen (vgl. Banscherus u. a. 2016, S. 13). Die Zulassungsvoraussetzungen für additive Studiengänge unterscheiden sich, gemeinsame Schnittmenge ist die Hochschulzugangsberechtigung und eine erfolgreich abgeschlossene Ausbildung zur Pflegefachperson. Weitere Voraussetzungen können z. B. praktische Berufserfahrung unterschiedlicher Dauer oder Eignungsprüfungen sein. Vereinzelt werden auch fachspezifische Studiengänge wie bspw. für psychiatrische Pflege oder Anästhesie- und Intensivpflege angeboten. Diese Studiengänge bauen zwar ebenfalls auf eine abgeschlossene Ausbildung zur Pflegefachperson auf, dienen aber nicht nur der Vertiefung der bereits erworbenen Kenntnisse auf akademischem Niveau, sondern vielmehr der Spezialisierung für einen (Fach-)Bereich der pflegerischen Versorgung oder für lehrende oder leitende Positionen (vgl. Reiber 2011, S. 54 f.).

Bildungsdurchlässigkeit bedeutet auch die Unterstützung und Förderung der Studierenden, insbesondere beruflich qualifizierter Personen ohne schulische Hochschulzugangsberechtigung (vgl. Banscherus u. a. 2016, S. 15). Finanzielle Förderungsmöglichkeiten können in Form von Krediten, wie z. B. dem Bildungskredit des Bundes (vgl. Bundesverwaltungsamts 2018a; 2018b), dem KFW-Studienkredit (Kreditanstalt für Wiederaufbau) oder dem Darlehen gemeinnütziger Vereine (z. B. Hildegardis-Verein e. V.) oder Stiftungen (z. B. E. W. Kuhlmann Stiftung), gewährt werden, eine Mischform von Zuschuss und zinslosem Darlehen wie z. B. beim Studierenden-BAföG sein oder monatliche Zuwendungen wie z. B. beim Aufstiegsstipendium der Stiftung Begabtenförderung der beruflichen Bildung oder dem Deutschlandstipendium vorsehen. Als Förderungsvoraussetzung können sowohl die finanzielle Bedürftigkeit, vorausgegangene Leistungen, soziales oder ehrenamtliches Engagement, das Lebensalter oder die Konfession eine Rolle spielen. Kritisch zu betrachten ist an dieser Stelle die Vielzahl an (Bildungs-)Darlehen, die von unterschiedlichen Stellen angeboten werden, im Vergleich zu Stipendien ohne Rückzahlungsverpflichtung oder finanziellen Förderungsprogrammen, die wie bspw. die Ausbildungsförderung nach dem BAföG nur anteilig zurückgezahlt werden müssen. Darlehen, die zurückgezahlt werden müssen, dürften generell unattraktiver für potenzielle Bildungsteilnehmer:innen sein (vgl. Schafstädt u. a. 2022, S. 22).

Neben den finanziellen Förderungsmöglichkeiten gibt es mit dem Bildungsurlaub eine nicht direkt monetäre Unterstützung von Bildungsmaßnahmen, sondern vielmehr eine bezahlte Freistellung von Arbeitszeiten zum Zwecke der Teilnahme an einem Bildungsangebot wie z. B. einem weiterqualifizierenden Studium. Die Bedingungen des Bildungsurlaubs sind auf Ebene der Bundesländer geregelt. In Bayern und Sachsen gibt es keine Regelungen und daher in diesen Ländern keinen Anspruch auf Bildungsurlaub.

Anschließend an ein Bachelorstudium kann ein Masterstudium absolviert werden. Eine Besonderheit stellen Masterstudiengänge dar, die nicht zwingend einen Ba-

chelorabschluss voraussetzen. Im Sinne der Durchlässigkeit von Bildung empfiehlt die Kultusministerkonferenz, berufliche Erfahrungen stärker zu bewerten. Der Zugang zu weiterbildenden Masterstudiengängen ohne vorhergehenden Bachelorabschluss erfordert grundsätzlich neben einem berufsqualifizierenden Hochschulabschluss auch die qualifizierte berufspraktische Erfahrung von in der Regel nicht unter einem Jahr (vgl. KMK 2010). Bisher wird die Zulassung zum Masterstudium ohne Bachelorabschluss in den Bundesländern Rheinland-Pfalz, Hamburg, Hessen und Berlin umgesetzt. Hier bieten im Bereich der pflegerelevanten Masterabschlüsse wenige, vor allem private Hochschulen Fernstudiengänge an. Diese Studiengänge sind insbesondere für Personen mit umfangreicher Berufserfahrung eine neue und attraktive Bildungsoption. Perspektivisch sind etablierte Fach- und Funktionsweiterbildungen mit Masterstudiengängen zu verbinden, sodass hochschulisch ausgebildete und erfahrene beruflich ausgebildete Pflegefachpersonen akademische Weiterbildungsangebote vorfinden, die dann besonders attraktiv sind, wenn der Masterabschluss neben vertieften wissenschaftlichen Kompetenzen ein direktes praktisches Verwertungsziel enthält. In solchen Masterstudiengängen könnten Studierende sich neben den Kompetenzen etablierter und anerkannter Weiterbildung vertieft wissenschaftliche Kompetenzen aneignen, die bspw. auch für Tätigkeiten als Advanced Practice Nurse im entsprechenden Fachbereich qualifizieren (vgl. DBfK 2020b, S. 1). Dies fügt sich an eine an verschiedenen Orten diskutierte Neuausrichtung der Aufgaben im Gesundheitswesen und in der Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Personen an, die sich auch an den Kompetenzen der beteiligten Akteure orientiert und insbesondere akademische Qualifikationen im Bereich der Pflege berücksichtigt (z. B. Schmidt-Rumposch & Hosters 2022, S. 51 ff.; Robert-Bosch-Stiftung 2018, S. 10).

5 Fazit und Ausblick

Insgesamt betrachtet stehen auf jeder Stufe mehrere Bildungsmöglichkeiten zur Verfügung. Insbesondere in den Bereichen ober- und unterhalb der bundesweit einheitlich geregelten Ausbildung zur Pflegefachperson zeigt sich eine stark ausgeprägte Heterogenität der Bildungsangebote, vor allem im Bereich der Weiterqualifizierung werden die Weiterbildungen von unterschiedlichen Institutionen geregelt. Damit verbunden ist die Gefahr der Unübersichtlichkeit der Bildungsoptionen und eine erschwerte Vergleichbarkeit von Bildungsabschlüssen, was die individuelle Entscheidung hinsichtlich der Gestaltung der eigenen Berufs- und Bildungslaufbahn erschweren kann (vgl. Ditton 2013, S. 57 f.; Cendon 2021, S. 19). Ebenso werden die Bildungsoptionen in der Domäne Pflege nur unzureichend im Deutschen Qualifikationsrahmen (DQR) abgebildet, was eine Transparenz und Vergleichbarkeit zusätzlich erschwert. Eine Zuordnung insbesondere von pflegerischen Weiterbildungen zu den DQR-Niveaus wird, neben der damit verbundenen Kompetenzorientierung, Modularisierung und Verbesserung der Durchlässigkeit, auch von für Weiterbildungsordnungen verantwortlichen Personen gefordert (vgl. Bergmann & Seltrecht 2023, S. 249 f.).

Im Bereich der grundständigen Qualifikation zur Pflegefachperson zeigt sich eine neu geschaffene Konkurrenzsituation zwischen Berufsausbildung und hochschulischer Ausbildung, da Personen mit Hochschulzugangsberechtigung zwischen der Ausbildungsvergütung in der Berufsausbildung und der höheren Qualifikation des Studiums abwägen müssen. Eine zusätzliche Wettbewerbssituation entsteht auf der Ebene der Pflegestudiengänge, wenn länderspezifische Förderprogramme die Attraktivität des Studiums nur in einzelnen Bundesländern erhöhen, wodurch die Bundesländer in einen Wettbewerb um potenzielle Studierende treten. Diese Situation kann durch das derzeit im Entwurf befindliche Pflegestudiumstärkungsgesetz (PflStudStG) entschärft werden, das eine generelle Vergütung des Studiums vorsieht. Gleichzeitig sind die beruflichen Rollen akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen bisher nicht ausreichend definiert, sodass die Verwertung der im Studium erworbenen Kompetenzen nicht allgemein geregelt ist. Hier zeigt sich, dass die Eröffnung von Bildungswegen allein nicht ausreicht, sondern es vielmehr auch einer passenden Verwertungsmöglichkeit von Bildungsabschlüssen in der beruflichen Praxis bedarf. Dieses Spannungsfeld zwischen Bildungsangebot und beruflichen Verwertungsmöglichkeiten kann nicht durch den Ausbau von Bildungswegen bzw. eine höhere Bildungsdurchlässigkeit aufgelöst werden, es benötigt vielmehr entsprechende Einsatzmöglichkeiten in der Pflegepraxis, z. B. Stellen mit entsprechender Stellenbeschreibung, um erworbene Kompetenzen auch anzuwenden.

Es mangelt ebenfalls an Transparenz und Übersichtlichkeit im Hinblick auf mögliche Bildungswege im Anschluss an eine Ausbildung bzw. ein Studium in der Pflege. Die durch die hohe Anzahl an Weiterbildungsmöglichkeiten, kombiniert mit der Heterogenität der Bildungsangebote und der Vielzahl an Bildungsangeboten unterschiedlicher Akteure, schwer zu überschauenden Bildungsmöglichkeiten erschweren es Pflegefachpersonen, eine für sie geeignete Bildungsoption zu wählen und ihren Bildungsweg selbst aktiv zu gestalten. Hier könnten bspw. zentrale, durch Gesundheitsministerien oder Pflegekammern geführte und öffentlich zugängliche Auflistungen der Bildungsangebote in den einzelnen Bundesländern sowie die Darstellung idealtypischer potenzieller Bildungspfade Transparenz und Übersichtlichkeit schaffen und die informierte Entscheidung für oder gegen einzelne Bildungsoptionen ermöglichen. Gleichzeitig sind fachspezifische Masterstudiengänge auszubauen, sodass für hochschulisch ausgebildete Pflegefachpersonen eine akademische Weiterqualifizierung möglich ist und Angebote zur akademischen Nachqualifizierung für beruflich ausgebildete Pflegefachpersonen attraktiver werden.

Gleichzeitig gibt es in den Bereichen der Aus- und Weiterbildung Bedarfe für flankierende Maßnahmen, die die Teilnehmenden unterstützen und fördern (vgl. Banscherus u. a. 2016, S. 15). Bei traditionell hohem Frauenanteil in den Pflegeberufen sind hier bspw. Mütter zu nennen, die neben der beruflichen Tätigkeit private Sorgearbeit leisten und unter Umständen Unterstützung bei der Betreuung ihrer Kinder benötigen, um an Weiterbildungsmaßnahmen teilnehmen zu können. Für die Realisierung der intendierten Durchlässigkeit und damit auch der Verwirklichung des lebenslangen Lernens müssen der Unterstützungs- und Förderungsbedarf der Teilnehmenden hinsichtlich finanzieller Absicherung, individueller Lernbedürfnisse und

fachlicher Begleitung der praktischen Ausbildungsanteile berücksichtigt und erfüllt werden (vgl. Düggeli & Oesch 2016, S. 178). Hier sind die Aus- und Weiterbildung begleitende Angebote wie bspw. finanzielle Unterstützung oder Förderung wie Lernberatung sinnvoll, damit diese von allen Teilnehmenden erfolgreich bewältigt werden können (vgl. Tsarouha u. a. 2022, S. 56).

Die durchlässige und attraktive Gestaltung beruflicher Weiterentwicklungsmöglichkeiten für Pflegefachperson beeinflusst auch die Versorgungsqualität, zu deren Erhalt und Steigerung es qualifizierter Pflegefachpersonen bedarf, die ihr pflegerisches Handeln an neustem Wissen ausrichten und ihren Kenntnisstand stetig aktualisieren (vgl. Aiken u. a. 2017, S. 559). Pflegefachpersonen mit zusätzlichen, in Weiterbildungen erworbenen Kompetenzen können den hohen fachlichen Anforderungen der Pflegepraxis gerecht werden und tragen somit direkt zu einer qualitätsvollen pflegerischen Versorgung bei. Ebenso wird die Attraktivität des Berufs der Pflegefachperson erhöht (vgl. Glock u. a. 2018, S. 63), was einen unerlässlichen Beitrag zur Fachkräftesicherung darstellt und durch die Bindung qualifizierter Pflegefachpersonen auch zur Versorgungsqualität beiträgt.

Um durchlässige Bildungsstrukturen und berufliche Entwicklungsmöglichkeiten auf individueller Ebene ebenso zu gewährleisten wie die für eine fachlich optimale pflegerische Versorgung erforderlichen Qualifikationen auf gesellschaftlicher Seite, bedarf es leicht zugänglicher Informationen zu möglichen Abschlüssen, Teilnahmevoraussetzungen, Finanzierungsmöglichkeiten und zukünftigen Entwicklungschancen. Die Bildungsstrukturen sollten durch die Profession Pflege selbst geregelt, gesteuert, evaluiert und stetig weiterentwickelt werden. Hier hätte gerade eine Pflegekammer ein hohes Potenzial, um nicht nur eine normierende, sondern vor allem auch eine informierende Rolle einzunehmen und ihre Mitglieder über mögliche Bildungsoptionen aufzuklären.

Literatur

Aiken, L., Sloane, D., Griffiths, P., Rafferty, A., Bruyneel, L., McHugh, M., Maier, C., Moreno-Casbas, T., Ball, J., Ausserhofer, D. & Sermeus, W. (2017). Nursing skill mix in European hospitals: cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings and quality of care. *British Medical Journal Quality & Safety*, 26(7), S. 559–568.

Arens, F. (2022). *Ordnungsmittelanalyse zur beruflichen Pflegeausbildung. Neuordnungen als eigene Angelegenheit der Bundesländer* (Berufsbildungsforschung Pflege und Gesundheit, Band 6). Berlin: Wissenschaftlicher Verlag Berlin.

Banscherus, U., Bernhard, N. & Graf, L. (2016). *Bedingungen für flexible Bildungsübergänge. Durchlässigkeit als mehrdimensionale Aufgabe.* Berlin: Friedrich-Ebert-Stiftung.

Benedix, U. & Kathmann, T. (2019). *Neue Wege der Pflegeausbildung: Anspruch und Leistungen der Pflegeberufereform für die Attraktivität der Pflegearbeit.* Bremen: Universität Bremen und Arbeitnehmerkammer Bremen.

Bergmann, D. & Seltrecht, A. (2023). Weiterbildungsordnungsarbeit für Pflegeberufe. In M. Friese & R. Braches-Chyrek (Hg.), *Care Work in der gesellschaftlichen Transformation. Beschäftigung, Bildung, Fachdidaktik* (Berufsbildung, Arbeit und Innovation – Hauptreihe, Band 71), S. 241–255. Bielefeld: wbv Publikation.

BLGS Bundesverband Lehrende Gesundheits- und Sozialberufe (Hg.) (2021). *Positionspapier. Gestaltung der Pflegehilfs- und Assistenzausbildung*. Verfügbar unter www.blgsev.de/media/files/20210322_BLGS_Positionspapier_Pflegeassistenzausbildung-01.pdf (Zugriff am: 12.07.2022).

Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (2019). *Konzertierte Aktion Pflege. Vereinbarungen der Arbeitsgruppen 1 bis 5*, 3. Auflage. Verfügbar unter www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Konzertierte_Aktion_Pflege/191129_KAP_Gesamttext__Stand_11.2019_3._Auflage.pdf (Zugriff am: 03.01.2023).

Bundesregierung (Hg.) (2023). *Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der hochschulischen Pflegeausbildung, zu Erleichterungen bei der Anerkennung ausländischer Abschlüsse in der Pflege und zur Änderung weiterer Vorschriften (Pflegestudiumstärkungsgesetz – PflStudStG)*. Verfügbar unter www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/P/PflStudStG_GE_BReg_Kabinett_240523.pdf (Zugriff am: 12.07.2023).

Cendon, E. (2021). Lebenslanges Lernen an Hochschulen Beiträge zur Durchlässigkeit. In C. Schulz & D. Kuhn (Hg.), *Bildungsaufstieg ermöglichen durch Flexibilisierung und Kompetenzanrechnung: Entwicklungsschritte an Hochschulen*, S. 16–28. Weinheim: Beltz Juventa.

DBfK Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (Hg.) (2020a). *DBfK-Positionspapier zur Pflegeassistenzausbildung*. Verfügbar unter www.dbfk.de/media/docs/download/DBfK-Positionen/DBfK-Positionspapier-Pflegeassistenzausb-2021-01-04-final.pdf (Zugriff am: 12.07.2022).

DBfK Deutscher Berufsverband für Pfegeberufe (Hg.) (2020b). *Positionspapier Advanced Nursing Practice*. Verfügbar unter www.dbfk.de/media/docs/download/DBfK-Positionen/Positionspapier-DBfK_ Advanced-Practice-Nursing_2020-06.pdf (Zugriff am: 12.07.2023).

DBR Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe (Hg.) (2016). *Stellungnahme zum Zugang zur beruflichen Pflegeausbildung*. Verfügbar unter www.bildungsrat-pflege.de/wp-content/uploads/2022/02/2016-Positionspapier-zum-Zugang-zur-beruflichen-Pflegeausbildung.pdf (Zugriff am: 12.07.2022).

DBR Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe (Hg.) (2007). *Pflegebildung offensiv*. München & Jena: Elsevier, Urban & Fischer.

Deutsche Schmerzgesellschaft (Hg.) (2021). *Curriculum zum pflegerischen Schmerzmanagement*. Verfügbar unter: www.schmerzgesellschaft.de/fileadmin/2021/pdf/DS_Currciulum_Schmerzmanagement_Pflege_20102021_Screen.pdf (Zugriff am: 03.01.2023).

Ditton, H. (2013). Chancenungleichheit in schulischen Laufbahnen. In D. Deißner (Hg.), *Chancen bilden*, S. 57–77. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

DKG – Deutsche Krankenhausgesellschaft (Hg.) (2022). *Erläuterungen zur DKG-Empfehlung vom 14.03./15.03.2022 für die modularisierten Fachweiterbildungen in den pflegerischen Fachgebieten Pflege in der Endoskopie, Intensiv- und Anästhesiepflege, Pflege in der Nephrologie, Notfallpflege, Pflege in der Onkologie, Pflege im Operationsdienst, Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege, Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie*. Verfügbar unter www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/2_Themen/2.5._Personal_und_Weiterbildung/2.5.11._Aus-_und_Weiterbildung_von_Pflegeberufen/Pflegerische_Weiterbildung/Anlage_I_Erlaeuterungen_NEU.pdf (Zugriff am: 14.07.2022).

DQR – Bund-Länder-Koordinierungsstelle für den Deutschen Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (Hg.) (2022). *Liste der zugeordneten Qualifikationen. Aktualisierter Stand: 1. August 2022*. Verfügbar unter www.dqr.de/dqr/shareddocs/downloads/media/content/2022_dqr_liste_der_zugeordneten_qualifikationen_01082022.pdf?__blob=publicationFile&v=2 (Zugriff am: 03.01.2023).

Düggeli, A. & Oesch, D. (2016). Vergleichende Betrachtungen zur Nutzung der Durchlässigkeit in Bildungssystemen. Die Kategorisierung von Anschlusslösungen beim Übergang in die nachobligatorische Ausbildung. *Tertium comparationis*, 22(2), S. 175–202.

Freitag, W. (2018). Das Paradigma Durchlässigkeit und die wissenschaftliche Weiterbildung. In W. Jütte & M. Rohs (Hg.), *Handbuch Wissenschaftliche Weiterbildung*, S. 1–19. Wiesbaden: Springer VS.

Geschäftsstelle des Wissenschaftsrats (Hg.) (2022). *HQGplus-Studie zu Hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitssystem – Update. Quantitative und qualitative Erhebungen der Situation in Studium, Lehre, Forschung und Versorgung (Studienbericht)*. Köln: Geschäftsstelle des Wissenschaftsrats. Verfügbar unter www.wissenschaftsrat.de/download/2022/9541-22.pdf (Zugriff am: 08.08.2022).

Glock, G., Priesack, K., Apt, W., Strach, H., Krabel, S. & Bovenschulte, M. (2018). *Qualität der Arbeit, Beschäftigung und Beschäftigungsfähigkeit im Wechselspiel von Technologie, Organisation und Qualifikation – Branchenbericht: Pflege und Versorgung* (Forschungsbericht/Bundesministerium für Arbeit und Soziales, FB522/2). Berlin: Bundesministerium für Arbeit und Soziales; Institut für Innovation und Technik.

Hemkes, B. (2018). Zwischen Studium und Beruf: Formate und Handlungskoordinationen im Kontext von Durchlässigkeit. *bwp@ Berufs- und Wirtschaftspädagogik – online*, (34), Verfügbar unter https://www.bwpat.de/ausgabe34/hemkes_bwpat34.pdf (Zugriff am: 07.12.2023).

Hofrath, C., Peters, M. & Dorin, L. (2021). *Aufbau und Erprobung eines Monitorings zur Umsetzung der Pflegeausbildungen*. Bonn: Bundesinstitut für Berufsbildung.

KMK – Kultusministerkonferenz (2010). *Ländergemeinsame Strukturvorgaben für die Akkreditierung von Bachelor- und Masterstudiengängen*. Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 10.1.2003 i. d. F. vom 04.02.2010.

KMK – Kultusministerkonferenz (2009). *Hochschulzugang für beruflich qualifizierte Bewerber ohne schulische Hochschulzugangsberechtigung*. Verfügbar unter www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluesse/2009/2009_03_06-Hochschulzugang-erful-qualifizierte-Bewerber.pdf (Zugriff am: 07.11.2022).

Nickel, S. & Thiele, A.-L. (2022). *Update 2022: Studieren ohne Abitur in Deutschland. Überblick über aktuelle Entwicklungen*. CHE Impulse Nr. 9. Gütersloh: CHE Centrum für Hochschulentwicklung.

Ranke, H. (2016). Ordnungsmittel für die berufliche Erstausbildung. In J.-P. Pahl (Hg.), *Lexikon Berufsbildung. Ein Nachschlagewerk für die nicht-akademischen und akademischen Bereiche*, 3., erweiterte und aktualisierte Auflage, S. 711–712. Bielefeld: wbv.

Reiber, K. (2011). Eine Wissenschaft für sich – Pflegestudium 2.0. Die Akademisierung der Pflegebildung. *PADUA*, 6(1), S. 54–57.

Robert-Bosch-Stiftung (Hg.) (2018). *360° Pflege – Qualifikationsmix für den Patienten*. Verfügbar unter www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/documents/2018-02/485_17-2018-02-07_RBS_Broschuere_360%C2%B0_Pflege_A4_WEB_ES.pdf (Zugriff am: 12.07.2023).

Schafstädt, C., Braun, J. & Reiber, K. (2022). Zum Beispiel Pflege. Durchlässigkeit im Berufsbildungssystem und Berufslaufbahnen aus einer Gender-Perspektive. *berufsbildung*, 76(4), S. 21–24.

Schmidt-Rumposch, A. & Hosters, B. (2022). Innovative und exzellente pflegerische Versorgung – Einsatz von Pflegeexperten und Advanced Practice Nurses im klinischen Kontext. In G. Lux & D. Matusiewicz (Hg.), *Pflegemanagement und Innovation in der Pflege*, S. 47–60. Wiesbaden: Springer Gabler.

Sturm, N. (2019). Brücken bauen, Räume eröffnen – Durchlässigkeit zwischen beruflicher und hochschulischer Bildung. In W. Seitter & T. C. Feld (Hg.), *Räume in der wissenschaftlichen Weiterbildung*, S. 139–153. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Tsarouha, E., Mohr, J. & Reiber, K. (2022). Die neue Pflegeausbildung als Strategie zur Fachkräftesicherung? Ziele, Chancen und Risiken. *Archiv für Wissenschaft und Praxis der Sozialen Arbeit. Vierteljahresschrift zur Förderung von Sozial-, Jugend- und Gesundheitshilfe*, 53(2), S. 46–56.

Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände (Hg.) (2020a). *Durchgeschriebene Fassung des TVöD für den Dienstleistungsbereich Krankenhäuser im Bereich der Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände (TVöD-K) vom 01. August 2006 in der Fassung der Änderungsvereinbarung Nr. 13 vom 25. Oktober 2020*. Verfügbar unter www.vka.de/assets/media/docs/0/Tarifrunde%202020/201025_%C3%84V_13_TV%C3%B6D-K_Lesefassung_Stand%2001_03_2021.pdf (Zugriff am: 12.07.2022).

Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände (Hg.) (2020b). *Durchgeschriebene Fassung des TVöD für den Dienstleistungsbereich Pflege- und Betreuungseinrichtungen im Bereich der Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände (TvöD-B) vom 01. August 2006 in der Fassung der Änderungsvereinbarung Nr. 14 vom 25. Oktober 2020*. Verfügbar unter https://www.vka.de/assets/media/docs/0/Tarifrunde%202020/201025_%C3%84V_14_TV%C3%B6D-B_Lesefassung_Stand%2001_03_2021.pdf (Zugriff am: 12.07.2022).

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1 Überblick über die Wege zum Studium ohne allgemeine oder Fachhochschulreife 416

Autorinnen und Autor



Jan Braun, B. A., Pflegepädagoge, ist wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Hochschule Esslingen. Er arbeitet in Forschungsprojekten zu Bildungsstrukturen in der Pflege, der beruflichen Bildung in der Domäne Pflege und zur Lehrer:innenbildung in der Pflege. Kontakt: jan.braun@hs-esslingen.de



Sabine Dorn, M. A. in Pflegewissenschaft, ist wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Hochschule Esslingen. Sie arbeitet in Forschungsprojekten zur beruflichen Bildung in der Domäne Pflege im Kontext der Fachkräftesicherung und Professionalisierung.
Kontakt: sabine.dorn@hs-esslingen.de



Prof. Dr. habil. **Karin Reiber** ist Professorin für Erziehungswissenschaft mit den Schwerpunkten Berufspädagogik und berufliche Didaktik/Fachrichtung Pflege an der Hochschule Esslingen. Ihr Forschungsgebiet ist die berufliche Bildung und das Berufsbildungspersonal in der Domäne Pflege im Kontext von Fachkräftesicherung und Professionalisierung.
Kontakt: Karin.Reiber@hs-esslingen.de

Übergänge von der Assistenz- in die Fachausbildung – Gelingensfaktoren, Herausforderungen, Gestaltungsspielräume*

Marcel Reiner[7], Kathrin Mittelstät, Eva Hocher, Celine Keppner, Jochen Späth, Andreas Koch, Tobias Scheu

Abstract

Dieser Beitrag untersucht anhand qualitativer empirischer Daten, welche Faktoren Übergänge von der Assistenz- in die Fachausbildung in der Pflege begünstigen oder hemmen. Im Fokus steht die *tatsächliche* Bildungsdurchlässigkeit (wie sie sich in der Praxis manifestiert) im Gegensatz zur *theoretisch möglichen* (wie sie sich anhand formaler Regelungen darstellt). Unsere Befunde weisen darauf hin, dass die theoretisch mögliche Durchlässigkeit in der Tat nur notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung für gelingende Bildungsübergänge ist. Kernergebnisse sind eine mangelnde Anschlussfähigkeit der Assistenz- an die Fachausbildung im Zuge der bislang nur teilweise umgesetzten Generalistik, ein mangelhafter Kenntnisstand der Bildungssubjekte über ihre Möglichkeiten, eine oftmals verbesserungsfähige bzw. weitgehend fehlende Personalentwicklung und eine reduzierte regionale Bildungsmobilität aufgrund der landesrechtlichen Regelung der Assistenzausbildungen.

Schlagworte: Bildung; Pflege; Durchlässigkeit; Übergang; Fachkräftemangel

This article uses qualitative empirical data to examine which factors favor or inhibit transitions from assistant to specialist training in nursing. The focus is on the actual permeability to education (as it manifests itself in practice) in contrast to what is theoretically possible (as it appears on the basis of formal regulations). Our findings indicate that the theoretically possible permeability is in fact only a necessary but not a sufficient condition for successful educational transitions. The core results are a lack of connectivity between assistant and specialist training in the course of the generalized training approach that has only been partially implemented to date, a lack of knowledge on the part of the training subjects about their options, personnel development that can often be improved or is largely absent, and reduced regional educational mobility due to state regulations on assistant training.

Keywords: Education, Care, Permeability, Transition, Skills Shortage

---

* Dieses Papier ist ein Ergebnis aus dem Projekt „Durchlässigkeit und Bildungspfade in der Pflege“ im Auftrag des Bundesinstituts für Berufsbildung und Berufsforschung (BIBB).

7 Korrespondierender Autor: marcel.reiner@iaw.edu

Einleitung

Der Durchlässigkeit von Bildungspfaden kommt zunächst aus berufspolitischer Sicht eine hohe Bedeutung bei: In Zeiten hohen Fachpersonalmangels, wie er in der Pflege gegeben ist, ist es unabdingbar, die Erlangung dringend am Arbeitsmarkt benötigter Qualifikationen möglichst niederschwellig zu gestalten und unberechtigte strukturelle Hürden hierzu abzubauen. Ferner kann das Erleichtern oder Ermöglichen von Karrierewegen, die vormals verwehrt waren, auch dazu beitragen, die Attraktivität des Pflegeberufes zu stärken und wieder mehr Personen dafür zu gewinnen – und es kann auch aus sozialpolitischer Sicht wünschenswert sein, indem es der Verfestigung sozialer Verhältnisse entgegenwirkt.

Selbstverständlich sollte, um die Sicherheit der Patientinnen und Patienten zu gewährleisten, ein Abbau von Hindernissen nicht gleichgesetzt werden mit dem Aufweichen jeglicher, aus fachlicher Sicht berechtigter Qualitätsstandards – zumal die fachlichen Anforderungen an beruflich Pflegende im Zuge der steigenden Lebenserwartung und der damit einhergehenden Multimorbidität in Zukunft noch weiter steigen dürften.

Die Definition „berechtigter" Qualitätsstandards sollte Gegenstand einer fachlichen, politischen und gesellschaftlichen Diskussion sein, in der Für und Wider einer erhöhten Durchlässigkeit sorgsam gegeneinander abgewogen werden. Allerdings sollten in diesem Sinne *un*berechtigte Hindernisse für Übergänge zwischen verschiedenen Bildungsoptionen in der Pflege möglichst abgebaut werden.

Auf die Notwendigkeit einer Verbesserung der Chancengleichheit im Bereich der Bildung, einer besseren Verzahnung von schulischer und hochschulischer Pflegeausbildung sowie Fort- und Weiterbildung und die Intransparenz des Pflegebildungssystems wurde verschiedentlich bereits hingewiesen (BIBB 2020; KAP 2021; Kamps u. a. 2019; Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe 2020; Hundenborn 2017) und manche Initiativen sowie Gesetzesvorhaben wurden angestoßen, von denen im Kontext des vorliegenden Beitrags die Einführung einer generalistischen Pflegeausbildung eine zentrale Rolle spielt. Gleichzeitig herrscht bislang ein Mangel an Studien zu den Einflussfaktoren der Durchlässigkeit im Pflegebildungssektor.

Im Zentrum dieses empirisch-qualitativen Beitrags steht daher die Frage, welche Faktoren die Durchlässigkeit zwischen Bildungsoptionen in der Pflege in der Praxis beeinflussen, welche Rolle die generalistische Pflegeausbildung in diesem Zusammenhang spielt und wie sich die Durchlässigkeit ggf. weiter verbessern lässt. Betrachtet wird der Übergang von der Assistenz-[8] zur Fachausbildung in der Pflege, da auf diesem Übergang große Hoffnungen liegen, auch solche Pflegende als Fachpersonen gewinnen zu können, die vielleicht aufgrund ihrer schulischen oder anderen Voraussetzungen nicht direkt für eine Ausbildung zur Fachperson prädestiniert waren.

8 Das hier zugrunde liegende Verständnis der Pflegeassistenzausbildung umfasst – unabhängig von Ausbildungsdauer, -inhalten und der Bezeichnung – sämtliche in Deutschland bzw. auf Bundesländerebene vorhandenen Ausbildungsgänge im Bereich der Pflege, aus denen gemäß Pflegeberufegesetz direkt ein Übergang in die Pflegefachausbildung realisiert werden kann bzw. die der Pflegefachausbildung direkt vorgelagert sind.

Im Gegenzug zur theoretisch möglichen Durchlässigkeit, wie sie sich bspw. aus der Dokumentenlage zu Fragen der Anrechnung von Ausbildungsinhalten herleiten lässt und die in Braun u. a. (2023) in diesem Sammelband näher beleuchtet wird, ist hier die *tatsächliche* Durchlässigkeit Gegenstand der Untersuchung. Dies soll der Möglichkeit Rechnung tragen, dass das Erfüllen formaler Zugangskriterien zwar notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung für einen erfolgreichen Bildungsübergang ist und in der Praxis andere Faktoren wie Sprachschwierigkeiten und dergleichen eine mitunter erhebliche Rolle spielen können.

Ausgehend von einer kurzen Sichtung der relevanten Literatur in Abschnitt 2 werden in Abschnitt 3 die diesem Beitrag zugrunde liegenden Daten und Methoden dargestellt. Abschnitt 4 enthält die zentralen Ergebnisse der empirischen Untersuchungen und Abschnitt 5 schließt mit einer Zusammenfassung der wichtigsten Befunde und mehreren Handlungsempfehlungen zur Erhöhung der Durchlässigkeit beim Übergang von der Assistenz- in die Fachausbildung.

1 Literatur

Über den Übergang von der Assistenz- zur Fachausbildung in der Pflege ist verhältnismäßig wenig bekannt, insbesondere, was quantitative Erkenntnisse angeht. So gibt es derzeit z. B. keine *regelmäßigen* Angaben zur Häufigkeit dieses Übergangs und auch kaum quantitative Befunde zu fördernden und hemmenden Faktoren. Auch der Einschätzung von Slotala (2020) zufolge mangelt es an einem grundlegenden Monitoring der Pflegeberufe. Die vorhandenen Befunde basieren auf einmaligen, spezifischen Untersuchungen für wenige Bundesländer, die vor Einführung der Generalistik durch das neue Pflegeberufegesetz durchgeführt wurden.

Bekannt ist: Der Schritt von der Assistenz- zur Fachausbildung scheint vor Einführung der Generalistik durchaus häufig gegangen worden zu sein. So beginnt gemäß Slotala (2020) etwa die Hälfte der Absolvierenden einer Assistenzausbildung in der Altenpflege in Hessen später eine Fachausbildung in der Altenpflege. Auch Lichtwardt (2017) geht der Frage nach, wie Absolvierende der Hauptschulen so gefördert werden können, dass sie nach Abschluss der Altenpflegehelferausbildung eine Ausbildung zur Altenpflegefachperson aufnehmen. Ihre Untersuchung nimmt dazu die Situation in Nordrhein-Westfalen und Bayern in den Blick, die sich u. a. durch weitgehend vergleichbare Rahmenbedingungen in der Assistenzausbildung im Bereich der Altenpflege sowie durch eine hohe Anzahl an Schülerinnen und Schülern auszeichnen. Die Erkenntnisse basieren auf einer standardisierten Befragung von Auszubildenden der Altenpflegehilfe in zwei Wellen, einmal gegen Ende der Ausbildungszeit und einmal danach. Der quantitativen Befragung vorgeschaltet waren qualitative Interviews mit Expertinnen und Experten. Insgesamt nahmen an beiden Befragungswellen ca. 90 Altenpflegehilfspersonen teil. In der ersten Welle wurden vor allem mögliche Determinanten der Entscheidung für den ein oder anderen Bildungs- oder Berufsweg nach Abschluss der Helferausbildung abgefragt, in der zweiten Welle dagegen die tatsächlich eingeschlagenen Bildungs- oder Berufswege. Je ca. die Hälfte der Aus-

zubildenden zur Altenpflegehilfsperson plant, nach der Assistenzausbildung eine Fachausbildung aufzunehmen. Je ein Drittel möchte im erlernten Berufsfeld arbeiten und je etwa ein Fünftel möchte den Ausbildungsberuf ganz verlassen. Etwa 70 % der Personen, die eine Fachausbildung im Anschluss an die Assistenzausbildung planten, treten diese auch tatsächlich an. Relevante begünstigende Faktoren dafür sind junges Alter, Aufstiegsorientierung, die empfundene Belastung im Theorieteil der Assistenzausbildung und gute Abschlussnoten. Als hemmend für den Übergang stellen sich hingegen ein hohes Sicherheitsdenken und die Zufriedenheit mit den Inhalten der Assistenzausbildung und den Lehrenden des Praxisteils der Assistenzausbildung dar (Lichtwardt 2017).

Der Analyse von Slotala (2020) zufolge können ferner verbesserte finanzielle Ausbildungsanreize und die vermehrte Ansprache von un- und angelernten Hilfspersonen im Rahmen von Umschulungen durch die Bundesagentur für Arbeit (WeGebAU[9]) sowie Hauptschülerinnen und Hauptschüler mutmaßlich die Auszubildendenzahlen in der Altenpflege erhöhen. Das schließt er u. a. aus einem deskriptiven Zeitreihenvergleich zwischen Nordrhein-Westfalen und anderen Bundesländern im Zeitraum kurz vor Einführung des neuen Pflegeberufegesetzes. Bei der Einordnung der Befunde ist allerdings zu beachten, dass zeitgleich auch die Qualitätsstandards für die Ausbildung in Nordrhein-Westfalen herabgesetzt und verschiedene Imagekampagnen lanciert wurden, sodass der tatsächliche Effekt der WeGebAU-Förderung geringer ausfallen könnte.

Ferner beschäftigen sich Schnabel und Schneider (2017) mit den Erfahrungen aus dem Modellprojekt „aufwärts! in der Altenpflege“ als Beispiel für die Nachqualifizierung von Altenpflegehilfspersonen zu Fachpersonen, die als wesentliches Merkmal arbeitsintegriert und damit niedrigschwellig durchgeführt wurde.[10] Auf diese Weise konnten Personen nachqualifiziert werden, die „aus bildungsbiografischen, persönlichen oder finanziellen Gründen“ (ebd., S. 275) keinen Abschluss als Fachperson hatten, obwohl sie die notwendigen Voraussetzungen dafür mitbrachten. Insbesondere das arbeitsplatznahe Lernen spielte nach Einschätzung der Autorinnen und Autoren hierfür eine große Rolle. Diese Einschätzung stützt sich größtenteils auf qualitative Leitfadeninterviews.

Der mit der vermehrten Ansprache geringqualifizierter Bewerberinnen und Bewerber einhergehende Anstieg der Heterogenität in den Ausbildungsklassen, insbesondere in der Assistenzausbildung, dürfte sich nach den Befunden von Siecke (2019) als große Herausforderung für die Lehrenden erweisen. Wie Lehrende allgemein mit Heterogenität erfolgreich umgehen können, sei zwar bereits gut erforscht[11]; allerdings

9 Im Rahmen der arbeitsmarktpolitischen Maßnahme WeGebAU wurde von 2015 bis zur Einführung des Pflegeberufegesetzes 2020 eine dreijährige Nachqualifizierung und Umschulung in der Altenpflege durch die Bundesagentur für Arbeit umgesetzt. Im Wesentlichen wurden dadurch Geringqualifizierten die Lehrgangskosten erstattet und es wurde ein Gehaltszuschuss während der Ausbildung gewährt. Aktuell besteht durch das Qualifizierungschancengesetz und das Arbeit-von-Morgen-Gesetz die Möglichkeit, Kosten für Weiterbildungen und auch Berufsabschlüsse unter bestimmten Voraussetzungen von der Bundesagentur für Arbeit in gewisser Höhe erstattet zu bekommen.

10 Darüber hinaus gibt es weitere Modellprojekte, die einen Abschluss als staatlich anerkannte Pflegefachperson ermöglichen sollen, siehe hierzu bspw. www.valinda.de.

11 Mögliche Unterrichtskonzepte zur Berücksichtigung von Heterogenität zielen bspw. auf die Stichworte Individualisierung, innere Differenzierung, adaptiver Unterricht oder kooperatives Lernen ab (vgl. Walgenbach 2014). Allen gemein ist eine Abkehr vom Frontalunterricht und eine Hinwendung zu den Lernenden.

mangele es an Studien dazu, wie diese Konzepte in der Pflege umgesetzt werden. Problematisch könnte in diesem Zusammenhang laut Siecke (2019) sein, dass Lehrende sich zur Berücksichtigung von Heterogenität nicht ausreichend ausgebildet fühlen.

2 Daten und Methoden

Aufgrund der mangelhaften (quantitativen) Datenlage, der Komplexität und Vielschichtigkeit des Forschungsthemas sowie der Involvierung diverser Akteure wird ein qualitatives Studiendesign gewählt. Das Konzept basiert insbesondere auf qualitativen Interviews mit Expertinnen und Experten und ermöglicht es, die Vielschichtigkeit möglicher die Übergänge hemmender oder begünstigender Faktoren möglichst feingliedrig zu erfassen und Thesen zu generieren, die im Rahmen weiterer quantitativer Forschung überprüft werden können (und sollten).

Ein besonderer Mehrwert des qualitativen Designs besteht darin, das Erkenntnisinteresse hinsichtlich der Entscheidungs- und Gestaltungsspielräume diverser Akteure im Zuge von leitfadengestützten Interviews mit Expertinnen und Experten strukturiert und zugleich offen adressieren zu können. Das Konzept zielt darauf ab, möglichst viele Perspektiven auf den Forschungsgegenstand zu erfassen und objektive, differenzierte Erkenntnisse über das Geschehen zu erlangen und zudem relevante Hintergründe, Zusammenhänge und Mechanismen zu erforschen. Abbildung 1 zeigt das Sample:

Tabelle 1: Befragte Akteursgruppen und Akteure (Quelle: Eigene Darstellung)

Akteurskategorie	Akteure	Anzahl	Interviews
Behörden	Kultusministerien der Länder	4	I_09, I_13, I_14, I_15
Institutionen	Arbeiterverbände, Berufsverbände, Dachverbände, Gewerkschaften, Pflegekammern	6	I_01, I_05, I_23, I_24, I_28, I_31
Anbieter von Bildungsgängen	Schulleitungen von Pflegeschulen, Studiengangsverantwortliche von Hochschulen, Entscheidungstragende bei Komplexträgern, Krankenhäusern und Universitätskliniken, Weiterbildungsanbieter	15	I_03, I_07, I_08, I_10, I_11, I_12, I_16, I_17, I_19, I_20, I_21, I_22, I_26, I_29, I_30,
Pflegeeinrichtungen	Pflegefachliche Leitungen, Personalverantwortliche	4	I_06, I_18, I_25, I_27,
Sonstige Expertinnen und Experten	Expertinnen und Experten aus der Berufsbildungsforschung, Protagonistinnen und Protagonisten aus Akkreditierungsagenturen	2	I_02, I_04
Summe		**31**	

Die inhaltliche Basis der Interviews bildet ein Gesprächsleitfaden in Anlehnung an Helfferich (2009), welcher zur inhaltlichen „Lenkung" der Gespräche dient. Der Gesprächsleitfaden umfasst zahlreiche für die empirische Erhebung operationalisierte Leitfragen, welche sich wiederum aus dem *ex ante* gegebenen Erkenntnisinteresse der Studie und wichtigen Befunden der Literaturanalyse ableiten. Die Nutzung eines Leitfadens stellt sicher, dass die zentralen Fragestellungen und Themen über alle Untersuchungseinheiten – und folglich auch über die diversen Perspektiven hinweg – systematisch erforscht werden. Aufgrund der qualitativen Anlage des Interviewdesigns wird zudem Offenheit und Flexibilität gegenüber (möglicherweise) bislang unbekannten Phänomenen gewahrt, um neues Wissen zu generieren.

Die Interviewdauer beträgt jeweils zwischen 60 und 90 Minuten, die Erhebungsart ist zumeist digital; bei explizitem Einverständnis liegt eine Aufzeichnung vor. Nach der Transkription erfolgte eine qualitative Inhaltsanalyse, orientiert an Kuckartz (2018) und softwarebasiert mit MAXQDA. Hierzu wurde ein Codiersystem eingesetzt, welches sich primär an den *ex ante* zentralen Fragestellungen der Studie und den Befunden aus der Literaturanalyse orientiert (*deduktive* Codes) und folglich auch mit den Leitfragen des Leitfadens unmittelbar verknüpft ist. Diese Vorgehensweise stellt von der Konzeption über die Erhebung bis zur Auswertung methodische Konsistenz sicher. Vereinzelt wurden weitere Analysekategorien (*induktive* Codes) entwickelt, um der methodischen Offenheit auch bei der Auswertung Rechnung zu tragen.

Durch die gewählte Erhebungs- und Auswertungsmethode wird die Expertise diverser Expertinnen und Experten aus dem Kosmos Pflegebildung zielsicher erschlossen, was auf anderen Wegen kaum möglich wäre. Das Design ist zudem geeignet, die Komplexität und Vielschichtigkeit des Forschungsfeldes zu reduzieren und den Fokus zielgerichtet auf die zentralen Sachverhalte der Studie zu richten. Mit dem breiten Sample können unterschiedliche Sachverhalte vergleichend bzw. kontrastierend – und somit differenziert – beleuchtet werden. Weiterhin entsteht durch die Mischung aus Strukturierung (Leitfadenorientierung) und Offenheit (Raum für situativ-induktives Nachfragen) ein Setting für das gezielte Aufdecken von Mechanismen, Zusammenhängen und Hintergründen.

Um die Perspektive der Bildungssubjekte bzw. der „betroffenen" Individuen ebenfalls adaptieren und deren Blickwinkel auf Übergänge bzw. Pfade im Pflegebildungssystem in der Studie abbilden zu können, werden zusätzlich zwei Fokusgruppen mit Pflegenden in Ausbildung integriert. Der methodische Mehrwert von Fokusgruppen besteht darin, (unterschiedliche) Erfahrungen, Wahrnehmungen und Einschätzungen interaktiv diskutieren zu können. Im Kontext der Studie stehen insbesondere die Motive für die Berufswahl in der Pflege sowie die Entscheidungsgrundlagen für die Wahl des Übergangs zwischen Assistenz- und Fachausbildung sowie Verbesserungsvorschläge in Bezug auf Durchlässigkeit im Fokus. Von den Fokusgruppensitzungen liegen Protokolle und inhaltsanalytische Auswertungen vor, welche mit den Ergebnissen der Interviews mit den Expertinnen und Experten in Bezug gesetzt werden. Dies erfolgt mittels Vergleich der zentralen Befunde aus beiden Erhebungsmethoden bzw. Gegenüberstellung der eher reflektierten Einschätzungen der Expertinnen und Exper-

ten zur Durchlässigkeit des im Fokus stehenden Überganges und der diesbezüglichen subjektiven Alltagserfahrungen der Teilnehmenden der Fokusgruppen (insbesondere Motivlagen und Herausforderungen).

3 Ergebnisse

Auch wenn durch die Pflegeberufereform die formalen Voraussetzungen für eine grundlegende Durchlässigkeit von der Assistenz- in die Fachausbildung gelegt wurden, zeigen unsere Ergebnisse doch eine Reihe von Faktoren, die dieser Durchlässigkeit in der Praxis entgegenstehen.[12]

Lehrinhalte in der Fachausbildung wurden im Zuge der Generalistik gestrafft, Anforderungen an Auszubildende sind gestiegen

So seien mit der Reform die Anforderungen an die Auszubildenden in der Fachausbildung gestiegen, was den Übergang von der Assistenz- in die Fachausbildung direkt beeinflusse. Auszubildende müssten seit der Reform mehr Transferaufgaben bewältigen, um das Gelernte in den verschiedenen Praxisbezügen entsprechend anwenden zu können (I_10). Die Lehrinhalte seien durch die Zusammenführung der ehemals drei Ausbildungsgänge gestrafft und könnten nicht mehr in der gleichen Tiefe vermittelt werden wie vor der Pflegeberufereform. Das führe dazu, dass Auszubildende sehr aufmerksam und kompetent sein müssten und „nicht schludrig" sein dürften (I_11). In der Folge betonen auch manche Auszubildende, dass sie sich durch die Zusammenlegung der verschiedenen Ausbildungsgänge teilweise nicht ausreichend auf die Praxis vorbereitet fühlten.

Generalistik induziert Wechsel der Ausbildungsstrukturen, Begleitung der Auszubildenden während der Fachausbildung ist ausbaufähig

Gleichzeitig weisen unsere Ergebnisse darauf hin, dass die Auszubildenden auch mit einer oft mangelnden Begleitung während der Fachausbildung konfrontiert sind. So müssten die Personen in der Fachausbildung aufgrund der Generalistik mit vielen Wechseln (u. a. von Einrichtungen, Praxisanleitenden und Pflegedienstleitungen) zurechtkommen. Der Wechsel von Praxisanleitenden und Pflegedienstleitungen könne laut den Expertinnen und Experten eine weniger kontinuierliche Begleitung zur Folge haben und dadurch als schwierig empfunden werden (I_15, I_17). Die Ergebnisse zeigen zudem, dass Praxisanleitende trotz der gestärkten rechtlichen Position im Pflegeberufegesetz (I_25, I_26) oft Engpässe in den Einrichtungen kompensieren müssten und daher nur wenig Zeit dafür hätten, diese Aufgabe tatsächlich auszuüben (I_10). Dies sei auf den Fachpersonalmangel und verschärfte Arbeitsbedingungen zurückzuführen, die z. B. durch die Coronapandemie entstanden seien (I_10, I_23). Diese Problematik wird auch von den Auszubildenden im Rahmen der Fokusgruppen ge-

12 Zur Frage der *theoretischen* Durchlässigkeit von Bildungspfaden in der Pflege vgl. Braun u. a. (2023) in diesem Band.

schildert – sie müssten den Praxisanleitungen meist „hinterherlaufen", um ihre vorgesehene Anleitung zu erhalten. Zudem würden die Auszubildenden häufig als Arbeitskräfte betrachtet, worunter die Qualität der Ausbildung leide (I_09, I_14). Diese Aspekte wirkten sich auf die ohnehin gestiegenen Anforderungen an die Auszubildenden aus und beeinflussten somit auch den Übergang von der Assistenz- in die Fachausbildung. Gerade hier kann eine kontinuierliche und verlässliche Praxisanleitung dazu beitragen, den Übergang erfolgreich zu bewältigen.

Landesrechtlich geregelte Assistenzausbildung erschwert regionale Mobilität

Bei der Analyse des Übergangs von der Assistenz- in die Fachausbildung ist ferner zu berücksichtigen, dass die Assistenzausbildung landesrechtlich geregelt und dadurch bundesweit sehr heterogen gestaltet ist. Die interviewten Expertinnen und Experten betonen, dass die länderspezifische Ausgestaltung der Assistenzausbildung zu einem bundesweiten „Flickenteppich" führe, wodurch eine länderübergreifende Durchlässigkeit eingeschränkt werde. Zugleich sei die Zuständigkeit für die Assistenz- und die Fachausbildung im Vergleich zwischen den Bundesländern an unterschiedliche Institutionen angebunden bzw. müsse im Einzelfall bspw. zwischen Sozial-, Gesundheits- und Kultusministerium ausgehandelt werden. Dies bedeutet, dass hinsichtlich der Assistenzausbildung derzeit keine bundeseinheitlichen Standards bzgl. der Inhalte, der Dauer und des Titels der Ausbildung vorliegen und die vielfältigen Regelungen auf Bundesländerebene den Übergang und Anerkennungen insgesamt erschweren (I_29). Daraus wird deutlich, dass regionalspezifische Besonderheiten und Regelungen als hemmende Faktoren für die regionale Durchlässigkeit von der Assistenz- in die Fachausbildung identifiziert werden können. Durchlässigkeit sei bei diesem Übergang daher am besten innerhalb eines Bundeslandes gegeben (I_10). Hier ist jedoch zu hinterfragen, inwiefern dies an der Lebensrealität der Auszubildenden vorbeigeht, z. B. wenn diese in Grenzregionen der Bundesländer leben.

Tatsächlich scheint die Heterogenität zwischen den Bundesländern nicht nur bei der Zielgruppe, sondern auch bei den verschiedenen Akteuren zu Verunsicherungen und Herausforderungen beim (bundeslandübergreifenden) Übergang von der Assistenz- in die Fachausbildung zu führen. Die interviewten Expertinnen und Experten sprechen sich vor diesem Hintergrund beinahe unisono für eine bundeseinheitliche, anschlussfähige und generalistische Assistenzausbildung aus.

Anrechnungspraxis weist unerwartete Handlungsspielräume auf

Das Pflegeberufegesetz besagt, dass Assistenzausbildungen, welche die Mindestanforderungen nach BAnz AT 17.02.2016 B3 erfüllen, auf Antrag auf ein Drittel der Dauer der generalistischen Fachausbildung anzurechnen sind. Unsere Ergebnisse lassen klar erkennen, dass die Formulierung „auf Antrag" im Gesetzestext einen erheblichen Spielraum für die Pflegeschulen bietet, da diese für die Antragstellung bei der zuständigen Behörde verantwortlich sind. Dementsprechend bewerten zunächst die Pflegeschulen, welche Absolvierenden für die im Pflegeberufegesetz angelegte Verkürzungsoption infrage kommen. Dabei stehe die Beurteilung, ob mit einer Verkürzung noch

eine realistische Chance auf die Erreichung des Ausbildungszieles der generalistischen Fachausbildung nach § 5 Pflegeberufegesetz[13] besteht, im Zentrum des Anrechnungsverfahrens (I_07, I_12, I_26). Gemäß den Expertinnen und Experten werden Absolvierende mit sehr guten Noten, geringen Fehlzeiten, positiven Rückmeldungen aus der Praxis, sehr guten Deutschkenntnissen sowie einer hohen Leistungsfähigkeit, Ausdauer und Motivation von den Pflegeschulen als besonders geeignet angesehen (I_07, I_26). Allerdings könne eine Verkürzung nur erfolgen, wenn auch die zuständige Behörde (z. B. das zuständige Regierungspräsidium in Baden-Württemberg oder die zuständige Bezirksregierung in Nordrhein-Westfalen) diese Personen als geeignet einstufe. Die betreffenden Behörden müssten letztlich dem Antrag stattgeben und es gebe erfahrungsgemäß keine Möglichkeit, deren Entscheidung zu beeinflussen (I_09, I_12, I_26).

Unsere Befunde weisen auf unterschiedliche Vorgehensweisen seitens der Pflegeschulen beim Umgang mit Anrechnungen hin. Dies beinhaltet einerseits eine eher restriktive Anrechnungs- bzw. Verkürzungspraxis inklusive einer kritischen Prüfung und ggf. Verwehrung einer Verkürzung, wenn Zweifel an der Eignung der Individuen für eine verkürzte Pflegefachausbildung bestehen. Dies trifft aus der Sicht von Pflegeschulen z. B. auf Personen zu, die nach einigen Jahren Berufsausübung als Assistenzpersonen einen zeitversetzten Übergang anstreben und auf Personen mit unzureichender Sprachkompetenz (I_12). Zugleich wird jedoch auch von Pflegeschulen berichtet, die versuchten, mithilfe von Verkürzungsangeboten gezielt Absolvierende der Assistenzausbildung zu rekrutieren und dabei in Kauf nähmen, dass diese in der verkürzten Fachausbildung überfordert seien (I_15).

Assistenzausbildung ist inhaltlich und strukturell nicht anschlussfähig an die Fachausbildung

Unabhängig von der individuellen Eignung der Absolvierenden der Assistenzausbildung gibt es laut den Expertinnen und Experten einige strukturelle Faktoren, welche die Erreichung des Ausbildungszieles der generalistischen Fachausbildung nach erfolgter Verkürzung erschweren. So seien die Inhalte der Assistenzausbildung und des ersten anzurechnenden Drittels der generalistischen Fachausbildung unterschiedlich, da die Berufe andere Kompetenzfelder abdeckten (I_01). Die beiden Ausbildungsgänge seien mitunter anders aufgebaut und auch bzgl. der Stundenzahl an theoretischem und praktischem Unterricht uneinheitlich (I_07). Zudem werde in der generalistischen Fachausbildung im Gegensatz zu den Assistenzausbildungen kompetenzorientiert ausgebildet (I_03). Die Kompetenzorientierung in der Fachausbildung wird von den Expertinnen und Experten grundsätzlich positiv gewertet: „Da hat man die richtigen Leute, wenn sie die Qualität dieser Herausforderung bewältigen können, und hat am Ende auch Leute, die im Team an der richtigen Stelle ihre Aufgaben erledigen können“ (I_03). Zugleich wird darauf hingewiesen, dass der Kompetenzansatz in der

13 Gesetz zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz – PflBRefG). Artikel 1. Gesetz über die Pflegeberufe (Pflegeberufegesetz – PflBG). Vom 17. Juli 2017. Bundesgesetzblatt Jahrgang 2017 Teil I Nr. 49, ausgegeben zu Bonn am 24. Juli 2017, 2581.

Praxis noch nicht umgesetzt und gelebt werde (I_03). Mit Blick auf Anrechnungen beim Übergang in die Fachausbildung schätzen die Expertinnen und Experten die momentane Praxis daher kritisch ein (I_01, I_03, I_07, I_12). Damit die Durchlässigkeit mit Blick auf den Übergang von der Assistenz- in die Fachausbildung gestärkt werde, bestehe die dringende Notwendigkeit, die Assistenzausbildungen hinsichtlich Inhalt, Aufbau und Ausbildungslogik an die generalistische Fachausbildung anzupassen (I_07).

Generalistische Assistenzausbildung lässt auf sich warten

Dem Ansinnen der Expertinnen und Experten, die Assistenzausbildung nach dem Vorbild der Fachausbildung generalistisch zu regeln, entspricht die amtierende Bundesregierung (vgl. Koalitionsvertrag 2021, S. 81 f.). Allerdings sehen die Expertinnen und Experten bzgl. der konkreten Implementierung einer generalistischen Assistenzausbildung Nachholbedarf (I_14, I_25, I_29, I_30). Beklagt wird, dass „der Gesetzgeber hier ein ganzes System wirklich in der Warteschleife [lässt], in einer Grauzone und – wie so oft in der Pflege – tatsächlich nicht handelt" (I_29). Neben der Einführung einer generalistischen Assistenzausbildung wird zudem deren bundeseinheitliche Harmonisierung gefordert (I_07, I_09). Aktuell kann die Ausbildung je nach Bundesland bspw. ein oder zwei Jahre dauern, was zur Folge hat, dass auch die Breite und die Tiefe der Ausbildungsinhalte variieren können. Selbst die Bezeichnungen der Ausbildung sind in den Bundesländern unterschiedlich geregelt (Braun u. a. 2023 in diesem Band).

Bundesweite Vereinheitlichung der Assistenzausbildung wird gewünscht – aber auf welchem Niveau?

Aufgrund der unterschiedlichen Ausbildungsdauern ist laut den Expertinnen und Experten ferner der Kenntnisstand der Auszubildenden beim Übergang in die Fachausbildung sehr unterschiedlich. Als Reaktion auf diese Herausforderung schlagen sie vor, den Übergang zu harmonisieren, indem die Dauer der Assistenzausbildung vereinheitlicht wird. Dabei wird über die konkrete Dauer sehr kontrovers diskutiert.

Ein Impuls sieht vor, die Assistenzausbildung auf zwei Jahre anzuheben und Inhalte aus der Fachausbildung vorzuziehen. Dies diene dazu, Überforderung aufgrund fehlender Kenntnisse und Kompetenzen zu verhindern, den Übergang zu erleichtern und Ausbildungsabbrüche zu vermeiden (I_15). Demgegenüber argumentiert ein anderer Teil der Expertinnen und Experten, die einjährige Ausbildung sei eine gute Möglichkeit, um in den Pflegebereich einzusteigen und individuell für sich zu prüfen, wie viel Verantwortung man in dem Feld übernehmen wolle (I_10). Die einjährige Ausbildung sei eine Brücke in die Fachausbildung, gerade für diejenigen mit einem schlechten allgemeinbildenden Schulabschluss, weil die dreijährige Fachausbildung für diese Gruppe zu herausfordernd sei (I_07). Aber auch wenn der Übergang in die Fachausbildung nicht angestrebt werde, gebe es Auszubildende, die eine zweijährige Assistenzausbildung nicht bewältigen könnten (I_07). In dieser Logik ginge die längere Dauer zu Lasten einer niedrigschwelligen Assistenzausbildung (I_06).

Mit Blick auf die Befunde ist festzuhalten, dass nicht nur bzgl. der Dauer und der Inhalte der Assistenzausbildung ein intensiver Diskurs zur Balance zwischen Qualität

und Quantität von Bildungsabschlüssen in der Pflege erforderlich ist, sondern auch bzgl. der Zugangsvoraussetzungen in die Assistenzausbildung. Die grundlegende Frage lautet, welche Bedeutung der Assistenzausbildung beigemessen wird: Soll sie eine eigenständige, vollwertige Ausbildung sein, die auf weniger komplexe Pflegetätigkeiten vorbereitet, oder dient sie vornehmlich der Gewinnung von Auszubildenden zur (perspektivischen) Pflegefachperson?

Wie der Zugang zur Fachausbildung geregelt werden sollte, wird seitens der Expertinnen und Experten ebenfalls polarisiert diskutiert – jeweils ein Teil spricht sich für (möglichst) restriktive bzw. freizügige Zugangsvoraussetzungen aus. Wenn ein eingeschränkter Zugang befürwortet wird, so wird dies mit der Sicherstellung der Qualität der Fachausbildung und der anschließenden Berufsausübungskompetenz begründet. Wenn hingegen für einen freizügigen Zugang plädiert wird, so wird argumentiert, dies sei der einzige Weg, den erheblichen Fachpersonalmangel in der Pflege einzudämmen. Weiter wird angeführt, dass bei einem restriktiven Zugang die Gefahr bestehe, potenziell gute Pflegepersonen zu früh auszusortieren, da sich Fähigkeiten oft erst im Rahmen der Ausbildung zeigten oder entwickelten.

Auszubildenden fehlt es an Informationen zu Bildungsmöglichkeiten, die Personalentwicklung der Einrichtungen ist ausbaufähig

Vor dem Hintergrund von Meritokratie und Chancengleichheit sollten nach Meinung der Expertinnen und Experten auch Personen mit durchschnittlichen Schulabschlüssen in die Pflegefachausbildung eintreten und diese erfolgreich absolvieren können (I_07, I_10). Voraussetzung hierfür sei allerdings die Kenntnis der Bildungsoptionen bzw. Karrieremöglichkeiten und Zugang zu den entsprechenden Bildungsgängen (I_10, I_29). Zahlreichen Befunden zufolge ist der Kenntnisstand von Auszubildenden und Pflegenden über Optionen und Übergänge im Pflegebildungssystem jedoch insgesamt ausbaufähig; zudem werden mitunter ein fehlendes Personalentwicklungskonzept in den Einrichtungen und eine fehlende Bildungsberatung bemängelt (z. B. I_13 und die zwei Fokusgruppen), was hinsichtlich der Attraktivität der Pflegeberufe als problematisch erachtet wird. In der Folge bliebe die Entscheidung, wann, wo und in welchem Bereich ggf. Übergänge erfolgen können, den Auszubildenden selbst überlassen (I_25), die dazu jedoch mangels Kenntnis der Bildungsoptionen oftmals nicht ausreichend befähigt seien.

Daraus folgt, dass sich die theoretischen Möglichkeiten der Durchlässigkeit in der Praxis nur teils entfalten. Um (Weiter-)Qualifikation in der Pflege gezielt zu fördern, erscheint eine gut strukturierte und institutionell unterstützte Karriereplanung und -beratung unerlässlich (I_13). Als besonders zielführend gelten diesbezüglich individuelle Personalentwicklungsgespräche (I_06, I_08, I_12, I_17, I_20, I_25, I_26). Einige Expertinnen und Experten unterstreichen in diesem Zusammenhang den Mehrwert von Karrieredenken bzw. von „lebenslangem Lernen“ für die Einrichtungen selbst, insbesondere bzgl. Wissenserweiterung und Personalbindung – zugleich sind die Befragten jedoch der Ansicht, diese Mehrwerte würden derzeit nur von einem gewissen Anteil der Einrichtungen erkannt (z. B. I_31, I_11, I_06, I_08, I_25).

Finanzielle Einbußen beim Übergang sind möglich

Die Vergütung kann in bestimmten Fällen ein hemmender Faktor beim Übergang in die Fachausbildung sein. Dies betrifft zum einen den direkten Übergang, d. h. die unmittelbare an den Abschluss der Assistenzausbildung angeknüpfte Fachausbildung, aber insbesondere auch den Übergang von Personen, die nach der Assistenzausbildung zunächst mehrere Jahre Praxiserfahrung sammeln und dann zeitversetzt in die Fachausbildung eintreten möchten. Das Hemmnis besteht darin, dass die Vergütung der Fachausbildung im Vergleich zur Vergütung der Berufsausübung als Assistenzperson wesentlich geringer ist. Dies hat zur Folge, dass ein Übergang für die Dauer des Ausbildungszeitraums zugleich einen merklichen finanziellen Einschnitt zur Folge hat. Insbesondere wenn bereits ein gewisser Lebensstandard vorliegt und/oder der Verdienst für das Haushaltseinkommen – insbesondere im Kontext der Familienversorgung – wesentlich ist, wird den Befunden zufolge oftmals abgewogen, ob der Übergang umgesetzt wird oder nicht. Dies liegt darin begründet, dass das Ausbildungsgehalt mitunter als „Rückfall" betrachtet und als kaum auskömmlich angesehen wird (I_10). Um den Übergang in die Fachausbildung auch für Personen, die durch finanzielle Engpässe gehemmt werden, zu erleichtern bzw. zu ermöglichen, wird oftmals auf die Bedeutung von (staatlicher) Förderung hingewiesen. So existiere z. B. die Möglichkeit einer finanziellen Förderung der Zweitausbildung durch die Bundesagentur für Arbeit (BA), da die Ausbildung zur Pflegefachperson als sogenannter Mangelberuf deklariert ist. Von dieser Möglichkeit wird zumindest nach Auffassung der Expertinnen und Experten noch zu wenig Gebrauch gemacht.[14]

4 Zusammenfassung, Handlungsempfehlungen, Ausblick

Um Übergänge von der Assistenz- in die Fachausbildung in der Pflege inklusive begünstigender und hemmender Faktoren eingehend zu erforschen, wurden 31 leitfadengestützte Interviews mit relevanten Expertinnen und Experten aus einem breiten Akteursfeld geführt und inhaltsanalytisch ausgewertet, darunter u. a. Vertreterinnen und Vertreter von Behörden, Einrichtungen und Bildungsträgern. Die Perspektive der Auszubildenden selbst floss im Rahmen zweier Fokusgruppen in die Auswertungen ein.

Unsere Befunde weisen darauf hin, dass neben der theoretisch möglichen Durchlässigkeit, wie sie sich in Vereinbarungen zum Zugang oder zur Anrechnung von Bildungsinhalten aus der Assistenz- auf die Fachausbildung offenbart, der tatsächlichen Durchlässigkeit eine große Bedeutung beikommt. Die theoretische Durchlässigkeit ist nur die notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung für Bildungsmobilität.

So konstatieren die interviewten Expertinnen und Experten gestiegene inhaltliche Anforderungen an die Auszubildenden im Zuge der Einführung der generalistischen Fachausbildung, die noch verstärkt werden durch den Umstand, dass die Assistenz-

14 Das Thema Förderung ist im Rahmen dieses Beitrags zu umfangreich und soll daher an anderer Stelle vertieft werden.

ausbildung im Gegensatz zur Fachausbildung weder generalistisch noch kompetenzorientiert ausgestaltet und daher nur bedingt anschlussfähig ist. Der Durchlässigkeit sind ferner durch die enorme Vielfalt und die landesrechtliche Regelung der Assistenzausbildungen enge (regionale) Grenzen gesetzt. Bildungsdurchlässigkeit setzt zudem auch voraus, dass die Bildungssubjekte über ihre Möglichkeiten Bescheid wissen. Gerade dies ist unseren Ergebnissen zufolge oft nicht der Fall und wird zudem durch eine weitgehend fehlende strategische Personalentwicklung aufseiten der Einrichtungen erschwert. Ferner könnte der Vergütungsunterschied zwischen der Berufsausübung als Assistenzperson und der Ausbildung als Pflegefachperson ein hemmender Faktor für den Übergang sein.

Dementsprechend ist eine gemäß der Einschätzung zahlreicher Expertinnen und Experten sehr wichtige Empfehlung die bundeseinheitliche Regelung und Strukturierung der Pflegeassistenzausbildung (z. B. I_01, I_04, I_05, I_07, I_14). Es wird zumeist eine generelle Festlegung der Dauer der Pflegeassistenzausbildung auf 24 Monate angeraten, da vermehrt angenommen wird, die kognitiven Anforderungen an die Auszubildenden seien angesichts der generalistischen Pflegefachausbildung nunmehr höher als im Kontext der ehemaligen Ausbildungsordnung. Zudem wird es – um den Übergang *in* die und Abbrüche *während* der Fachausbildung zu erleichtern bzw. zu verhindern – als erforderlich angesehen, sowohl die Inhalte als auch den strukturellen Aufbau der Assistenz- an die generalistische Fachausbildung anzupassen, um sowohl curriculare Redundanzen als auch Vakanzen zu verhindern.

Eine weitere zentrale Empfehlung ist die Bündelung der *gesamten* Bildungsarchitektur der Pflege auf Bundesebene (z. B. I_05, I_09, I_21, I_23), inklusive der Weiterbildungsordnungen und Bestimmungen für die akademische Bildung. Hierdurch werde die Gestaltungskompetenz für die *rechtliche* und die *inhaltliche* Dimension von Durchlässigkeit in derselben Instanz gebündelt. Dies erleichtere das Aufzeigen vertikaler Karrierepfade über alle Ebenen („von der Schulbank bis zum Lehrstuhl"). Die Transparenz bewirke wiederum eine Erhöhung der Attraktivität des gesamten Pflegesektors für Nachwuchspersonal. Ferner werde zudem der (bürokratische) Aufwand reduziert, da der Bedarf an Weisung, Aushandlung und Koordination innerhalb des politischen Mehrebenensystems zurückgehe.

Zudem empfehlen mehrere Befragte explizit die Deklarierung des Pflegeassistenzberufes als sogenannten „Mangelberuf" (I_17, I_26). Diese Maßnahme erleichtere die finanzielle Förderung, wofür häufig Bedarf bestehe, der – im Vergleich zur Fachausbildung – jedoch nicht hinreichend durch Voraussetzungen bzw. Angebote abgebildet sei. Durch die Verbesserung der Förderungsstrukturen könnte gemäß Einschätzung der Expertinnen und Experten die Qualität der Assistenzausbildung erhöht und somit auch die Durchlässigkeit in die Fachausbildung verbessert werden.

Weiterhin betrifft dieser Vorschlag Personen aus Drittstaaten in besonderer Art und Weise: Erwerbsarbeit als Pflegeassistenzpersonen in Deutschland ist für diesen Personenkreis aus aufenthaltsrechtlichen Gründen derzeit (Stand Oktober 2023) mitunter voraussetzungsvoll, auch wenn die Assistenzausbildung hierzulande absolviert wurde. Mit Verweis auf den Personalmangel in der Pflege ist dies unbefriedigend. Durch die Deklarierung des Pflegeassistenzberufes als sogenannten „Mangelberuf"

könnte das Angebot an Personal in der Pflege verbessert werden, da die hierzulande ausgebildeten Assistenzpersonen aus Drittstaaten auf dieser Grundlage (leichter) in den deutschen Arbeitsmarkt eintreten könnten – und nicht mehr wie bisher bei fehlendem unmittelbarem Übergang in die Fachausbildung grundsätzlich ausreisepflichtig wären.

Eine weitere relevante Maßnahme ist die vermehrte Evaluation der Assistenz- und der Fachausbildung mit Fokus auf Übergänge bzw. Durchlässigkeit zwischen beiden Bildungsgängen (z. B. I_02, I_03, I_10, I_26). Diverse Expertinnen und Experten aus dem gesamten Spektrum der befragten Akteure bemängeln die derzeitige (quantitative) Datenlage zum besagten Übergang; fundierte Aussagen über zentrale Gelingensfaktoren und Herausforderungen seien derzeit kaum möglich – zugleich seien diese mit Blick auf die Ermittlung separater Anpassungsbedarfe in beiden Bildungsgängen und mögliche inhaltliche und/oder strukturelle Angleichungen zur Verbesserung der Durchlässigkeit jedoch elementar. In diesem Kontext wird auch die vermehrte Durchführung von Modellprojekten und sonstigen Programmen mit direkter Kopplung an Evaluation angeregt.

Eine weitere zentrale Empfehlung ist die Verankerung bzw. Vertiefung von Karrierebewusstsein und beruflicher Weiterentwicklung im Fremd- und im Selbstbild der Pflegeberufe (z. B. I_05, I_21, I_25). Zahlreiche Expertinnen und Experten kritisieren, dass das Thema Karriere in der Pflege bis dato vergleichsweise wenig Beachtung finde. Dies sei insbesondere dem Selbstbild der Berufsgruppe sowie den Strukturen und dem Personalmanagement in den Pflegeeinrichtungen geschuldet; bei beiden Akteursgruppen wird dies auf tradierte, nicht mehr zeitgemäße Denkmuster zurückgeführt. Unter den derzeitigen Voraussetzungen sei vermehrt mit Fluktuation von Fachpersonen in andere Branchen oder mit Weiterbildung innerhalb der Pflege zu rechnen, um „weg vom Bett zu kommen", d. h., eine Tätigkeit ohne regelmäßigen direkten Bezug zu den zu Pflegenden auszuüben. Dieses Motiv tritt deutlich in den durchgeführten Fokusgruppen mit Pflegenden in Weiterbildung hervor.

Um das Bild der Pflegeberufe zu innovieren, ist gemäß den Einschätzungen der Expertinnen und Experten die Erhöhung des Informationsstandes bzw. der Transparenz bzgl. der Bildungsoptionen in der Pflege wichtig – wenn möglich bereits im Zuge der Berufsorientierung und anschaulich, z. B. durch eine „Bildungslandkarte", die alle Berufswege in der Pflege umfasst. Die Vermittlung von Karrierebewusstsein an die (zukünftigen) Pflegefachpersonen bzw. die Impulsgebung zur individuellen Karriereplanung („Empowerment") obliege nicht einer zentralen Instanz, sondern vielmehr diversen Akteuren. Hierbei komme insbesondere den Verbänden und der Berufsgruppe selbst eine zentrale Bedeutung zu – im Gesamtkontext Impulsgebung und Vermittlung von Karrierebewusstsein wird insbesondere der Gründung von Pflegekammern in allen 16 Bundesländern und auf Bundesebene ein wesentliches Innovationspotenzial zugeschrieben.

Angesichts all der Vorschläge zur Erhöhung der Durchlässigkeit von der Assistenz- in die Fachausbildung sollte jedoch pflegefachlich, (pflege-)politisch und gesellschaftlich geklärt werden, wie hoch das ideale Ausmaß der Durchlässigkeit sein soll.

Im Interesse der Sicherheit der Patientinnen und Patienten erfordert dies nicht zuletzt die gemeinsame Festlegung fachlicher Mindestanforderungen, die mit Abschluss der Fachausbildung erworben werden sollten, sowie damit einhergehend einer Mindestdauer der Ausbildung. Eine maximale Durchlässigkeit kann zwar einerseits helfen, den Mangel an *Fach*personen zu mildern, kann jedoch andererseits den Mangel an *Assistenz*personen verschärfen. Insofern sollten die Debatten um Durchlässigkeit und den Skill-Grade-Mix in der Pflege verknüpft werden, denn eine zunehmende Umsetzung des Skill-Grade-Mix bietet Potenzial für die Delegierung zahlreicher Aufgaben an gut ausgebildete Assistenzpersonen.

Literatur

BIBB (2020). Empfehlungen zur Durchlässigkeit zwischen beruflicher und hochschulischer Bildung vom 1. September 2020. *BAnz AT* 02.10.2020 S2.

Braun, J., Dorn, S. & Reiber, K. (2023). Intendierte und potenzielle Bildungswege in der Pflege: Möglichkeiten der beruflichen Entwicklung über Ausbildung, Weiterbildung und Studium. In K. Reiber, K., J. Mohr, M. Evans & M. Peters (Hg.), *Berufsbildung im Zeichen von Fachkräftemangel und Versorgungsqualität. Beiträge aus der Berufsbildungsforschung Fachrichtung Pflege*. Bielefeld: wbv.

Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe (2020). *Empfehlungen zur Musterweiterbildungsordnung für Pflegeberufe (MWBO PflB). Strategien für die pflegeberufliche Weiterbildung*. Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe.

Helfferich, C. (2009). *Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews*, 3., überarbeitete Auflage. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Hundenborn, G. (2017). *Systematik von Fort- und Weiterbildungen der professionellen Pflege in Deutschland*. Vorstudie. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. (DIP).

Kamps, E., Ackermann, D. & Timmreck, C. (2019). *Pflegestudie 2018. Wege aus dem Fachkräftemangel in der stationären Altenpflege*. Krefeld: Hochschule Niederrhein.

Koalitionsvertrag (2021). *Mehr Fortschritt wagen. Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit. Koalitionsvertrag zwischen SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP*. Verfügbar unter https://www.bundesregierung.de/resource/blob/974430/1990812/93bd8d9b17717c351633635f9d7fba09/2021-12-10-koav2021-data.pdf?download=1 (Zugriff am: 11.12.2023).

Kuckartz, U. (2018). *Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung*, 4. Auflage. Weinheim & Basel: Beltz Juventa.

Lichtwardt, N. (2017). *Hauptschülerinnen und Hauptschüler auf dem Weg zur vollqualifizierenden Ausbildung in der Erziehung und der Altenpflege: Eine explorative Vorstudie*. Hans-Böckler-Stiftung. Working Paper Forschungsförderung. Düsseldorf (069). Verfügbar unter https://www.econstor.eu/bitstream/10419/215998/1/hbs-fofoe-wp- 069-2018.pdf (Zugriff am: 11.12.2023).

Schnabel, B. & Schneider, U. (2017). *Heute angelernt – morgen Fachkraft*. Padua, 12(4), S. 275–282.

Siecke, B. (2018). Von der Schule in den Beruf–Herausforderungen für die Pflegeausbildung am Beispiel von Berufsorientierung und Heterogenität. In M. Friese (Hg.), *Reformprojekt Care Work. Professionalisierung der beruflichen und akademischen Ausbildung* (Berufsbildung, Arbeit und Innovation, Bd. 50), S. 91–105. Bielefeld: wbv.

Siecke, B. (2019). Heterogenität in der Pflegehelferausbildung – erlebte Herausforderungen und Strategien von Lehrkräften. In M. Pilz, K. Breuing & S. Schumann (Hg.), *Berufsbildung zwischen Tradition und Moderne. Festschrift für Thomas Deißinger zum 60. Geburtstag* (Internationale Berufsbildungsforschung (INBER)), S. 69–82. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Slotala, L. (2020). Stellschrauben mit großer Wirkung. Ansätze zur Gewinnung neuer Auszubildender in der Altenpflege. In K. Jacobs, A. Kuhlmey, S. Greß, J. Klauber & A. Schwinger (Hg.), *Pflege-Report 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher?*, S. 71–83. Berlin & Heidelberg: Springer.

Walgenbach, K. (2014). Heterogenität. Bedeutungsdimensionen eines Begriffs. In H.-C. Koller, R. Casale & N. Ricken (Hg.), *Heterogenität. Zur Konjunktur eines pädagogischen Konzepts*, S. 19–44. Paderborn: Schöningh.

Autoren und Autorinnen



Marcel Reiner, M. A., ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Angewandte Wirtschaftsforschung (IAW) e. V. an der Universität Tübingen und promoviert im Fachbereich Politikwissenschaft an der Universität Tübingen. Seine Forschungsschwerpunkte liegen in den Bereichen Arbeitsmarkt-, Sozialpolitik- und Bildungsforschung.
Kontakt: marcel.reiner@iaw.edu



Kathrin Mittelstät, M. A., ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Angewandte Wirtschaftsforschung (IAW) e. V. an der Universität Tübingen. Ihr Forschungsgebiet sind Übergänge beruflicher Bildung in der Pflege und die Evaluation von Modellprojekten im Bereich der Arbeitsmarktpolitik.
Kontakt: kathrin.mittelstaet@iaw.edu



Eva Hocher, B. A., ist wissenschaftliche Hilfskraft am Institut für Angewandte Wirtschaftsforschung (IAW) e. V. an der Universität Tübingen und Masterstudentin an der Universität Tübingen. Ihre Forschung konzentriert sich auf die Schnittstelle von Sozialpolitik und sozialen Ungleichheiten. Ein besonderer Fokus liegt dabei auf geschlechtsspezifischen Ungleichheiten sowie auf Politiken, die bezahlte und unbezahlte Care-Arbeit strukturieren.
Kontakt: eva.hocher@iaw.edu



Celine Keppner, B. Sc., war von Oktober 2022 bis September 2023 als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Angewandte Wirtschaftsforschung (IAW) e. V. an der Universität Tübingen tätig. Zuvor studierte sie an der Universität Tübingen „Economics and Business Administration" mit Schwerpunkt Economics. Aktuell besucht sie das Masterprogramm „Sustainable Development" an der Philipps Universität Marburg.
Kontakt: keppner@students.uni-marburg.de



Dr. **Jochen Späth** ist Geschäftsführer des Instituts für Angewandte Wirtschaftsforschung (IAW) e. V. an der Universität Tübingen. Seine Forschungsschwerpunkte liegen in der empirischen Arbeitsmarktforschung, insbesondere in den Bereichen Fachkräftemangel und Arbeitsbedingungen sowie atypische Beschäftigung. Die Verbindung zur Gesundheitswirtschaft und Pflege spielt dabei eine wichtige Rolle.
Kontakt: jochen.spaeth@iaw.edu



Dr. **Andreas Koch** ist wissenschaftlicher Mitarbeiter und Projektleiter am Institut für Angewandte Wirtschaftsforschung (IAW) e. V. an der Universität Tübingen und Lehrbeauftragter im Fachbereich Wirtschaftsgeografie an der Universität Tübingen. Seine Forschungsschwerpunkte liegen in den Bereichen Arbeitsmarktforschung, Regionalökonomie und Evaluationsforschung.
Kontakt: andreas.koch@iaw.edu



Tobias Scheu, M. A., ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Angewandte Wirtschaftsforschung (IAW) e. V. an der Universität Tübingen. Sein Forschungsgebiet umfasst die Evaluation arbeitsmarktpolitischer Maßnahmen.
Kontakt: tobias.scheu@iaw.edu

Fort- und Weiterbildungen in der Pflege: Eine terminologische Bestimmung des Gegenstandes

Dana Bergmann, Viktoria Schatt, Julia Müller, Charley Pedde

Abstract

Die Weiterbildungslandschaft in der Pflege ist von Heterogenität geprägt, welche sich in der terminologischen Unschärfe des Fort- bzw. Weiterbildungsbegriffes, der unterschiedlichen Weiterbildungsbezeichnungen sowie der heterogenen Stundenanzahl des Qualifizierungsumfangs widerspiegelt. Der folgende Beitrag geht mithilfe eines systematischen Literaturreviews den Fragen nach, wie pflegeberufliche Fort- und Weiterbildungen auf terminologischer Ebene bestimmt werden und wodurch sie gekennzeichnet sind. Die Analyse zeigt, dass der Fort- bzw. Weiterbildungsbegriff von terminologischer Diffusität gekennzeichnet ist und dass sich in diesem Zusammenhang unterschiedliche Konnotationskontexte identifizieren lassen. Es kann zudem herausgestellt werden, dass Weiterbildungen und Fortbildungen in der Pflege durch unterschiedliche Abschlüsse, Voraussetzungen, Spezifika sowie Zeitangaben geprägt sind.

Schlagworte: Weiterbildung, Fortbildung, Literaturanalyse, Terminologie, Pflege

The continuing education landscape in nursing is characterized by heterogeneity, which is reflected in the terminological vagueness of the term “continuing education”, the different continuing education designations and the heterogeneous number of hours. With the help of a systematic literature review, the following article examines the question of how nursing training and further education are determined at the terminological level and what characterizes them. The analysis shows that the concept of continuing education and training is characterized by terminological diffuseness and that different connotation contexts can be identified in this context. It can also be emphasized that further education and training in nursing are characterized by different qualifications, prerequisites, specifics and time specifications.

Keywords: Continuing Education, Continuing Education, Literature Analysis, Terminology, Nursing

1 Problemaufriss

Die generalistische Pflegeausbildung wird als Teil des lebenslangen Lernens betrachtet, sodass bereits in der Ausbildung die „fortlaufende persönliche und fachliche Wei-

terbildung als notwendig anerkannt" wird (PflBRefG § 5 Abs. 1[1]). Pflegeberufliche Weiterbildungen „vertiefen, erweitern oder ergänzen pflegerische Kompetenzen, die in einer beruflichen und/oder hochschulischen Pflegeausbildung als Basis erworben und durch unterschiedlich lange Berufserfahrung in verschiedenen Handlungsfeldern weiterentwickelt worden sind" (DBR 2020, S. 3).

Die erste Kohorte der Pflegefachmänner bzw. Pflegefachfrauen hat im Frühjahr 2023 ihre Ausbildung abgeschlossen und kann sechs Monate später eine Weiterbildung beginnen. Aktuell ist es aber noch offen, inwieweit die aktuell angebotenen Weiterbildungen pass- und anschlussfähig an die primärqualifizierende Ausbildung sind (vgl. Bergmann & Seltrecht 2023; Bergmann u. a. i. E.). Hinzu kommt, dass pflegeberufliche Weiterbildungen in Deutschland bislang durch Heterogenität gekennzeichnet sind, da jene auf Ebene der Bundesländer geregelt werden. Diese Heterogenität spiegelt sich u. a. in der terminologischen Unschärfe des Fort- bzw. Weiterbildungsbegriffes, der unterschiedlichen Weiterbildungsbezeichnungen sowie der heterogenen Stundenanzahl wider (Bergmann u. a. i. E.; Bergmann, Müller & Seltrecht 2021).

Im berufs- und wirtschaftspädagogischen Diskurs wird die Terminologie der „beruflichen Weiterbildung" als „Oberbegriff für die berufliche Anpassungs- und Aufstiegsfortbildung (...), für die berufliche Umschulung in anerkannte Ausbildungsberufe und Erwerbsberufe und für die betriebliche Weiterbildung als organisiertes und informelles Lernen am Arbeitsplatz" genutzt (Kutscha 2010, S. 318). Im Bereich der Pflege werden die Begriffe Weiterbildung und Fortbildung hingegen uneindeutig bzw. synonym benutzt (Hundenborn 2017). Im Bereich der Pflege differenziert die Robert-Bosch-Stiftung (2000) Weiterbildungen als längerfristige und Fortbildungen als kurzfristige Bildungsmaßnahmen. Während Weiterbildungen auf Grundlage einer primärqualifizierenden Ausbildung sowie (ggf.) entsprechender Berufserfahrung absolviert werden und zur Übernahme von neuen Verantwortungs- und Aufgabenbereichen sowie ggf. einer höheren Vergütung führen, sind Fortbildungen mit keinen neuen Verantwortungs- bzw. Aufgabenbereichen und mit eher niedrigeren Vergütungen verbunden (vgl. Robert-Bosch-Stiftung 2000, S. 112). Obwohl diese Abgrenzung von Fort- bzw. Weiterbildungen in der Pflege eine gute Orientierung bietet, lässt sich festhalten, dass diese auf terminologischer Ebene nicht mit der Unterteilung formaler Abschlüsse des Deutschen Qualifikationsrahmens gemäß des Berufsbildungsgesetzes (BBiG[2]) und der Handwerksordnung (HwO) harmoniert (vgl. Bergmann u. a. i. E.). Pflegeberufliche Weiterbildungen „werden im Unterschied zu den Angeboten der Fachschulen und der höherqualifizierenden Berufsbildung nach BBiG/HwO nicht als Aufstiegsfortbildung bezeichnet" (BIBB 2021a, S. 385). Diese begriffliche Diffusität mindert weder die Heterogenität der pflegeberuflichen Weiterbildungslandschaft noch führt sie dazu, dass konkrete Rückschlüsse auf die Spezifika von Fort- und Weiterbildungen ableitbar sind. Dazu gehören Aspekte wie die Qualifizierung und Zertifizierung, die Dauer von Fort- bzw. Weiterbildungsangeboten sowie die Zugangsvoraussetzungen, welche wiederum

1 Gesetz zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz – PflBRefG). Vom 17. Juli 2017. Bundesgesetzblatt Jahrgang 2017 Teil I Nr. 49, ausgegeben zu Bonn am 24. Juli 2017, 2581.

2 Berufsbildungsgesetz. Vom 4. Mai 2023. Bundesgesetzblatt Jahrgang 2023 Teil I Nr. 217, ausgegeben zu Bonn am 16. August 2023, 920.

potenzielle Auswirkungen auf berufsbiografische Verläufe des Pflegepersonals sowie betriebliche und versorgungsprozessbezogene Herausforderungen haben können. Darüber hinaus erschwert die Heterogenität der auf Landesebene geregelten Weiterbildungsordnungsarbeit ein klares und einheitliches Verständnis der entsprechenden Terminologien (vgl. Bergmann & Seltrecht 2023; Bergmann u. a. i. E.).

Um einen Einblick zu gewinnen, welche Terminologien im Bereich der Pflege hinsichtlich beruflicher Fort- und Weiterbildung genutzt werden und welche Voraussetzungen daran geknüpft sind, werden im vorliegenden Beitrag die Ergebnisse eines systematischen Literaturreviews zum Gegenstand „Weiterbildung bzw. Fortbildung in der Pflege" vorgestellt (vgl. Bergmann u. a. i. E.). Das systematische Literaturreview stellt eine gute Möglichkeit dar, existierende Literatur zum Thema systematisch aufzuarbeiten und einen Überblick über den Diskurs in Deutschland zu geben. Es ist durch eine transparente Suchstrategie und definierte Ein- und Ausschlusskriterien gekennzeichnet. Darüber hinaus stellt das Literaturreview eine geeignete Methode der Datenauswertung bzw. Datenzusammenführung dar (vgl. Sturma u. a. 2016).

Der nachstehende Beitrag stellt zunächst das vom Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) beauftragte Projekt „Qualifizierungsanforderungen von Weiterbildungen (QUAWE)" vor, welches den Gegenstand der pflegeberuflichen Weiterbildung aus unterschiedlichen thematischen Schwerpunktsetzungen sowie methodologischen und methodischen Zugriffen untersucht hat. Als theoretische Rahmung wird anschließend das Thema der Fortbildungen und Weiterbildungen aufgegriffen. Nachdem das methodische Vorgehen des Literaturreviews skizziert wurde, folgt die Darstellung der Ergebnisse.

2 Das Projekt QUAWE und Zielstellung des Beitrags

Das vom Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) beauftragte und vom Forschungsinstitut Betriebliche Bildung (f-bb) sowie von Prof. Dr. Astrid Seltrecht umgesetzte Forschungsprojekt „Qualifizierungsanforderungen von Weiterbildungen (QUAWE)" greift den Forschungsgegenstand der pflegeberuflichen Weiterbildungen auf. Übergreifendes Ziel des Projektes ist es, eine Informationsgrundlage zu schaffen, das Bildungssystem in der Pflege durchlässig und zukunftsfähig zu gestalten und künftig Weiterbildungen an die primärqualifizierenden Ausbildungen auf den verschiedenen Niveaustufen des DQR anzupassen (BIBB 2021b). Dabei ist die Frage nach dem Status quo der Weiterbildungslandschaft in der Pflege nach dreijähriger Pflegeausbildung leitend.

Der Forschungsgegenstand der pflegeberuflichen Weiterbildung wurde in fünf Arbeitspakete untergliedert, welche mit verschiedenen methodologischen und methodischen Zugriffen untersucht wurden (vgl. Bergmann & Seltrecht 2023):

1. Terminologische Abgrenzung der Begriffe „Weiterbildung" und „Fortbildung" in der Pflege und Bestimmung des Gegenstandes mithilfe eines systematischen Literaturreviews;

2. Erfassung, Analyse sowie Systematisierung bestehender Weiterbildungen für Pflegefachkräfte in den einzelnen Bundesländern mithilfe von Web Scraping (Voraussetzung: a) erfolgreicher Abschluss einer dreijährigen Pflegeausbildung; b) Mindestumfang von 150 Stunden; c) fachlicher Bezug zu pflegeberuflichen Arbeitsprozessen; d) Ausschluss: Weiterbildungen von Führungskräften (vgl. BIBB 2021b);
3. Einschätzung des Niveaus pflegeberuflicher Weiterbildungen entlang des Deutschen Qualifikationsrahmens (DQR) mithilfe inhalts- und dokumentenanalytischer Verfahren;
4. Analyse von Deutungsmustern der Vertreter und Vertreterinnen aus Pflegepraxis und Pflegeweiterbildungspraxis auf Makroebene, Mesoebene und Mikroebene zum Status quo der pflegeberuflichen Weiterbildung und zu derzeitigen Herausforderungen (Bergmann & Seltrecht 2023; Bergmann u. a. i. E.) mithilfe von leitfadengestützten Interviews (N = 42);
5. Bestimmung von Einflussfaktoren und Hemmnissen für Pflegefachkräfte hinsichtlich der Absolvierung einer Weiterbildung mithilfe einer standardisierten Fragebogenerhebung (Florian 2008; N = 300).

Der vorliegende Beitrag greift das erste Arbeitspaket auf und widmet sich der (terminologischen) Aufarbeitung des Forschungsgegenstandes von pflegeberuflichen Weiterbildungen in Abgrenzung zu Fortbildungen (vgl. Bergmann u. a. i. E.).

3 Fort- und Weiterbildungen in der Pflege

Pflegerische Bildungsangebote spielen im Anschluss an eine berufliche Pflegeausbildung im Kontext des lebenslangen Lernens eine wesentliche Rolle. Im Fokus steht die eigene persönliche und berufliche Weiterentwicklung, welche prozesshaft die eigene berufliche Laufbahn bestimmen sollte (vgl. PflBRefG § 5 Abs. 1). Im Rahmen des lebenslangen Lernens sollen mit beruflichen Fort- und Weiterbildungen Kompetenzen erworben, vertieft bzw. weiterentwickelt werden, „die in Pflegesituationen mit besonderer Komplexität, für Menschen mit spezifischem Pflegebedarf und/oder für die verantwortliche Übernahme besonderer Funktionen im pflegepädagogischen, pflegemanageriellen oder pflegewissenschaftlichen Bereich erforderlich sind“ (DBR 2020, S. 3). Ziele von beruflichen Fort- und Weiterbildungen sind zum einen die Stärkung der Fähigkeiten und Fertigkeiten von beruflich Pflegenden zum professionellen Handeln sowie zum anderen die Kompetenzentwicklung von individuellen beruflichen Kompetenzen, welche wiederum die Berufszufriedenheit steigern können (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2021; Konzertierte Aktion Pflege, S. 60). Zudem ist vor dem Hintergrund von sich verändernden Qualifikationsprofilen und dem zunehmenden Qualifikationsmix die Bedeutsamkeit von Fort- und Weiterbildungsangeboten im Gesundheits- und Pflegebereich besonders hoch (vgl. Rat der Arbeitswelt 2021, S. 108).

Pflegerische Bildungsangebote werden auf der Ebene der Bundesländer mit unterschiedlichen Ordnungsmitteln geregelt: Während bspw. in Niedersachsen Weiterbildungsordnungen bzw. in Nordrhein-Westfalen Weiterbildungsgesetze als Regula-

rien zur Ordnung der Weiterbildungen genutzt werden, regelt bspw. Baden-Württemberg die pflegerische Weiterbildung mit Weiterbildungsverordnungen. Die Heterogenität der pflegeberuflichen Weiterbildungen zeigt sich nicht nur in der Verwendung der Ordnungsmittel, sondern ebenso in den in den Ordnungsmitteln verwendeten Terminologien (vgl. Bergmann & Seltrecht 2023; Bergmann u. a. i. E.). So werden bspw. die Begriffe „Fortbildung“ und „Weiterbildung“ uneindeutig eingesetzt. Darüber werden in den einzelnen Bundesländern unterschiedliche Weiterbildungsbezeichnungen für einen Fachbereich verwendet (Bergmann, Müller & Seltrecht 2021).

Trotz der Heterogenität der angeführten Regelungen auf Bundeslandebene lässt sich festhalten, dass die Zugangsvoraussetzungen für die Teilnahme an pflegerischen Bildungsangeboten überwiegend einheitlich sind. Neben einer abgeschlossenen primärqualifizierenden Ausbildung wird weitestgehend in allen Bundesländern eine ein- bis zweijährige Berufserfahrung vorausgesetzt (vgl. Bergmann, Müller & Seltrecht 2021; BIBB 2021a).

Pflegerische Fortbildungen und Weiterbildungen spielen im Kontext des lebenslangen Lernens eine wesentliche Rolle, sind allerdings von Heterogenität geprägt (vgl. Hundenborn 2017). Diese zeigt sich in den unterschiedlichen rechtlichen Zuständigkeiten und Regularien, in den vielfältigen Berufsbezeichnungen und in der terminologischen Unschärfe, was wiederum die Ausgangslage des Projektes „QUAWE“ darstellte. Grundlage des Projektes bildete zunächst die (explorativ angelegte) Aufarbeitung des Forschungsstandes, die in Form eines systematischen Literaturreviews durchgeführt wurde und den Gegenstand dieses Beitrages darstellt (Kapitel 2). Dabei soll den Fragen nachgegangen werden, wie pflegerische Fortbildungen und Weiterbildungen auf terminologischer Ebene verwendet werden und wodurch diese in der Literatur gekennzeichnet sind.

4 Methodisches Vorgehen

4.1 Systematisches Literaturreview

Für die Aufarbeitung des Forschungsgegenstandes „Fortbildungen und Weiterbildungen in der Pflege“ wird ein systematisches Literaturreview erarbeitet. Das systematische Literaturreview stellt eine eigene Forschungsmethode dar, um explizite Fragestellungen zu beantworten und (bestenfalls) neue Erkenntnisse zu generieren (vgl. Sturma u. a. 2016). Systematische Literaturreviews sind durch eine transparente Suchstrategie, definierte Ein- und Ausschlusskriterien sowie eine für das spezifische Erkenntnisinteresse geeignete Methode der Datenauswertung und Synthese gekennzeichnet. In der vorliegenden Arbeit wird ein systematisches Literaturreview durchgeführt, welches besonders dazu geeignet ist, das Ausmaß und die Bandbreite von Forschungsaktivitäten zu einem Themenfeld zu erfassen, um (Forschungs-)Ergebnisse zusammenzufassen und um Wissenslücken in Publikationen zu identifizieren (vgl. ebd.).

Wie in Abbildung 1 ersichtlich, berücksichtigt das Review in Anlehnung an Pilkington und Hockenhull (2014) folgende systematische Schritte (vgl. Bergmann u. a. i. E.):

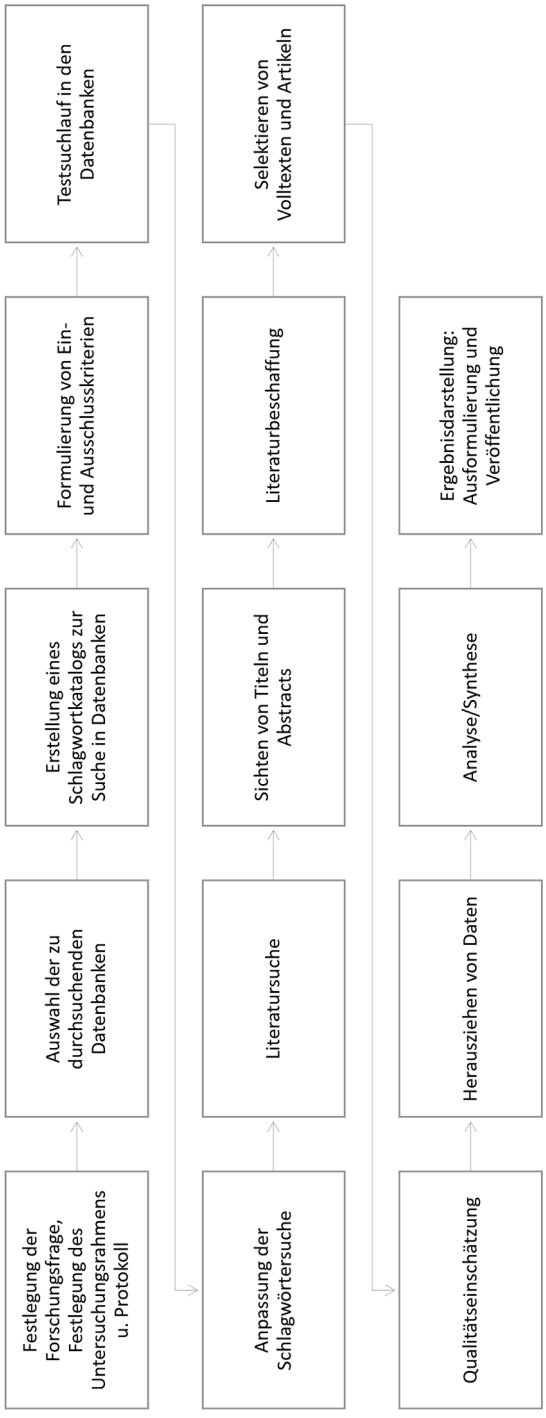


Abbildung 1: Ablauf des methodischen Vorgehens (Bergmann u. a. i. E. in Anlehnung an Pilkington & Hockenhull 2014, S. 186)

Das Review basiert auf der Recherche in folgenden Datenbanken: Fachportal Pädagogik (FIS), Gemeinsame Verbundkatalog-Datenbanken der Universitätsbibliotheken (DVK) und Google Scholar. Im Rahmen der Recherche wurden die Schlagworte „Weiterbildung", „Fortbildung", „Fort- und Weiterbildung", „Fachweiterbildung", „Fachqualifizierung" in Kombination mit dem Begriff Pflege verwendet. Zudem wurden die entsprechenden Schlagworte mit den im Projektkontext relevanten Ausbildungsberufsbezeichnungen kombiniert.

Wie in Abbildung 1 expliziert, wurden darüber hinaus Ein- und Ausschlusskriterien definiert, welche für die Suche leitend waren (vgl. Bergmann u. a. i. E.). Es wurde Literatur eingeschlossen,

- welche zeitlich nach der Publikation der Robert-Bosch-Stiftung „Pflege neu denken. Zur Zukunft der Pflegeausbildung" (2000) veröffentlicht wurde,
- bei der die Schwerpunktsetzung im Bereich der pflegeberuflichen Fort- und Weiterbildung liegt, welche wiederum im Titel bzw. im Abstract ersichtlich wurde.
- welche in Zeitschriften, Sammelwerken und Monografien veröffentlicht wurde.
- die sich auf das deutsche Bildungssystem im Bereich der Pflege bezieht.

Darüber hinaus wurde Literatur ausgeschlossen,

- die in Lehrbüchern publiziert wurde.
- welche den akademischen Bereich adressiert. Grund dafür ist der Forschungsauftrag des BIBB, der sich ausschließlich auf berufliche Weiterbildungen bezieht.
- welche sich auf die Evaluation von Weiterbildungsmaßnahmen bezieht.

Darüber hinaus wird Literatur, die sowohl analog als auch digital veröffentlicht wurde, nur einmal einbezogen.

Die nachfolgende Abbildung 2 zeigt den Rechercheprozess mit der entsprechenden Trefferquote auf.

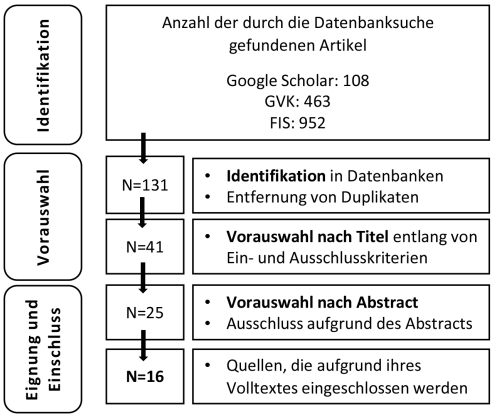


Abbildung 2: Dokumentation des Rechercheprozesses (eigene Abbildung)

Nachdem mit der ausdifferenzierten Schlagwortsuche entsprechende Literatur in den ausgewählten Datenbanken identifiziert wurde, erfolgte anhand des Titels und der formulierten Ein- und Ausschlusskriterien eine Selektion der Treffer (N = 41), welche nach der Sichtung der Abstracts weiter spezifiziert werden konnte (N = 25). Nach der Überprüfung der Volltexte konnten insgesamt 13 Quellen eingeschlossen werden, welche wiederum den Gegenstand der Auswertung bildeten.

4.2 Datenkorpus

Wie in nachstehender Tabelle ersichtlich, wurden folgende Publikationen zum Thema in das Literaturreview inkludiert. Diese wurden hinsichtlich der Art des Beitrags, der verwendeten Terminologien des Fort- und Weiterbildungsbegriffes, der verwendeten Instrumente, des/der Untersuchungsgegenstandes/-gruppe sowie des Settings analysiert (vgl. Bergmann u. a. i. E.).

Tabelle 1: Eingeschlossene Publikationen für das Literaturreview (Bergmann u. a. i. E.)

No.	Referenz	Art des Beitrags	Terminologische Ebene	Instrumente	Untersuchungsgegenstand/-gruppe
1	Piechotta (2000)	Z	pflegespezifische Weiterbildung, pädagogische Weiterbildung, Fortbildung	I	KS/KP, KKS/KKP; AP
2	Becker (2000)	Z	Weiterbildung, Funktionsweiterbildung, Aufstiegsweiterbildung, Fortbildung	DA	AP, KS/KP
3	Bensch & Greening (2001)	S	Weiter- und Fortbildung im Kontext lebenslangen Lernens, Fachweiterbildung, Funktionsweiterbildung	–	KS/KP; Heb
4	Tauch (2002)	M	Professionalisierung im Kontext von (betrieblicher) Weiterbildung, Fortbildung, Anpassungs- und Aufstiegsfortbildung	MM	FTp
5	Kaiser (2005)	M	berufliche (resp. berufsbezogene) Weiterbildung als Teil der Erwachsenenbildung im Rahmen der Professionalisierung der Pflege	FB	KS/KP
6	Göpel (2006)	S	Fort- und Weiterbildung im Kontext der Professionalisierung der Gesundheitsförderung	n. n.	KS/KP
7	Schache & Lau (2011)	S	Fort- und Weiterbildung im Kontext beruflicher Weiterentwicklung	FB	KS/KP, KKS/KKP, AP, Heb, FmA
8	Müller (2011)	M	Fort- und Weiterbildung im Kontext von Führung in der Krankenpflege	I	KS/KP
9	Alscher u. a. (2013)	So.	spezialisierende Weiterbildung, funktionsbezogene Weiterbildung, Fortbildung, Fort- und Weiterbildung sowie An-	n. n.	n. n.

(Fortsetzung Tabelle 1)

No.	Referenz	Art des Beitrags	Terminologische Ebene	Instrumente	Untersuchungsgegenstand/-gruppe
			passungs- und Aufstiegsweiterbildung im Rahmen der Denkschrift der Robert-Bosch-Stiftung „Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln“		
10	Arians (2014)	M	Fort- und Weiterbildung, berufliche Weiterbildung	GD, I	AP
11	Bräutigam u. a. (2014)	So.	Fort- und Weiterbildung, Leitungsweiterbildung, pädagogische WB, pflegerische Fort- und Weiterbildung, berufsbegleitende, wissenschaftliche WB im Kontext des Qualifizierungsgeschehens in der Arbeitswelt Krankenhaus	FB	KS/KP
12	Feiks (2017)	So.	berufliche Weiterbildung, akademische Weiterbildung	DA	WBA
13	Hundenborn (2017)	So.	Fort- und Weiterbildungen zwischen Anforderungs- und Kompetenzorientierung	DA	WBA

Legende: M = Monografie; S = Sammelband; Z = Zeitschriftenaufsatz; So. = Sonstiges; DA = Dokumentenanalyse; FB = Fragebogen; I = Interviews; GD = Gruppendiskussion; MM = Mixed-Methods; WBA = Weiterbildungsangebote; KS/KP = Krankenschwester/Krankenpfleger; KKS/KKP = Kinderkrankenschwester/Kinderkrankenpfleger; Heb = Hebammen; AP = Altenpfleger/-in; FmA = Fachmedizinische:r Angestellte:r., FTp = Funktionsträger in der psychiatrischen Pflege

Aus der Tabelle lässt sich hinsichtlich der *Art der Beiträge* konstatieren, dass vier Artikel und Studien als Monografie (Müller 2011, Kaiser 2005, Tauch 2002, Arians 2014), drei als Sammelbandbeiträge (Bensch & Greening 2001, Schache & Lau 2011, Göpel 2006) sowie zwei als Zeitschriftenaufsatz (Becker 2000, Piechotta 2000) publiziert wurden. Vier Veröffentlichungen lassen sich der Kategorie „Sonstiges“, wie Arbeitspapiere, Projektberichte und Denkschriften (Alscher u. a. 2013, Bräutigam u. a. 2014, Feiks 2017, Hundenborn 2017), zuordnen (vgl. Bergmann u. a. i. E.).

In Bezug auf die verwendeten *Instrumente* in den Publikationen wird ersichtlich, dass in drei Publikationen mit Dokumentenanalysen, in drei Veröffentlichungen mit Interviews bzw. einer Gruppendiskussion, in drei Publikationen mit Fragebögen sowie in einer Veröffentlichung mit einem Mixed-Method-Verfahren Daten erhoben wurden (vgl. ebd.).

Hinsichtlich der *untersuchten Personengruppe* wird deutlich, dass überwiegend Personen aus der Krankenpflege (in acht Publikationen) Gegenstand der Untersuchung waren. Zudem lässt sich konstatieren, dass ebenso Personen aus der Kinderkrankenpflege (in zwei Publikationen), aus der Altenpflege (in vier Publikationen), aus dem Hebammenwesen (in zwei Publikationen) sowie aus dem medizinischen Bereich (in einer Publikation) befragt wurden. Zudem wurden in einer weiteren Publikation zum Thema pflegeberufliche Fort- und Weiterbildung Funktionsträger aus dem psychiatri-

schen Bereich befragt[3]. In den drei Dokumentenanalysen waren Weiterbildungsangebote Gegenstand der Untersuchung (vgl. ebd.).

5 Terminologische Vielfalt des Fort- und Weiterbildungsbegriffes in der Pflege

Im Rahmen des Literaturreviews soll zunächst der Frage nachgegangen werden, wie pflegeberufliche Bildungsangebote auf terminologischer Ebene in der einschlägigen Literatur bestimmt werden. Hinsichtlich des Weiterbildungsbegriffes lässt sich konstatieren, dass dieser von terminologischer Vielfalt geprägt ist. Dabei wird deutlich, dass in der Literatur unterschiedliche Formen bzw. Konnotationskontexte von Weiterbildungen in der Pflege ausdifferenziert werden. So lassen sich Weiterbildungen auf horizontaler Ebene identifizieren, die sich auf eine Spezialisierung in einem bestimmten Fachgebiet beziehen, welche sich wiederum an medizinischen bzw. pflegerischen Disziplinen orientieren. So benennt Piechotta (2000) diese als „pflegespezifische Weiterbildungen". Bräutigam u. a. (2017) titulieren diese als „pflegerische Weiterbildung". Darüber hinaus werden diese ebenso als „Fachweiterbildung" (Bensch & Greening 2001) bzw. als „spezialisierende Weiterbildung" (Alscher u. a. 2013) angeführt. Neben den Weiterbildungen, die sich auf die fachliche Spezialisierung beziehen, werden „pädagogische Weiterbildungen" auf terminologischer Ebene angeführt (Piechotta 2000; Bräutigam u. a. 2017), welche allerdings in der entsprechenden Literatur nicht weiter spezifiziert werden. Darüber hinaus lassen sich (ggf. auf einer vertikalen Ebene) Weiterbildungen anführen, welche wiederum auf eine bestimmte Funktion abzielen. Sofern damit Führungsaufgaben verbunden sind, lässt sich eine entsprechende Weiterbildung als „Leitungsweiterbildung" (Bräutigam u. a. 2017) bestimmen. Zudem werden in der Literatur Terminologien wie „Funktionsweiterbildung" (Becker 2000; Bensch & Greening 2001) bzw. „funktionsbezogene Weiterbildung" (Alscher u. a. 2013) identifiziert (wie bspw. die Weiterbildung zur Stationsleitung bzw. zum/zur Ausbilder:in in der Praxis). Auch hinsichtlich dieser Weiterbildungen lässt sich konstatieren, dass diese in den entsprechenden Veröffentlichungen nicht näher ausdifferenziert werden. Darüber hinaus werden „Aufstiegsweiterbildungen" (Becker 2000) und „Anpassungs- und Aufstiegsweiterbildungen" (Alscher u. a. 2013) angeführt, welche zum einen einen entsprechenden Bildungsaufstieg implizieren und zum anderen an die Begrifflichkeiten gemäß BBiG und HwO angelehnt sind. Insgesamt lässt sich hinsichtlich des Weiterbildungsbegriffes in der Pflege konstatieren, dass dieser von Vielfalt geprägt und kontextgebunden ist, sodass anhand des Literaturreviews deutlich wird, dass es nicht „die" pflegeberufliche Weiterbildungsterminologie gibt (vgl. Bergmann u. a. i. E.).

3 Da in einigen Publikationen unterschiedliche Personengruppen zum Untersuchungssample zählten, sind Doppelzählungen möglich.

Hinsichtlich der Spezifikation der Terminologie „Fortbildungen“ zeigt sich, dass jene als beruflicher „Kenntnis- und Fertigkeitserhalt bzw. (…) Potentialerweiterung, auch im Rahmen technischer Entwicklungen“, und eine „arbeitsfeldbezogene […] hierarchische[…] Entwicklung“ bestimmt werden können (Tauch 2002, S. 65). Fortbildungen zielen auf „Aktualisierung und/oder Vertiefung vorhandener Kenntnisse und Fertigkeiten“ (Alscher u. a. 2013, S. 171). Piechottka (2000, S. 124) bestimmt Fortbildungen „als pflegerelevante, aber nicht weiter spezifizierte Bildungsangebote, die ein breites inhaltliches Spektrum abdecken“.

Darüber lassen sich Publikationen identifizieren, welche die Fort- und Weiterbildung als Begriffspaar anführen. Schache und Lau (2011, S. 118 f.) betrachten bspw. „Fort- und Weiterbildungen“ im Rahmen von pflegeberuflicher Weiterentwicklung, beruflicher Orientierung sowie beruflicher Leistungsfähigkeit. Berufliche Weiterentwicklung im Rahmen von Fort- und Weiterbildungen ist „sowohl im Hinblick auf lebenslanges Lernen“ als auch hinsichtlich der Ausschöpfung „der persönlichen beruflichen Perspektiven“ unabdingbar (ebd., S. 125). Müller (2011) fokussiert „Fort- und Weiterbildungen“ wiederum im Kontext von Führung bzw. Leitung in der Krankenpflege und differenziert beide Begriffe nicht voneinander. Diese Bildungsmaßnahmen stellen eine Erweiterung des beruflichen Bewusstseins dar, um auf veränderte pflegerische Tätigkeiten und neue bzw. modifizierte Tätigkeitsfelder zu reagieren (vgl. ebd.). Göpel (2006) greift Fort- und Weiterbildungen im Kontext der Professionalisierung der Gesundheitsförderung auf und bestimmt wiederum beide Bildungsmaßnahmen als Ergänzungen und Erweiterungen der beruflichen Qualifikation. Es wird auch hier deutlich, dass Fort- und Weiterbildungen als Synonym gebraucht werden. Hundenborn (2017) nimmt ebenso keine terminologische Ausdifferenzierung des Fort- und Weiterbildungsbegriffes vor, entwickelt allerdings einen ersten Ordnungsversuch zur Systematisierung von Fort- und Weiterbildungen. Wenngleich dabei sowohl eine anforderungsorientierte als auch eine kompetenzorientierte Perspektive entwickelt wird, lässt sich festhalten, dass sich diese eher für längerfristige Weiterbildungen als für kurzfristige Fortbildungen eignet (ebd.).

Darüber hinaus lassen sich im Literaturreview Veröffentlichungen finden, die Weiterbildungen und Fortbildungen voneinander abgrenzen. Weiterbildungen fungieren als Bestandteil „der lebenslangen Anpassung, Weiterentwicklung und Ergänzung von einmal erworbenen Kenntnissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten“ (Bensch & Greening 2011, S. 8). Im Gegensatz zu Fortbildungen sind Weiterbildungen „auf berufliches Fortkommen gerichtet“ (Alscher u. a. 2013, S. 255). Darüber hinaus lässt sich eine Arbeit im Datenkorpus identifizieren, welche pflegeberufliche Weiterbildung „als Teilbereich der erwachsenenpädagogischen Disziplin und als Berufs- und Handlungsfeld der Erwachsenenbildung“ einordnet (Kaiser 2005, S. 17).

Insgesamt wird hinsichtlich der terminologischen Bestimmung des Fort- und Weiterbildungsbegriffes deutlich, dass dieser von begrifflicher Vielfalt und Unklarheit geprägt ist und die entsprechenden Terminologien unterschiedlich verwendet werden (z. B. Bensch & Greening 2001). Die analysierten Veröffentlichungen weisen unterschiedliche Konnotationskontexte auf: Neben fachlichen, funktionsbezogenen und

pädagogischen Weiterbildungen sowie Aufstiegsweiterbildungen werden Fort- und Weiterbildungen auf terminologischer Ebene ebenso als Begriffspaar verwendet. Vereinzelte Quellen differenzieren beide Bildungsangebote klar voneinander (Piechottka 2000; Bensch & Greening 2001; Tauch 2002; Alscher u. a. 2013). Als methodische Limitation lässt sich hinsichtlich der terminologischen Bestimmung der Begriffe aufzeigen, dass das Review sowohl die entsprechenden Entstehungskontexte und als auch Fragestellungen der Beiträge vernachlässigt, sodass die Aussagekraft hinsichtlich der Bedeutsamkeit der Verwendungsweisen eingeschränkt ist und davon auszugehen ist, dass diese variiert.

Deutlich wird allerdings, dass im Bereich der Pflege überwiegend eine „begriffliche Bedeutungsambivalenz" angenommen werden kann (Tauch 2002, S. 66), sodass die verwendeten Terminologien nicht unmittelbar mit den im BBiG/in der HwO verwendeten Begriffen harmonieren (vgl. Bergmann u. a. i. E.).

6 Kennzeichen von pflegeberuflichen Weiterbildungen und Fortbildungen

In einem zweiten Schritt wurde innerhalb des systematischen Literaturreviews die Frage aufgegriffen, wodurch pflegeberufliche Weiterbildungen und Fortbildungen gekennzeichnet sind. Auf Grundlage des systematischen Literaturreviews konnten vier Kategorien identifiziert werden, mit denen die entsprechenden Kennzeichen von Weiterbildungen und Fortbildungen in der Pflege dargelegt werden können: 1.) Qualifizierung und Bildungsaufstieg, 2.) Voraussetzungen, 3.) Spezifika und 4.) Dauer (vgl. Bergmann u. a. i. E.).

In Bezug auf die Kategorie „Qualifizierung und Bildungsaufstieg" lässt sich anhand des Datenkorpus konstatieren, dass Weiterbildungen mit einem qualifizierenden Abschluss verknüpft sind und im engeren Sinne einen Bildungsaufstieg evozieren (z. B. Alscher u. a. 2013; Feiks 2017; Schache & Lau 2011). Darüber hinaus „wird bei der Weiterbildung der Akzent auf einen Qualifikationszuwachs gelegt" (Alscher u. a. 2013, S. 302). Gemäß der Logik des BBiG bzw. der HwO stellen Weiterbildungen sogenannte Aufstiegsfortbildungen dar, welche zu einer „Spezialisierung in einem hochkomplexen pflegerischen Bereich und zur Erreichung eines zusätzlichen qualifizierten Abschlusses" beitragen (BIBB 2021a, S. 385).

Demgegenüber lässt sich anhand des Datenkorpus festhalten, dass in pflegeberuflichen Fortbildungen keine formale Qualifikation erworben wird. Fortbildungen im Bereich der Pflege zielen primär darauf ab, das bestehende Handlungs- und Aufgabenwissen und -können anzupassen, sodass jene aus der Logik des BBiG bzw. der HwO als sogenannte Anpassungsfortbildungen tituliert werden können. Beispielhaft können hier Themen wie Hygiene oder Erste-Hilfe angeführt werden (vgl. Bensch & Greening 2001, S. 9).

Hinsichtlich der Kategorie „Voraussetzungen" kann anhand des Literaturreviews festgehalten werden (vgl. Bergmann u. a. i. E.), dass Weiterbildungen in der Pflege nur

absolviert werden können, wenn ein primärqualifizierender Abschluss vorhanden ist (vgl. Feiks 2017; Müller 2011; Alscher 2013). Als Grund führt Hundenborn (2017, S. 38) an, dass Weiterbildungen „eine abgeschlossene Ausbildung voraussetzen", da von Pflegesituationen ausgegangen werden kann, „die sich in ihrer Komplexität und Spezifität von den Situationen unterscheiden, die nach einer dreijährigen Pflegeausbildung regulär und wiederkehrend zu bewältigen sind". Neben einer abgeschlossenen Ausbildung wird zudem der Aspekt der Berufserfahrung als Voraussetzung angeführt (vgl. Feiks 2017, S. 18). Im Gegensatz dazu lässt sich hinsichtlich der Teilnahme an einer Fortbildung anhand des untersuchten Datenkorpus festhalten, dass keine expliziten Voraussetzungen aufgeführt werden. Sofern Voraussetzungen angeführt werden, umfassen sie Fort- *und* Weiterbildungen. So wurden der Ausbau, die Ergänzung und Erweiterung von Qualifikationen und Kompetenzen, welche im Rahmen einer Berufsausbildung erworben wurden, als Voraussetzungen aufgeführt (vgl. Pundt 2006; Bräutigam u. a. 2014).

In Bezug auf die Kategorie „Spezifika" von Weiterbildungen und Fortbildungen kann anhand des Literaturreviews festgehalten werden, dass Weiterbildungen mit der Entwicklung neuer Kenntnisse und Fähigkeiten, Verantwortungs- bzw. Aufgabenbereiche sowie mit beruflicher Weiterentwicklung einhergehen (vgl. u. a. Müller 2011; Schache & Lau 2011; Feiks 2017). Zudem wird deutlich, dass Weiterbildungen im Gegensatz zu pflegeberuflichen Fortbildungen mit beruflichem Fortkommen und Aufstieg verknüpft sind (vgl. Alscher u. a. 2013). Piechotta (2000) stellt zudem heraus, dass Weiterbildungen mit entsprechenden Karrierechancen verbunden sind. Im Gegensatz dazu fokussieren Fortbildungen die Aktualisierung bzw. Vertiefung bereits vorhandener Kenntnisse und Fähigkeiten (vgl. Bensch & Greening 2001; Arians 2012; Alscher u. a. 2013). Im Fokus steht die „Sicherung und Fortführung der erforderlichen beruflichen Kenntnisse und Fähigkeiten und damit [geht es] um den Erhalt der Kompetenzen" (Alscher u. a. 2013, S. 255). Im Rahmen von Fortbildungen stehen demnach die Aktualisierung und Erweiterung von „Wissen und Können innerhalb eines bereits besetzten Handlungs- und Aufgabenfeldes" im Fokus (Bensch & Greening 2001, S. 9). Piechotta (2000, S. 141) konstatiert, dass Fortbildungen als „pflegerelevante, ansonsten aber nicht weiter spezifizierte Bildungsangebote" angesehen werden, „die ein breites inhaltliches Spektrum abdecken". Becker (2000, S. 13) führt zudem an, dass Fortbildungen als „niedrigschwelliger" einzuschätzen sind (vgl. Bergmann u. a. i. E.). Insgesamt kann allerdings hinsichtlich der Spezifika festgehalten werden, dass diese nicht immer bildungsmaßnahmenspezifisch sind, um pflegeberufliche Weiterbildungen und Fortbildungen voneinander abzugrenzen.

Hinsichtlich der Kategorie „Dauer" lässt sich anhand der Analyse des Datenkorpus konstatieren, dass Weiterbildungen von Langfristigkeit und Komplexität geprägt sind (vgl. Müller 2011; Feiks 2017). Piechotta (2000, S. 124) spezifiziert Weiterbildungen als „mehrmonatige bis zweijährige Bildungsmaßnahmen". Demgegenüber führt Becker (2000, S. 13) an, dass „kein Einverständnis über die Weiterbildungsdauer" vorhanden ist, was wiederum ein Merkmal der Heterogenität der pflegeberuflichen Weiterbildungslandschaft darstellt (vgl. Bergmann, Müller & Seltrecht 2021). Demgegenüber

sind pflegeberufliche Fortbildungen von Kurzfristigkeit geprägt (vgl. Müller 2011; Feiks 2017). Auch hier kann festgehalten werden, dass die Angaben über die Dauer insgesamt sehr vage sind und die Spannbreite bei Weiterbildungen und Fortbildungen variiert (vgl. Bergmann u. a. i. E.).

Fazit

Anhand des Literaturreviews zur terminologischen Ebene des Fort- und Weiterbildungsbegriffes wird deutlich, dass sich die Heterogenität der pflegeberuflichen Weiterbildungslandschaft ebenso in den verwendeten Terminologien widerspiegelt. Als Ergebnis des Reviews kann festgehalten werden, dass der Fort- bzw. Weiterbildungsbegriff von terminologischer Diffusität gekennzeichnet ist und dass sich in diesem Zusammenhang unterschiedliche Konnotationskontexte identifizieren lassen. Neben fachlichen Weiterbildungen („berufliche Weiterbildungen", „spezialisierende Weiterbildungen") lassen sich ebenso pädagogische Weiterbildungen sowie funktionsbezogene Weiterbildungen (z. B. „Leitungsweiterbildung") ausdifferenzieren. Darüber hinaus wird ersichtlich, dass der Fort- und Weiterbildungsbegriff in der Literatur überwiegend als Synonym verwendet wird. Es konnte zudem herausgestellt werden, dass Weiterbildungen und Fortbildungen in der Pflege durch unterschiedliche Qualifizierungsansprüche, Voraussetzungen, Spezifika sowie Zeitangaben geprägt sind. Um der Heterogenität der terminologischen Ebene zu begegnen, wären eine Etablierung eines einheitlichen Begriffsverständnisses von Fort- und von Weiterbildung und eine Identifikation entsprechender zugehöriger Aspekte (bspw. Qualifizierungsnachweise, Bildungsaufstieg) wünschenswert. Auf politischer Ebene wäre zu diskutieren, ob bzw. inwieweit die Einführung einheitlicher Begriffe für Fort- und Weiterbildung erstrebenswert ist, welche bspw. Grundlagen für Kostensatzverhandlungen/-vergütungen und Entlohnungssysteme darstellen könnten (vgl. Bergmann u. a. i. E.).

Literatur

Alscher, M., Bals, T., Büscher, A., Dielmann, G., Görners, S., Höppner, H., Hopfeld, M. & IGL, G. (2013). *Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln*. Grundsätze und Perspektiven – Eine Denkschrift der Robert Bosch Stiftung. Stuttgart: n. n.

Arians, F. (2014). *Orientierungen älterer Pflegekräfte in Bezug auf berufliche Weiterbildung – Eine explorative Studie*. Handlungsfelder von Arbeitsgestaltung, Personal- und Organisationsentwicklung. Hamburg: Kovac.

Becker, W. (2000). Taugt Weiterbildung zur beruflichen Entwicklungsplanung? Berufswege im Berufsfeld Gesundheit und Soziales. BIBB, *Berufs- und Wirtschaftspädagogik*, (5), S. 10–14.

Bensch, S. & Greening, M. (2021). Fort- und Weiterbildung in der Pflege und im Hebammenwesen. In I. Darmann-Finck & K.-H. Sahmel (Hg.), *Pädagogik im Gesundheitswesen*, S. 1–16. Berlin & Heidelberg: Springer.

Bergmann, D. & Seltrecht, A. (2023). Weiterbildungsordnungsarbeit für Pflegeberufe. In M. Friese & R. Braches-Chyyrek. (Hg.), *Care Work in der gesellschaftlichen Transformation. Beschäftigung, Bildung, Fachdidaktik*, S. 241–255. Bielefeld: wbv.

Bergmann, D., Müller, J. & Seltrecht, A. (2021). Qualifizierungsanforderungen von Weiterbildungen (QUAWE). Status Quo der Heterogenität des Feldes. o. O. Verfügbar unter https://www.bibb.de/dokumente/pdf/Erste_Rechercheergebnisse_QUAWE_05.2022.pdf (Zugriff am: 29.10.2023).

Bergmann, D., Fischer, A., Kretschmer, S., Müller, J., Pedde, C., Richter, K., Schatt, V., Scheele, M., Weber, H., & Wittig, W. (i. E.). *Qualifizierungsanforderungen von Weiterbildungen in der Pflege*. Bonn: BIBB.

Bräutigam, C., Evans, M., Hilbert, J. & Öz, F. (2014). Arbeitsreport Krankenhaus. Eine Online-Befragung von Beschäftigten deutscher Krankenhäuser. In Hans-Böckler-Stiftung (Hg.), *Arbeitspapier Nr. 306*. Düsseldorf: n. n.

Bundesinstitut für Berufsbildung (2021a). *Datenreport zum Bildungsbericht 2021. Informationen und Analysen zur Entwicklung der beruflichen Bildung*. Bonn: BIBB. Verfügbar unter https://www.bibb.de/dokumente/pdf/bibb-datenreport-2021.pdf (Zugriff am: 29.10.2023).

Bundesinstitut für Berufsbildung (Hg.) (2021b). *Qualifizierungsanforderungen von Weiterbildungen QUAWE. Leistungsbeschreibung* (unveröffentlicht). Bonn: BIBB.

Bundesministerium für Gesundheit (2021). *Konzertierte Aktion Pflege. Zweiter Bericht zum Stand der Umsetzung der Vereinbarungen der Arbeitsgruppen 1 bis 5*. Berlin. Verfügbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Konzertierte_Aktion_Pflege/KAP_Zweiter_Bericht_zum_Stand_der_Umsetzung_der_Vereinbarungen_der_Arbeitsgruppen_1_bis_5.pdf (Zugriff am: 29.10.2023).

DBR – Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe (2020). *Musterweiterbildungsordnung. Empfehlungen und Strategien für pflegberufliche Weiterbildung*. o. O. Verfügbar unter https://www.bildungsrat-pflege.de/wp-content/uploads/2022/06/2020-Empfehlungen-zur-Musterweiterbildungsordnung-fuer-Pflegeberufe-MWBO-PflB-Strategien-fuer-die-pflegeberufliche-Weiterbildung.pdf (Zugriff am: 29.10.2023).

Feiks, A. (2017). Ist-Standerhebung zum Aus- und Weiterbildungsangebot und zum Fachkräftebedarf im Bereich Pflege und Gesundheit. In H.-J. Schmidt, M. Rohrs & D. Arnold (Hg.), *Arbeits- und Forschungsberichte aus dem Projekt EB – Bildung als Exponent individueller und regionaler Entwicklung*, Nr. 11. Kaiserslautern: n. n.

Florian, A. (2008). *Blended Learning in der Lehrerfortbildung – Evaluation eines onlinegestützten, teambasierten und arbeitsbegleitenden Lehrerfortbildungsangebots im deutschsprachigen Raum*. Dissertation. Augsburg: Universität Augsburg.

Göpel, E. (2006). Professionalisierung der Gesundheitsförderung und mögliche Konsequenzen für die Aus- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe. In J. Pundt (Hg.), *Professionalisierung im Gesundheitswesen. Positionen – Potenziale – Perspektiven*, 1. Auflage, S. 159–174. Bern: Huber.

Hundenborn, G. (2017). *Systematik von Fort- und Weiterbildungen der professionellen Pflege in Deutschland*. Vorstudie. Berlin: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V.

Kaiser, K. (2005). *Beiträge der Weiterbildung zur Professionalisierung der Pflege. Eine systematisch-empirische Untersuchung*. Frankfurt am Main: Mabuse.

Kutscha, G. (2010). *Berufsbildungssystem und Berufsbildungspolitik*. Bad Heilbrunn: utb.

Müller, H. (2011). *Berufliche Weiterbildung und Kompetenzentwicklung mit dem Ziel „Stationsleitung im Krankenhaus"*. Karlsruhe: KIT.

Piechotta, G. (2000). Von der „Schwesternschülerin" zur Studentin. Bildungs- und Berufserfahrungen und neue Perspektiven in der Pflege. *Zeitschrift für qualitative Bildungs-, Beratungs- und Sozialforschung*, 1, S. 131–150.

Pilkington, G. & Hockenhull, J. (2014). Planning and managing my review. In A. Boland, M. Cherry & R. Dickson (Hg.), *Doing a systematic review. A student's guide*, S. 181–200. London: Sage.

Rat der Arbeitswelt (2021). *Vielfältige Ressourcen stärken – Zukunft gestalten. Arbeitsweltbericht 2021*. Berlin. Verfügbar unter https://www.arbeitsweltportal.de/fileadmin/user_upload/awb_2021/210518_Arbeitsweltbericht.pdf (Zugriff am: 29.10.2023).

Robert-Bosch-Stiftung (Hg.) (2000). *Pflege neu denken*. Stuttgart: Schattauer.

Schache, S. & Lau, D. (2011). Berufswahlmotive und berufliche Perspektiven – Eine Analyse ausgewählter Gesundheitsberufe. In M. Bonse-Rohmann & H. Buchert (Hg.), *Berichte zur beruflichen Bildung. Neue Bildungskonzepte für das Gesundheitswesen*, S. 101–132. Bielefeld: W. Bertelsmann Verlag.

Sturma, A., Ritschl, V., Dennhardt, S. & Stamm, T. (2016). Reviews. In V. Ritschl, R. Weigl & T. Stamm (Hg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis*. Berlin: Springer.

Tauch, Jörg (2002). *Professionalisierung der innerbetrieblichen Fortbildung. Eine empirische Studie in der psychiatrischen Pflege*. Münster: Waxmann.

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1 Ablauf des methodischen Vorgehens 450

Abb. 2 Dokumentation des Rechercheprozesses 451

Tabellenverzeichnis

Tab. 1 Eingeschlossene Publikationen für das Literaturreview 452

Autorinnen



Prof. Dr. **Dana Bergmann**, Juniorprofessorin für Berufs- und Wirtschaftspädagogik mit dem Schwerpunkt Berufliche Aus- und Weiterbildung im digitalen Wandel am Institut für Erziehungswissenschaft, Universität Osnabrück. Berufspädagogische Gestaltung von Aus-, Fort- und Weiterbildungsprozesses im Rahmen der Digitalisierung, Professionalisierung des betrieblichen Bildungspersonals, Beruf und Subjektorientierung, wirtschaftsberufliche und ökonomische Lehr- und Lernprozesse.
Kontakt: dana.bergmann@uni-osnabrueck.de



Julia Müller, M. A., Projektleitung und wissenschaftliche Mitarbeiterin, Forschungsinstitut Betriebliche Bildung (f-bb) gGmbH. Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Arbeit und Digitalisierung, Medienbildung in der beruflichen Aus- und Weiterbildung, Übergänge und Durchlässigkeit im Bildungssystem.
Kontakt: julia.mueller2@f-bb.de



Viktoria Schatt, M. Sc., wissenschaftliche Mitarbeiterin, Forschungsinstitut Betriebliche Bildung (f-bb) gGmbH. Arbeitsschwerpunkte: Lernen und Arbeiten in der digitalisierten Welt, Innovationen in der Berufsbildung.
Kontakt: viktoria.schatt@f-bb.de



Charley Pedde, M. A., wissenschaftliche Mitarbeiterin, Forschungsinstitut Betriebliche Bildung (f-bb) gGmbH. Arbeitsschwerpunkte: Übergang Schule-Beruf, Weiterbildung im Verbund.
Kontakt: charley.pedde@f-bb.de

Veränderungsprozesse durch Lernen und Bildung in Organisationen der Altenhilfe gestalten

Bianca Berger, Fabian Graeb, Petra Reiber, Gundula Essig, Reinhold Wolke

„Der Kopf ist rund, damit das Denken die Richtung wechseln kann." (F. Picabia)

Abstract

Lernprozesse in Organisationen sind zentral, um Wissensbestände aktuell zu halten und qualitativ hochwertige Arbeit zu leisten. Damit neues Wissen in der Praxis umgesetzt werden kann, sind neben individuellen Lernprozessen insbesondere Veränderungen der jeweiligen Organisation notwendig. Hierbei sind es vor allem Projekte zur Qualitätsentwicklung wie z. B. Konzeptentwicklungen, die ein nachhaltiges Lernen in der Organisation fördern können. Dieses Wissen im Arbeitsalltag zu verstetigen, stellt eine der größten Herausforderungen dar. Hierfür sind das frühzeitige Einbinden der Mitarbeiter:innen sowie eine gelungene und vor allem dauerhafte Umsetzung und Reflexion von entscheidender Bedeutung. Dieser Beitrag gibt einen Überblick über mögliche Herausforderungen, zentrale Begrifflichkeiten und eine Rahmung für die erfolgreiche Umsetzung von Projekten zur Qualitätsentwicklung als ein dauerhaftes Instrument des Lernens in Organisationen.

Schlagworte: Qualitätsentwicklung, Partizipation Mitarbeitende, praxisnahes Lernen, Konzeptentwicklung, Dissemination

Learning processes in organizations make it possible to keep knowledge up-to-date and to maintain high-quality nursing. In order for new knowledge to be put into practice, changes in the organization are necessary in addition to individual learning processes. These are primarily quality projects with e. g. concept developments that can promote sustainable learning in the organization. The major challenge is then to apply this knowledge in everyday work. The early involvement of employees and successful implementation are of crucial importance. This article provides an overview of possible challenges, key terms and a framework for successful implementation of quality projects as a learning tool in organizations.

Keywords: Improving quality, Participating staff, action learning, concept development, dissemination

1 Hinführung

Eine zentrale Herausforderung in der pflegerischen Versorgung der Altenhilfe besteht darin, dass in zunehmend kürzeren zeitlichen Abständen neue Wissensbestände z. B. in Form von Expertenstandards veröffentlicht werden. Mittlerweile berichten hochengagierte Mitarbeiter:innen, Leitungen und Vorstände von einer Flut an „Projekten", die kaum (noch) bewältigbar sind und bei denen man gut überlegen müsse, ob und wann welche Projekte umgesetzt werden können. Insbesondere die Frage der Dissemination und eine damit einhergehenden Bildungsstrategie stellt Träger und Einrichtungen der Altenhilfe vor Herausforderungen.

Ein Problem dabei ist, dass es lange dauert, bis Forschungsergebnisse oder Erkenntnisse bzgl. einer bewohner- und klientenfreundlichen Versorgung ihren Weg in die tägliche Praxis finden. In vielen Fällen lernen und übernehmen Fachkräfte neue Informationen erst allmählich, was angesichts des Überangebots der Erkenntnisse und der Anforderungen verständlich ist (vgl. Grol u. a. 2013).

Forschungs- und Beratungserfahrungen der Autorinnen und Autoren dieses Beitrags bestätigen, dass die Einführung von Innovationen sehr viel Zeit und Geduld erfordert. Da dieser Prozess nie ganz abgeschlossen ist, muss eine Vision entwickelt und befördert werden, was unter Praxisentwicklung zu verstehen ist und wie diese mit einer fortwährenden Bildungsstrategie umgesetzt werden kann (vgl. z. B. Hoffmann u. a. 2021). Es müssen dafür differenzierte Bildungsangebote bereitgestellt werden, die auf unterschiedliche Kompetenzen, Sprach- oder Bildungsniveaus abgestimmt und die bei gleichzeitig immer knapper werdenden Personal- und Zeitressourcen sowie steigenden externen Anforderungen umsetzbar sind.

Diese Hinweise sollen keineswegs so verstanden werden, dass die Anstrengungen nicht lohnen oder vergeblich seien, sondern sollen Mut machen, eigene Wege zu gehen, den Blick nach „innen", d. h. in die jeweils eigene Einrichtung oder den Dienst, also auf sich selbst zu richten. Jede Einrichtung und jeder Dienst hat andere strukturelle Voraussetzungen und Themen, die es im Rahmen der Praxisentwicklung zu beachten gilt. Aber letztendlich geht es darum, einerseits Bewohner:innen zu beteiligen und zu fragen, wie sie leben wollen, andererseits bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern eine Dauerüberforderung zu vermeiden und sie auf dem Weg der Veränderung schrittweise mitzunehmen, ihre Ideen und ihre jeweiligen Wissensbestände und Erfahrungen miteinzubeziehen. Hierfür bedarf es einer Planung, die die jeweilige Bildungslandschaft und die zu beschreitenden Wege und Strategien im Blick hat.

Angelehnt an Martin Luther gilt es daher zu bedenken: „Das Leben ist […], nicht ein Sein, sondern ein Werden, nicht eine Ruhe, sondern eine Übung […]." (Martin Luther)

Das Zitat bringt zum Ausdruck, dass Prozesse der Umsetzung im Werden sind. Das bedeutet, Veränderungsprozesse bringen es mit sich, dass im Alltag geübt, überdacht, verändert und wieder von vorne begonnen werden muss. Rückschläge müssen als Realität angenommen werden, denn eine „gute Institution erkennt man eben nicht an der blinden oder sturen Befolgung von Regeln oder Routinen, sondern es bedarf

einer ‚immer wieder neuen, aneignenden Interpretation und der reaktualisierenden Affirmation […]'" (Jaeggi 2009, S. 543).

In diesem Kapitel werden vorab einige Gedanken zu der Frage „Wie gelangt neues Wissen in die Organisation?" thematisiert. Daran anschließend wird das Thema der internen Qualitätsentwicklung diskutiert und auf die Frage fokussiert, was „gute Pflege" ausmacht und von wem diese bestimmt wird.

Es folgt eine Annäherung an die unterschiedlichen Begrifflichkeiten „Implementierung" und „Dissemination". Es werden Schritte vorgestellt, wie neue Erkenntnisse im Alltag der Einrichtungen und Dienste umgesetzt und an die Zielgruppen vor Ort angepasst werden können. Es bedarf einer Leitung, Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie Bewohnerinnen, Bewohnern bzw. Klientinnen und Klienten, die sich auf den „Weg" einer lern- und bildungsfreundlichen Einrichtung einlassen. Partizipation auf allen Ebenen ist angesagt. Aber das bedeutet auch: Entsprechende Nebenwirkungen sind gewollt und erwünscht.

Abschließend werden inhaltliche Aspekte skizziert, die auf das Thema lernförderliche Einrichtung und Angebote fokussieren und die eine Veränderung der Organisation, der Pflegepraxis und der Angebote unterstützen können. Dieser Beitrag spiegelt Erfahrungen der Autorinnen und Autoren bei einer Vielzahl von Konzeptentwicklungen in teil(-stationären) Einrichtungen vornehmlich der Altenhilfe wider.

2 Lernen in Organisationen

Wie bereits einleitend angesprochen, beschäftigen das Tempo und die Vielfalt der Anforderungen immer mehr Leitungspersonen und Mitarbeitende. Gleichzeitig stellt sich aber auch die Frage, wie theoretische und praxisrelevante Inhalte so aufbereitet und umgesetzt werden können, dass Mitarbeitende diese verstehen und in ihrer täglichen Arbeit umsetzen können. Statt eines gemeinsamen Nachdenkens über diese Prozesse werden oft lediglich Vorgaben thematisiert und betont, deren Inhalte umgesetzt werden müssen, weil die nächste Qualitätsprüfung oder der Besuch der Heimaufsicht ansteht. Externe Anforderungen bestimmen damit sehr häufig die internen Qualitätsbemühungen. Personalmangel und Arbeitsverdichtung erschweren zunehmend die Planung von Bildungsangeboten. Außerdem müssen diese Angebote so aufbereitet werden, dass die Mitarbeitenden den Bezug zu ihrer täglichen Arbeit herstellen und die Inhalte im Alltag konkret umsetzen können.

Schmidt (2017) weist darauf hin, dass angestoßene Lern- und Veränderungsprozesse immer schneller von nachfolgenden abgelöst werden, d. h., es werden immer mehr Maßnahmen in immer schnellerer Abfolge begonnen. Von dieser Entwicklung profitieren aber vor allem externe Berater:innen, weniger aber Organisationen selbst. Die von ihm beschriebenen Spannungsfelder von „Neuem" und „Bewährtem" sind hilfreich, sich zu vergegenwärtigen: Auch Organisationen brauchen ein Balancetraining!

Schmidt (2017) verweist Bezug nehmend auf Senge (1996) darauf, dass es keine lernenden Organisationen gibt, denn „gelernt wird nicht von Organisationen, sondern von Menschen […] ". Für Organisation müssten daher Kontextbedingungen geschaffen werden, die den „in ihnen und mit ihnen wirkenden Menschen optimale Lernprozesse ermöglichen und sie dazu motivieren" (Schmidt, 2017, S. 413). Es ist daher keineswegs davon auszugehen, dass die Etablierung von z. B. neuen Leitlinien auch automatisch zu einem veränderten Handeln in der Praxis führt. Eine Reihe von Modellen zum Wissenstransfer berücksichtigen daher die spezifischen Gegebenheiten vor Ort, Interessen und Infrastruktur, um Wissen adaptierbar und somit anwendbar zu machen (vgl. Kontos & Poland, 2009). Ein weiteres Problem liegt darin, dass die Offenheit für neues, auf wissenschaftlicher Basis erlangtes Wissen in der (Pflege-) Praxis unterschiedlich ausgeprägt ist (vgl. Haslinger-Baumann u. a. 2015). Diese Unterschiede lassen sich nicht nur zwischen einzelnen Pflegenden ausmachen. Auch die Teams können in unterschiedlichem Maße auf die Akzeptanz und Umsetzung neuen Wissens einwirken, etwa auf Basis einer unterschiedlich gelebten Hierarchie, der Verantwortungsübernahme für die Umsetzung von Wissen und der Identifikation mit dem Wohnbereich (vgl. Quasdorf u. a. 2013).

Zu beachten ist außerdem, dass Lernen häufig eine potenzielle Entwertung von bisherigen Sichtweisen (und damit auch Angst) mit sich bringt und so Organisationsformen und ihre Routinen außer Kraft setzt. Vollmar u. a. (2017) zeigen in ihrer Übersichtsarbeit u. a. auf, dass ein geringes Vertrauen in die eigenen Kompetenzen, das Wissen und die Fähigkeiten bei den Mitarbeitenden ein zentrales Problem bei der Implementierung von neuem Wissen darstellt.

Viele sogenannte Change-Management-Prozesse scheitern oder müssen (mit einem hohen Opfer) durchgesetzt werden, weil sie die Achtung und Wertschätzung von bisher Bewährtem vernachlässigen. Die Motivation kann dann bei den Beteiligten sinken, deshalb sollte es auch immer darum gehen, eine Balance zu finden und zu halten. Auf der einen Seite kann eine zu starke Orientierung an dem, was bereits bekannt ist, und an dem, wie bereits gearbeitet wird, die Implementierung deutlich erschweren (vgl. Nelson-Brantley & Chipps 2023). Auf der anderen Seite hemmen Dauerinnovationen oder hochkomplexe Programmatiken, deren Sinn von den Beteiligten nicht verstanden wird, die Bereitschaft, sich auf „Neues" einzulassen oder zu lernen. Wichtig ist in diesem Zusammenhang auch die Gestaltung von Lernprozessen über Beziehungsgestaltung. Wenn in der Organisation ein kritischer Hinweis dazu führt, dass man ignoriert wird, werden damit gleichzeitig auch „Unterwerfungs- und Erniedrigungsverfahren" erlernt (Schmidt 2017, S. 416). Eine Organisation sollte jedoch nicht nur das inhaltliche Lernen in den Blick nehmen oder fördern, sondern es sollten auch die Freude und die Kompetenz am Lernen selbst gefördert und die Mitarbeiter:innen in „ihrer Autonomie und ihrem Engagement gewürdigt werden" (Schmidt 2017, S. 416).

Das bedeutet aber auch: Widerstand und Unterschiedlichkeit sind „gut" und müssen als Lernmöglichkeit sowie Bereicherungschance der Organisation verstanden werden. Wenn Widerstand oder eine andere Meinung zu vertreten hingegen zu Ausgren-

zung führt, kann und ist das nicht zieldienlich bzw. auf Dauer sogar schädigend. Daher gilt es, Konfliktfähigkeit einzuüben, Feedback als Instrument der Kommunikation zu institutionalisieren und es zu begrüßen, auch dann, wenn es um Abweichungen oder das Festhalten an Bewahrenswertem geht (vgl. ebd.).

„Das Kopieren" von Logiken anderer Systeme (Einrichtungen, Dienste, Organisationen) ist per se nicht zielführend und scheitert oft. Best-Practice kann immer nur Impulse für die Entwicklung und die Gestaltung eigener organisationaler Lernkulturen und -prozesse geben. Es sollte jedoch auch Raum für „eigene Experimente der Einzelnen in der Gruppe" und eine Fehlerkultur geben, die als Lernchance zu begreifen ist (vgl. ebd., S. 405). Spaß beim Lernen, einen Raum für „Blödeln", Freude und Experimentierbereitschaft ermöglichen ein förderliches Lernklima (vgl. Schmidt 2017).

Praxisbeispiel: In den Projekten zur Konzeptentwicklung wird im Nachgang deutlich, dass andere Einrichtungen die entwickelten Konzepte gerne als Kochrezepte nutzen möchten, um zeitaufwendige Entwicklungsprozesse zu umgehen. Solche Vorhaben scheitern dann aber, weil die Mitarbeitenden sich „verweigern". Warum? Das Kochrezept passt nicht zu den Gegebenheiten vor Ort. Notwendige Diskussionsprozesse, wie ein Team z. B. zu den Themen Bewegung oder Essen und Trinken im Alter steht, sind zentral. Dadurch entstehen gemeinsame Lernprozesse und Konflikte im Team werden offen ausgetragen. In der Auseinandersetzung erfolgt eine Annäherung an die Erfahrungen und Wissensbestände des Gegenübers und tragfähige Vereinbarungen können getroffen werden. Gleichzeitig werden aber auch Erfolge und Misserfolge geteilt. So wurde z. B. in einer Einrichtung, die täglich vorgesehene Gymnastikeinheit von den Bewohnerinnen und Bewohnern zunächst abgelehnt. Daraufhin wurde mit ihnen vereinbart, dass diese nicht täglich stattfindet, sondern am Sonntag zukünftig „gechillt" wird. Durch diesen Kompromiss wurden die Lernchancen auf allen Ebenen genutzt und bis heute wird darüber gescherzt.

3 Qualität – Wer bestimmt, was gute Pflege ist?[1]

Neues Wissen und die Frage, welche Inhalte mit welchem Ziel umgesetzt werden, hängen maßgeblich damit zusammen, wie Qualität und Qualitätsentwicklung in der Organisation verstanden, inhaltlich gefüllt und gelebt werden. Damit hängt auch die Frage zusammen, ob und inwiefern Prozesse insbesondere der externen Qualitätssicherung von den Mitarbeitenden als sinnvoll erlebt werden und inwiefern diese ignoriert oder nur vordergründig umgesetzt werden. Dabei wird dann das dokumentiert, was vermutlich vonseiten der Prüfbehörden erwartet wird, was auch als Paper-Pencil-Compliance beschrieben wird (vgl. Brandenburg & Guether 2011).

1 Die folgenden Ausführungen orientieren sich an einem Buchbeitrag von Berger und Tegtmeier aus dem Jahre 2015 zur Qualitätsentwicklung und sind weiterhin hochaktuell.

Die Frage der Qualität und was als solche zu verstehen ist, wird in der Altenhilfe vornehmlich durch öffentliche Debatten geprägt und dadurch inhaltlich eng geführt. Ausgangspunkt sind medial aufbereitete Diskurse zu Pflegemissständen, die wellenförmig in die Öffentlichkeit gelangen und dort ausgetragen werden. Empirische Befunde bestätigten immer wieder Qualitätsdefizite in der Altenhilfe. Dabei werden bestehende Rahmenbedingungen als mögliche Ursache festgestellter Defizite aber nicht in den Blick genommen (vgl. Berger & Tegtmeier 2015).

Tatsächlich wird das Verständnis von guter Pflege aktuell maßgeblich durch den Medizinischen Dienst der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung oder die Heimaufsichten bestimmt (vgl. Twenhöfel 2007). Twenhöfel argumentiert, dass die „Definitionsmacht darüber, was unter guter oder schlechter Pflege zu verstehen ist quasi von den Einrichtungen und Diensten" wegdelegiert wird (ebd. S. 214) und das Moment der Kontrolle akzentuiert. Qualität lässt sich nicht in Einrichtungen und Dienste hinein prüfen, sondern die Verantwortung muss von der Leitung und den Mitarbeitenden wahrgenommen werden. Die Folgen dieser externen Regulierung und eines damit einhergehenden Verständnisses von guter Pflege werden sichtbar, indem die Einrichtungen ihre Qualitätsentwicklung an der Erfüllung gesetzlicher Vorgaben ausrichten und messen (vgl. Tegtmeier 2011). Eine Angleichung von Strukturen und Prozessen in den Organisationen der Altenhilfe ist die Folge, unabhängig von deren Auswirkungen und Nützlichkeit für diese Organisationen. Sie werden so nicht mehr hinterfragt und zur Selbstverständlichkeit (vgl. Walgenbach & Meyer 2008). Lernen wird dadurch verhindert bzw. die Prozesse des Lernens auf Irrwege geführt, wenn die externe Bewertung regelmäßig „sehr gut" lautet und dies mit einer guten Pflege gleichgesetzt wird.

Diese Kritik an gelebter Praxis von Qualitätssicherung soll bestehende Versorgungsdefizite nicht ausblenden. Das Ziel einer hohen Pflegequalität erfordert aber eine stärkere Verantwortungsübernahme durch die Einrichtungen und Dienste selbst. Zudem ist explizit auch die Berufsgruppe der Pflegenden selbst aufgerufen, in einer Selbstverwaltung die Inhalte einer fachlich angemessenen Pflegequalität zu bearbeiten und somit auch ein Gegengewicht zu den öffentlich, häufig eng geführten Debatten und Diskussionen zu bieten.

Es besteht die Gefahr, dass Fragen von Lebensraumgestaltung und Bedürfnisorientierung damit in den Hintergrund rücken, möglicherweise auf der „Hinterbühne" verschwinden. Die Loslösung von einer ausschließlich externen Normierung stellt hingegen eine Chance dar; dies erfordert aber die Motivation von Mitarbeitenden zu eigenen Lern- und Denkprozessen und die Gestaltung von Lernräumen.

4 Was braucht es, um gute Pflege inhaltlich auszugestalten?

Klientinnen und Klienten sowie Bewohner:innen müssen als der bestimmende Einflussfaktor gesehen werden. Die gute Pflege muss daher individualisiert und den Bedürfnissen und Erwartungen dieser Personen angepasst werden. Görres (2007) betont,

dass die gute Pflege keine feste Größe sei, sondern „ein von den Akteuren festzulegendes Maß", das in Abhängigkeit von subjektiver Bewertung, Umgebungsbedingungen und Situationen variiere. Neben einer externen Evidenz (Forschungswissen und Expertenmeinung) sei die interne Evidenz entscheidend, die aus der subjektiven Sicht der pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen wahrzunehmen sei. Letztere sei notwendig, da „Gute Pflege" Charakteristika wie Selbstbestimmung, Autonomie, Bedürfnisse und Lebensqualität berücksichtigen sollte.

Für Einrichtungen und Dienste ist es daher zentral, die Frage der guten Pflege zu diskutieren und inhaltlich auszugestalten, denn die Vorstellung, was unter guter Pflege jeweils verstanden wird, ist heterogen und kann eine Quelle für Konflikte sein. Unabhängig vom jeweiligen Setting der Altenhilfe stellt sich die Herausforderung, durchdachte Pflege- und Betreuungsstrukturen zu entwickeln, die es im Spannungsfeld von Leben und Wohnen einerseits und komplexen Pflegesituationen anderseits zu entfalten und zu steuern gilt. Dies bedeutet insbesondere auch, die präventiven und rehabilitativen Potenziale der Altenpflege neu zu akzentuieren und auszuschöpfen, damit verbliebene Selbstpflegekompetenzen in allen Lebensbereichen möglichst lange erhalten oder wiedererlangt werden können. Sicherheitsbedenken gilt es in den Hintergrund zu rücken, wie etwa eine übertriebene Angst vor dem Sturz, die dazu führt, dass Bewegung aktiv unterbunden wird (vgl. Berger u. a. 2022). Solche, sicherlich auch berechtigten Sorgen müssen mit Erleben von „Normalität" im Alltag individuell abgewogen werden. Normalität als gelingender Alltag, der sich an den jeweiligen Wünschen und Bedürfnissen orientiert – so weit es geht – zu ermöglichen, ist das Ziel und der Anspruch einer menschenwürdigen Pflege.

Hierfür bedarf es aber Impulse, um Lernprozesse in den Einrichtungen und Diensten anzustoßen und umzusetzen. Bildung beginnt in der beruflichen Praxis mit der Erkenntnis: „So wollen wir nicht mehr weiterarbeiten!" oder „Hier gibt es Handlungsbedarf!"

Bildung heißt dann eben auch, sich von einer ausschließlichen Fokussierung auf die externe Normierung und Kontrolle zu lösen, stattdessen einen Prozess der internen Qualitätsentwicklung zu fördern und die Frage in den Blick zu nehmen, wie neue Erkenntnisse oder Ideen entwickelt und in die Praxis umgesetzt werden können und wer jeweils zu beteiligen ist. Externe Qualitätsanforderungen wird es immer geben. Sie müssen aber mit einer anderen Logik betrachtet werden. Der Maßstab einer angemessenen Pflege muss die Orientierung am Subjekt Mensch sein (vgl. Höhmann 2011).

Das bedeutet: Die individuelle und soziale Arbeitsgestaltung, insbesondere aber die Lebensgestaltung der Betroffenen, muss zum Ausgangspunkt und Gegenstand der Qualitätsentwicklung und damit von Bildungsstrategien gemacht werden. Dies bedarf einer Konzeptentwicklung, die u. a. die Entwicklung von Instrumenten und Verfahren beinhaltet, aber auch nachhaltige Implementierungs- und Entwicklungsprozesse beschreibt. Konzeptentwicklung muss begleitet, geprüft und überdacht werden und einen Wissenstransfer gestalten, der zielgruppenspezifische Bildungs- und Lernstrategien vorsieht.

Praxisbeispiel: Die bislang durchgeführten Projekte fanden in verschiedenen Settings statt, von Krankenhäusern über Tagespflege bis zur stationären Langzeitpflege. Selbst innerhalb der einzelnen Settings unterscheiden sich die Einrichtungen hinsichtlich der allgemeinen Gegebenheiten (Größe, Trägerschaft, Gebäude, Umgebung...), Ressourcen (Personal, Qualifikationen, Hilfsmittel...) und anhand der jeweiligen Bedarfe/Bedürfnisse (Herausforderungen im Alltag, Ziele, Prioritäten...) im erheblichen Maße. Deshalb wurde zu Beginn eines Projekts stets eine Datenerhebung in den Einrichtungen durchgeführt, um die jeweilige Ist-Situation darzustellen. Dabei kamen u. a. (nicht-)teilnehmende Beobachtungen und qualitative Interviews zum Einsatz. Ziel ist es, die Gegebenheiten vor Ort, die Einrichtung und deren Handlungslogiken möglichst gut zu erfassen, um so Stärken und Schwächen, Verbesserungspotenziale, aber auch vorhandene positive Gegebenheiten darzustellen. Darauf aufbauend kann dann eine Konzeptentwicklung stattfinden. So zeigte sich bspw. in einer Einrichtung eine sehr beeindruckende, menschliche Pflege, bei der die Würde der Klientinnen und Klienten in einem Maße geschützt wurde, wie es von den Forschenden selten erlebt wurde. Der gesamte Kontakt zwischen Mitarbeitenden und Klientinnen und Klienten war hier von einem beispielhaften Respekt geprägt. Diese Rückmeldung von den Forschenden zu bekommen, hat das Team sichtlich bewegt und so eine gute Basis gelegt, um die kritischen Punkte der Analyse besser annehmen und daran arbeiten zu können. Schließlich konnte so gezeigt werden, dass die Bemühungen der Pflegenden vor Ort trotz formulierter Verbesserungsbedarfe gesehen und gewürdigt werden.

5 Dissemination, Implementierung – was ist eigentlich gemeint?

Eine Vielzahl von Begriffen und theoretischen Modellen (vgl. Damschroder u. a. 2009) sowie Strategien zur Implementierung von neuen Erkenntnissen (vgl. Powell u. a. 2015) spiegeln die Bemühungen um ein gutes Verfahren wider. International werden viele Begriffe für die Realisierung von Verbesserungen in der Praxis verwendet, wie z. B. Innovation, Implementierung, Adaption, Wissenstransfer, Qualitätsverbesserung oder Modernisierung der Pflege (vgl. Grol u. a. 2013). Neben der unterschiedlichen Verwendung von Begriffen werden diese zudem unterschiedlich definiert. Im Folgenden wird eine Begriffserläuterung dargelegt, die für diesen Beitrag als Diskussionsgrundlage dienen wird.

Unter Dissemination wird die Weitergabe oder Verbreitung von Informationen an Pflegepersonen verstanden, mit dem Ziel, deren Wissen und Fertigkeiten zu erweitern. Während die bloße Wissensvermittlung über eine bessere Pflegeversorgung zu einem Wissenszuwachs oder einer Einstellungsänderung führen kann, ist es unwahrscheinlich, dass dies allein bereits zu Verhaltensänderungen in der Praxis führt. Es ist aber der erste Schritt, der den Weg für die tatsächliche Umsetzung anbahnt (vgl. ebd.).

Implementierung kann beschrieben werden als *ein geplanter Prozess und eine systematische Einführung von Innovationen und/oder Veränderungen von erwiesenem Wert; mit dem Ziel, dass diese einen strukturellen Platz in der beruflichen Praxis, in der Funktionsweise von Organisationen oder in der Struktur des Gesundheitswesens erhalten* (ZON 1997 in Grol u. a. 2013). Die Einführung einer Neuerung/Verbesserung in die tägliche Praxis erfordert effektive Kommunikationsstrategien und die Beseitigung von Barrieren, die eine Veränderung verhindern. Dies sollte durch den Einsatz von pädagogischen und handlungsorientierten Vorgehensweisen und Verfahren unterstützt werden, die sich in der Praxis als wirkungsvoll erweisen (vgl. ebd.).

Im Fokus steht hier also der Prozess der systematischen Einführung von neuen Ideen und Wissensbeständen sowie Fertigkeiten. Eine Implementierung erfolgt geplant, die Strategien zur Erreichung der Veränderung basieren auf einer Analyse der Probleme, der Zielgruppe und des Settings. Die unterschiedlichen Strategien können dabei auf die Pflegenden, die Bewohner:innen bzw. Klientinnen und Klienten und/oder auf organisatorische oder strukturelle Aspekte der Pflege ausgerichtet sein. In den meisten Fällen werden Ansätze bei der Einführung von Veränderungen empfohlen, bei denen auf der Grundlage der gewonnenen Erfahrungen der nächste Schritt (Überarbeitung, Verfeinerung oder Ergänzung eines grob umrissenen Plans) unternommen wird und die Methoden und/oder Inhalte etc. angepasst oder verbessert werden (vgl. Grol u. a. 2013).

Dissemination und Implementierung fokussieren damit auf unterschiedliche Ziele. Dissemination auf Wissensvermittlung und Einstellungsveränderung, Implementierung auf den Prozess der Einführung neuer Wissensbestände, Konzepte oder Verfahren in das tägliche Handeln. Systematische Planung meint nicht starres Beharren, sondern impliziert einen stufenweisen Lern- und Reflexionsprozess, der das Tun und Handeln, die Methoden und die Inhalte reflektiert und ggf. anpasst.

Praxisbeispiel: In einem Projekt zum Ernährungsmanagement wurden für einen Praxispartner Fortbildungen für verschiedene Berufsgruppen entwickelt und durchgeführt. Inhalte waren Themen wie Ursachen und Folgen von Mangelernährung, aber auch konkrete Handlungsempfehlungen für den beruflichen Alltag. Die Resonanz war stets sehr positiv; es kam Erstaunen über das neue Wissen und das Bewusstsein zum Ausdruck, diese Themen bislang nicht ausreichend im Blick gehabt zu haben. Bei nachfolgenden Besuchen und Datenerhebungen zeigte sich aber, dass dieses Wissen kaum in den Alltag integriert wurde und schnell wieder in Vergessenheit geriet. Was war passiert? Es war in dieser Einrichtung nicht gelungen, von der Dissemination zu einer echten Implementierung zu kommen; Barrieren im Alltag wurden nicht erkannt, die Herausforderung, Handeln nachhaltig zu beeinflussen, deutlich unterschätzt. Ein häufiger Denkfehler besteht darin zu glauben, dass wenn die Mitarbeitenden geschult sind, die Umsetzung von alleine läuft. Tatsächlich fängt damit die Arbeit erst richtig an. Es muss immer wieder reflektiert, die Erkenntnisse müssen immer wieder angepasst werden. Das gelingt nur dann, wenn

die Leitung und die Verantwortlichen für ein Thema oder Projekt ein wirkliches Interesse daran haben, dass die Umsetzung erfolgreich ist.

6 Schritte der Umsetzung – eine Rahmung – „10-Punkte-Lernplan“

Im Rahmen dieses Beitrages wird auf die Darstellung eines konkreten „Frameworks“ zur Implementierung verzichtet. Es wird vielmehr auf Arbeiten eingegangen, die bereits eine Essenz aus bestehenden Modellen bzw. wirksamen Elementen zusammengeführt haben wie „Consolidated Framework For Implementation Research“, das Projekt „Expert Recommendations for Implementing Change“ – ERIC oder die Darstellung des gesamten Implementierungsprozesses durch Grol u. a. (2013).

Die hier empfohlenen Schritte können nur sehr verkürzt dargestellt werden und sollen Anregungen bieten, bisherige und künftige Umsetzungsprozesse zu reflektieren und gemeinsam zu lernen. Von zentraler Bedeutung hierbei ist: Es braucht Personen, die für das Thema Praxisentwicklung in der Einrichtung verantwortlich sind. Praxisanleiter:innen sind bereits pädagogisch gebildet und können für alle Mitarbeitenden eingesetzt werden. In einem Projekt zur Prävention von Gewalt wurden bspw. Praxisanleiter:innen freigestellt, um Schulungen und Fallbesprechungen durchzuführen sowie als Ansprechpartner:innen für Kolleginnen und Kollegen zu dienen (vgl. Berger, Hennings & Bär 2023). Es muss stets klar sein, was das Ziel einer Praxisentwicklung in der Einrichtung ist, welche Umsetzungs- und Bildungsstrategien zum Einsatz kommen und wie Mitarbeitende zum gemeinsamen und eigenständigen Lernen angeregt werden.

Bevor Sie die „Unternehmung Praxisentwicklung“ also starten, überlegen Sie vorab, ob das wirklich gewünscht ist. Es geht eben nicht nur darum, Fortbildungen anzubieten. Bleibt es den einzelnen Mitarbeitenden im Alltag überlassen, ob sie die Inhalte anwenden oder nicht, dann ist das eine Verschwendung von Ressourcen und Nerven, die der oder die Mitarbeiter:in ggf. bei Auseinandersetzungen im Team lässt. Eine Entscheidung zur Praxisentwicklung muss sich organisational entfalten und darf eben nicht dem Engagement einzelner Mitarbeiter:innen überlassen werden. Leitung ist hier gefragt und muss diesen Prozess steuern.

Von der guten Pflege zur groben Marschrichtung – Planung

Abbildung 1 gibt Einblicke, wie Veränderungsprozesse gestaltet werden können. Dabei gilt es zu bedenken, dass es einen Zusammenhang zwischen Problem und gewähltem Ansatz zur Veränderung geben sollte. Verkürzt gesagt: Ein Hammer ist nicht dazu geeignet, ein Kabel zu durchtrennen (vgl. Wensing & Grol 2019). Die Schritte eins bis drei fokussieren auf die Vorbereitung der Organisation. Diskussionen zum Verständnis der guten Pflege sind grundlegend, um sich auf ein gemeinsames Fundament von Normen und Werte berufen zu können. Diese müssen in der Alltagspraxis spür- und

erlebbar sein. Gleichzeitig geht es darum, dass Veränderungen in Organisationen dann erfolgsversprechend sind, wenn klar ist, wie mit Verbesserungsvorschlägen in der Organisation umgegangen wird. Mission und Ziele sollten daher klar kommuniziert werden (vgl. Damschroder u. a. 2009).

Wichtig ist es, sich ein möglichst vollständiges Bild von der Idee zur Veränderung, den Zielgruppen und vom jeweiligen Kontext zu machen, in dem die Umsetzung erfolgen soll (vgl. Grol u. a. 2013). Die Zielgruppe Mitarbeiter:innen ist in der Regel heterogen und hat unterschiedliche Bedarfe. Standardlösungen wie die „gleiche Schulung für alle" sind meist nicht geeignet, diese unterschiedlichen Bedarfe hinreichend aufzugreifen. Die Maßnahmen sollten daher diese Unterschiedlichkeit adressieren.

Praxisbeispiel: Bei einem Projekt zur Digitalisierung der Pflegeplanung war aufgefallen, dass in einem Team sehr viele Mitarbeiter:innen bereits über 60 Jahre alt waren. Die Berührungspunkte mit dem PC als Arbeitsinstrument waren gering. Die älteren Mitarbeiter:innen hielten sich in den Schulungen mit Fragen sehr stark zurück, angesichts junger und versierter Kolleginnen. In den folgenden Wochen suchten die älteren Kolleginnen und Kollegen Ausweichstrategien, um keine Eintragungen am Computer vorzunehmen zu müssen. Im Team entstand die gemeinsame Idee, zur Unterstützung bei der Anwendung im Alltag Tandems aus jüngeren und älteren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu bilden. Zudem wurde eine Computerecke eingerichtet, in der alle Mitarbeiter:innen in Ruhe den Umgang mit der digitalisierten Pflegedokumentation üben konnten. Zu guter Letzt bekamen interessierte Mitarbeiter:innen „Gutscheine" für Computerkurse an der Volkshochschule. Alle Personen, die in diesem Jahr einen Computerkurs absolviert hatten, nahmen an einer Verlosung für einen Wellnesstag teil.

Einzelpersonen können den Implementierungsprozess aktiv fördern und sowohl aus der Organisation selbst oder von außerhalb der Einrichtung kommen (z. B. lokale „Champions", externe Change Agents). Es sollten daher Barrieren, die die Realisierung behindern können, aber auch Stärken benannt werden, die bei der Implementierung genutzt werden können.

Es gibt nicht die eine gute oder beste Praxis für alle Veränderungen und für alle Settings. Wie bereits angedeutet: Unterschiedliche Zielgruppen, aber auch Strukturen schaffen unterschiedliche Umsetzungsprobleme oder auch -möglichkeiten. Der Implementierungsprozess muss nicht unbedingt Schritt für Schritt ablaufen, wie das oben dargestellte Beispiel illustriert. Eine regelhafte und offene Kommunikation über alle Hierarchieebenen hinweg trägt zu einer effektiven Umsetzung bei (vgl. Damschroder u. a. 2009). In dieser Phase geht es insbesondere um die Verbreitung der Idee, um Interesse zu wecken und das Verständnis für die Veränderung zu befördern. Ziel ist es, eine positive Einstellung und die Bereitschaft zu fördern, bestehende Routinen anzupassen, also gemeinsam zu lernen.

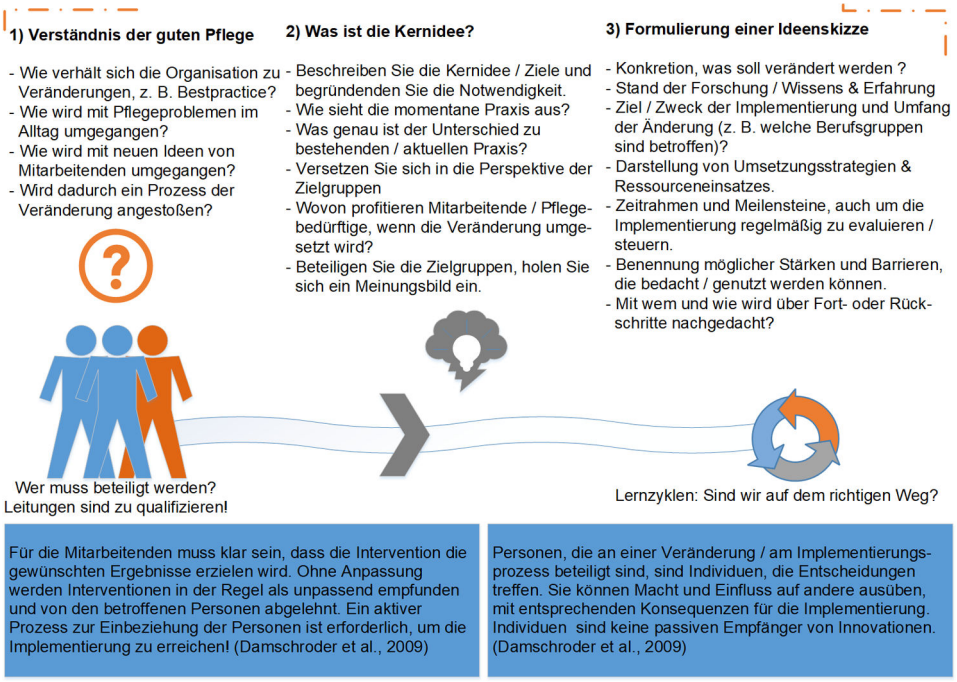


Abbildung 1: Schritte 1–3 (Damschroder u. a. 2009, eigene Darstellung; nach Grol u. a. 2013)

Von der Analyse bis zur modellhaften Umsetzung

In Abbildung 2 werden die Schritte vier bis sechs dargestellt, die mit Analyse und Test beschrieben werden können und Lernprozesse in der Organisation befördern.

Bei der Entwicklung eines Implementierungsplans ist es wichtig, auf eine effektive Steuerung der Informationen zu achten, um Interesse zu wecken und eine positive Einstellung und die Bereitschaft zu fördern, eine echte Verhaltensänderung herbeizuführen (vgl. Grol u. a. 2013).

Bevor die tatsächliche Veränderung in Angriff genommen werden kann, benötigen die Anwender:innen einer Innovation ein Bewusstsein für die Notwendigkeit der Veränderung, eine Vorstellung davon, was die Verbesserung beinhaltet und dass eine solche Verbesserung sowohl wünschenswert als auch möglich ist. Eine detaillierte Bewertung der realen Praxis und der Abweichungen von der gewünschten Versorgung kann dazu beitragen, bei der Zielgruppe ein Gefühl der Dringlichkeit zu erzeugen – ein Gefühl, dass die Versorgung verbessert werden sollte. Für eine Bewertung der Praxis, die zu Verbesserungen anregen kann, braucht man Messgrößen, um diese Veränderungen auf zuverlässige Weise zu messen. Veränderungsprozesse profitieren von einer solchen systematischen Bewertung (vgl. Grol u. a. 2013).

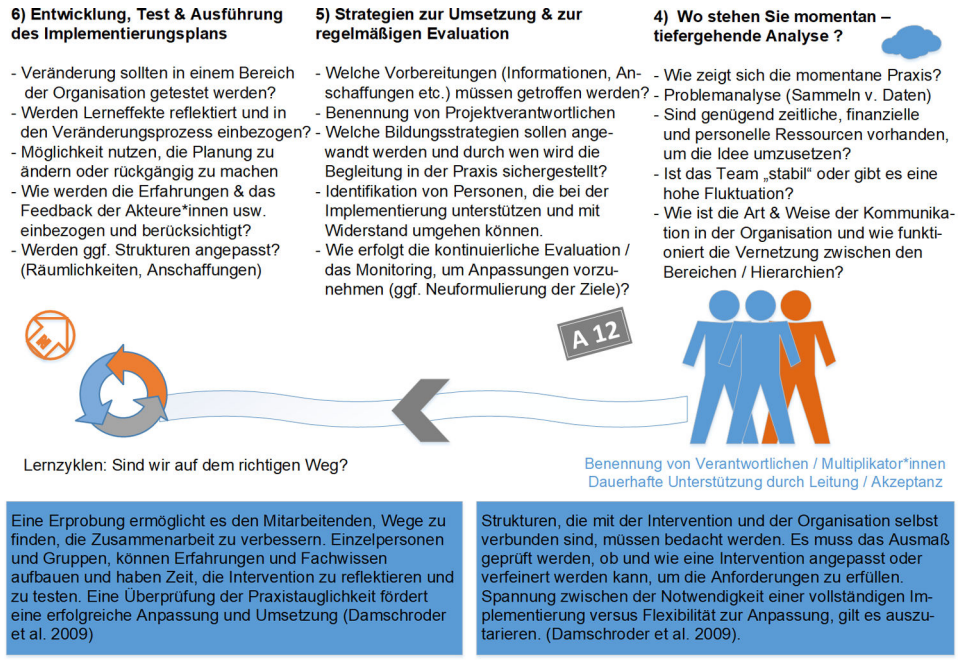


Abbildung 2: Schritte 4–6 (nach Damschroder u. a. 2009, eigene Darstellung)

Es ergibt Sinn, in einem Wohnbereich/auf einer Station oder bei einer bestimmten Tour im ambulanten Bereich anzufangen, die Veränderung (z. B. die adäquate Anpassung von Hilfsmitteln) einzuführen. Die Ergebnisse des Veränderungsprozesses werden analysiert und Verbesserungen in der nächsten Stufe oder im nächsten Schritt umgesetzt. Sie dienen als Blaupause für die Einführung in weiteren Bereichen. Mit diesem Vorgehen konnten in verschiedenen Projekten gute Erfahrungen gemacht werden, etwa bei einer Konzeptentwicklung in einem Wohnbereich zum Thema Bewegungsförderung (vgl. Berger, Kümmel & Zenker 2023). Dank einer sehr engagierten Multiplikatorin konnte das Konzept nach Entwicklung und Erprobung in einem Wohnbereich erfolgreich auf andere Wohnbereiche und eine weitere Einrichtung übertragen werden.

Reflexion und Evaluation

Die Schritte 7 bis 10 (Abbildung 3) fokussieren auf die Integration in den Alltag, also darauf, wie die neuen Wissensbestände in die „organisationale DNA" übergehen und die tägliche Routine bestimmen. Wenn die Einführung einer Innovation oder einer neuen Routine nicht mehr aktiv im Rahmen eines Projekts unterstützt wird, gilt es, die Nachhaltigkeit des Erreichten sicherzustellen. Spezifische Maßnahmen sind erforderlich, wie z. B. die kontinuierliche Überprüfung der Veränderung (vgl. Grol u. a. 2013) oder regelmäßige praktische Anleitungen, die das Einüben bestimmter Fähigkeiten beinhalten.

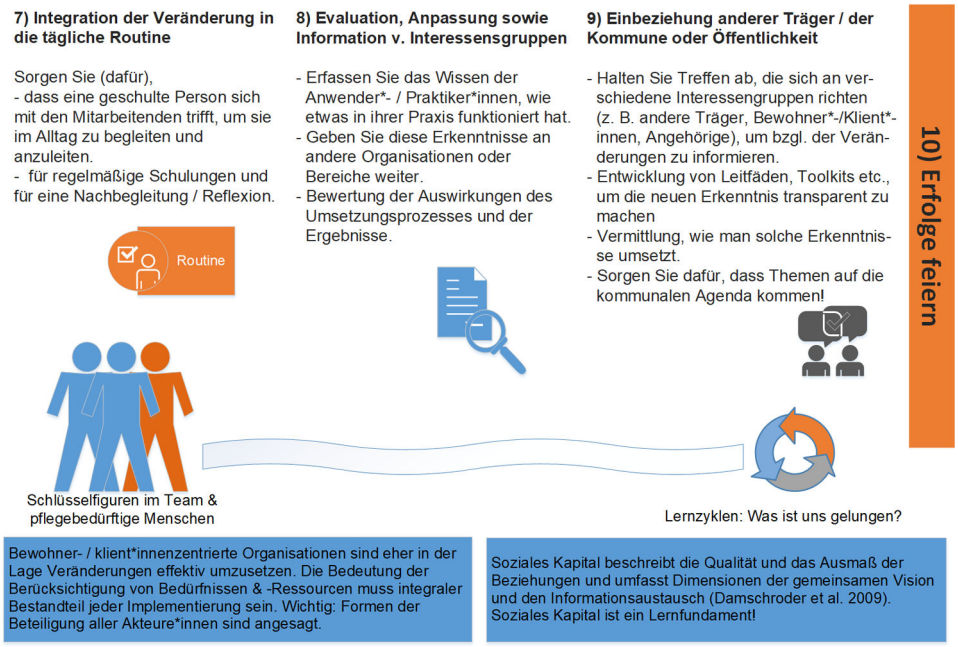


Abbildung 3: Schritte 7–10 (nach Damschroder u. a. 2009, eigene Darstellung)

Bei der Umsetzung von Veränderungsprozessen ist die Evaluation der Ergebnisse zentral. Diese Erkenntnisse werden benötigt, um zu prüfen, ob die investierte Energie zur gewünschten Veränderung geführt hat. Wenn dies nicht der Fall ist, sollte gemeinsam überlegt werden, was getan werden kann, um die anvisierten Ziele zu erreichen (vgl. Grol u. a. 2013). Letztlich bleibt die Einführung einer Veränderung ein fortlaufender (Lern-) Prozess. Gleichzeitig muss es auch immer darum gehen, andere Bereiche, Träger und Interessensgruppen am Veränderungsprozess teilhaben zu lassen. Vernetzung heißt das Stichwort, um erstens das erworbene Wissen transparent zu machen und zweitens darzustellen, wie und warum dieses Wissen erfolgreich in die Praxis umgesetzt werden konnte. Handelt es sich um Themen, die für die Altenhilfe insgesamt von Bedeutung sind, dann ist ein Engagement auf kommunaler Ebene sinnvoll, um Lernprozesse anzustoßen und Ressourcen zu bündeln.

7 Gestaltung einer praxisnahen und lebenslangen Lern- und Bildungskultur

Neben der aufgezeigten Rahmung gibt es noch eine Reihe weiterer Tipps und Hinweise, die dabei helfen können, eine praxisnahe und lebenslange Lern- und Bildungskultur zu etablieren:

- Die Veränderung von Einstellungen und Haltungen zum Thema Lernen und Bildung im Alltag fängt damit an, wie eine Organisation und ihre Mitarbeiter:innen ihre Aufgabe verstehen, pflegebedürftige Menschen zu betreuen und zu pflegen – also damit, am Verständnis einer guten Pflege zu arbeiten. Es macht Sinn, Anforderungen zu entwickeln, wie dieses gemeinsam auszugestalten ist, und zwar mit den Menschen, die im jeweiligen Setting leben, sowie den Menschen, die dort arbeiten.
- Das Mühen und Ringen um dieses Verständnis geht auch mit den folgenden Fragen einher: Wie sollten die Abläufe, Routinen und der Alltag gestaltet werden? Dürfen und sollten Lebensorte auch Orte einer stetigen Auseinandersetzung und Entwicklung um das jeweils Gute sein und damit Lernorte? Und sollen alte Menschen diese Umgebung, die Abläufe mitgestalten oder bestimmen dürfen und werden sie als Ausgangspunkt einer solchen Entwicklung gedacht? Das ist einer der wichtigsten Lernschritte weg vom „Wir wissen, wie es geht" hin zu einem gemeinsamen Austarieren in Beziehungs- und Aushandlungsprozessen, was das jeweils Gute für das Gegenüber ist.
- Wie bereits beschrieben, wird die Organisation bei Veränderungen auf die Probe gestellt, inwieweit sie lern- und veränderungsfähig ist und sich nicht nur auf die Befolgung von Regeln reduzieren lassen will (vgl. Jaeggi 2009). Gleichermaßen ist auch das Verhältnis zu Sicherheit und zum Verständnis der externen Qualitätssicherung auf den Prüfstand zu stellen und ob es der Leitung gelingt, mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern einen eigenen Standpunkt zum Thema „gute Pflege" zu entwickeln. Auseinandersetzung und gemeinsames Gespräch sind angesagt. Haltung, Einstellungsveränderungen und Lernen bedürfen einer ständigen Interaktion mit den Mitarbeitenden und einer Beobachtung des Alltags. Damschroder u. a. (2009) verweisen darauf, dass Normen, Werte und Grundannahmen einer Organisation wichtig sind. Sie zeigen auf, dass viele Vorhaben deshalb scheitern, weil die Denkweisen einer Organisation kaum in den Blick genommen werden und diese schwieriger zu verändern sind.
- Instrumente zur Qualitätsentwicklung, wie bspw. Expertenstandards bieten Impulse von der Einschätzung bis zur Evaluation und fokussieren auf wichtige flankierende Themen wie das Thema Kooperation und Koordination sowie edukative Angebote. Die Inhalte gilt es an die Strukturen und an die Gegebenheiten vor Ort anzupassen und inhaltlich auszugestalten, nicht andersherum. Denn Qualitätsniveaus sind keine Standards im herkömmlichen Sinne, sondern sie beschreiben Zielgrößen, die es intern auszugestalten gilt. Es geht nicht um die Frage, ob die Prüfinstanz davon ausgeht, ob etwas richtig oder „nach Standard" umgesetzt wird, sondern darum, dass die Einrichtung ihre Fachlichkeit und die jeweiligen Denk-, Diskussions- und Umsetzungsprozesse fachlich und inhaltlich argumentativ darstellt und eigene Lern- und Argumentationsprozesse transparent macht.
- Sprechen Sie über Erfolge von Maßnahmen. Es ist gut, wenn man positive Botschaften im Team weitergibt. Sie sind die beste „Werbung" und machen Mut für Veränderung und zum Lernen und darauf, sich auf Bildung einzulassen, denn

sie wird im Alltag erleb- und spürbar. Nehmen Sie sich deshalb die Zeit, immer wieder zu prüfen, wo Sie stehen und zwar bezogen auf die pflegebedürftigen Personen, die Mitarbeitenden, aber auch im Hinblick auf den Prozess der Einführung von neuem Wissen selbst. Analysieren Sie Stärken und Schwächen und bleiben Sie im Gespräch. Erinnern sie sich immer wieder an Vereinbartes und geben Sie Feedback. Wertschätzen Sie Kolleginnen, Kollegen, Klientinnen, Klienten und Bewohner:innen, die sich engagieren und sich für das Ziel einsetzen, dass man täglich Neues lernen kann und Fehler die Möglichkeit bieten, dies gemeinsam einzuüben.

- Praxisprojekte (u. a. mit Hochschulen), um neue Konzepte oder Maßnahmen einzuführen, bieten die Möglichkeit, Neues zu entdecken. Beispielsweise werden lieb gewonnene Routinen hinterfragt, es kann Neuland betreten werden oder Bestehendes zumindest infrage gestellt werden. Gleichermaßen ist der Zugriff auf externe Ressourcen möglich und kann intern für Veränderungsprozesse genutzt werden (vgl. Powell u. a. 2015).

8 Resümee

Veränderungs- und damit zusammenhängende Lernprozesse in Einrichtungen des Gesundheitswesens zu steuern, stellt eine große Herausforderung dar. Vor allem die Gefahr, nach Abschluss eines Projektes wieder in gewohnte Routinen zurückzufallen, ist allgegenwärtig. Ein gutes Lernklima zu erhalten, Motivation zu fördern und dabei der Heterogenität in den Teams gerecht zu werden, kann gelingen. Sullivan u. a. (2023) weisen ebenfalls auf eine steigende Nachfrage und den Bedarf nach effektiven, evidenzbasierten Praktiken und Versorgungsmodellen hin, die schnell und effizient in die Routineversorgung übertragen werden können. Für die stationäre Altenhilfe bzw. die gerontologische Pflege in Deutschland gilt es daher, die Zusammenarbeit von Wissenschaft und Praxis zu intensiveren (z. B. Schaffung von Lehrpflegeheimen), um bspw. Konzepte für die Pflege bettlägeriger oder ortsfixierter Menschen zu befördern und Erkenntnisse der Dissemination zu bündeln.

Der vorliegende Beitrag hat einen möglichen Weg aufgezeigt, wie diesen Herausforderungen begegnet werden kann.

Es ist wichtig, als Organisation in Bewegung – also im Lernmodus zu bleiben. Es sollte aber stets genügend Wertschätzung für Bewährtes geben und es sollten Räume geschaffen werden, die Leichtigkeit und Spaß, aber auch die Freude am gemeinsamen Lernen ermöglichen. Überforderung sollte vermieden, die nötige Zeit und Reflexionsmöglichkeiten für Veränderungen sollten gegeben werden, auch wenn dann Projektpläne neu austariert werden müssen. So kann der Arbeitsort zu einem magnetischen Ort werden, an dem man sich gerne einbringt und Ideen entwickelt, die gemeinsam umgesetzt werden, und an das Motiv der Berufswahl andocken, eine gute Pflege zu gewährleisten. So kann die Gestaltung des Lebensortes in den Mittelpunkt rücken – in einer Art und Weise, in der das Leben in den Einrichtungen, zu Hause oder in der Tagespflege gelingt und als würdevoll von allen Menschen erlebt wird. Die Partizipa-

tion der pflegebedürftigen Menschen ist daher unerlässlich, genauso wie die Einbeziehung der (verborgenen) Fähigkeiten einzelner Teammitglieder. In Bewegung bleiben, heißt nämlich auch: Wir haben gemeinsame Ziele, auf die wir uns zubewegen, und wir begeben uns auf einen gemeinsamen Lernweg.

Literatur

Berger, B., Hennings, D. & Bär, M. (2023). Halt!(-ung) bei Gewalt. *Altenheim*, 62(4), S. 26–31.

Berger, B., Kümmel, C. & Zenker, N. (2023). Dem Tag mehr Bewegung geben. *Altenheim*, *62*(4), S. 64–67.

Berger, B., Kümmel, C. & Zenker, N. (2022). Der Sturz im Kopf: „Bleiben Sie mal lieber sitzen, damit Sie nicht fallen!". In B. Berger, F. Graeb, G. Essig, P. Reiber & R. Wolke (Hg.), *Förderung und Erhaltung der Mobilität in der Pflege alter Menschen: Empfehlungen für die Praxis,* 1. Auflage, S. 266–276. Stuttgart: Kohlhammer.

Berger, B. & Tegtmeier, U. (2015). Durch interne Qualitätsentwicklung zur guten Pflege. In H. Brandenburg, H. Güther & A. Amann (Hg.), *Gerontologische Pflege*, (1. Auflage) S. 195–214. Bern: Hogrefe.

Brandenburg, H [H.] & Guether, H. (2011). Konzepte, Befunde und Hintergründe zur Messung von Lebensqualität bei Menschen mit (schwerer) Demenz [...] [Measurement of quality of life in severe dementia: concepts and results]. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Arzte des Offentlichen Gesundheitsdienstes (Germany)*, 73(12), S. 865–71; quiz 872–3. https://doi.org/10.1055/s-0031-1276924

Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A. & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation science : IS*, 4, 50. https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50.

Görres, S. (2007, 14. November). *Was ist gute Pflege? Überlegungen zur Messung der von Ergebnisqualität*. Hamburg: Hamburgische Pflegegesellschaft e. V. Verfügbar unter http://www.hpg-ev.de/download/EQS-Pflege-Goerres-Ergebnisqualitaet.pdf (Zugriff am: 12.12.2023).

Grol, R., Wensing, M., Eccles, M. & Davis, D. (2013). *Improving Patient Care: The Implementation of Change in Health Care*, 2. Auflage. Hoboken: John Wiley & Sons.

Haslinger-Baumann, E., Lang, G. & Müller, G. (2015). Einfluss und Zusammenhang von Einstellung, Verfügbarkeit und institutioneller Unterstützung auf die Anwendung von Forschungsergebnissen in der pflegerischen Praxis - Ergebnisse einer explorativen quantitativen Querschnittstudie [Influence and correlation of attitude, availability and institutional support to research implementation in nursing practice – results from an exploratory, cross-sectional quantitative study]. *Pflege*, 28(3), S. 145–155. https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000422.

Hoffmann, A.-L., Reick, S., Siegler, T. & Palm, R. (2021). Personenzentriert und zukunftsorientiert: Praxisentwicklung in der Pflege. *Die Schwester Der Pfleger*, 60(5), S. 32–36.

Höhmann, U. (2011). „Ja, die Freiheit ist vielleicht im Geist da – aber nicht in der Praxis“: Qualitätsentwicklung in der stationären Altenpflege – Akademisch ausgebildete Pflegekräfte: ein Beitrag zu Lösung. In S. Käppeli (Hg.), *Pflegewissenschaft in der Praxis: Eine kritische Reflexion*, 1. Auflage, S. 107–126. Bern: Verlag Hans Huber.

Jaeggi, R. (2009). Was ist eine (gute) Institution? In R. Forst (Hg.), *Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft: Bd. 1960. Sozialphilosophie und Kritik: Axel Honneth zum 60. Geburtstag*, 1. Auflage, Orig.-Ausg, S. 528–544. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Kontos, P. C. & Poland, B. D. (2009). Mapping new theoretical and methodological terrain for knowledge translation: contributions from critical realism and the arts. *Implementation science : IS*, 4, 1. https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-1.

Nelson-Brantley, H. V. & Chipps, E. (2023). Implementation Science for the Practice-Oriented Nurse Leader. *Nursing administration quarterly*, 47(2), S. 107–117. https://doi.org/10.1097/NAQ.0000000000000572.

Powell, B. J., Waltz, T. J., Chinman, M. J., Damschroder, L. J., Smith, J. L., Matthieu, M. M., Proctor, E. K. & Kirchner, J. E. (2015). A refined compilation of implementation strategies: results from the Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC) project. *Implementation science : IS*, 10, 21. https://doi.org/10.1186/s13012-015-0209-1.

Quasdorf, T., Hoben, M., Riesner, C., Dichter, M. N. & Margareta Halek (2013). Einflussfaktoren in Disseminations- und Implementierungsprozessen. *Pflege & Gesellschaft*, 18(3), S. 235–252.

Schmidt, G. (2017). *Liebesaffären zwischen Problem und Lösung: Hypnosystemisches Arbeiten in schwierigen Kontexten*, 7. Auflage. Heidelberg: Carl-Auer Verlag GmbH.

Sullivan, J. L., Montano, A. R. L., Hughes, J. M., Davila, H. W., O'Malley, K. A., Engle, R. L., Hawley, C. E., Shin, M. H., Smith, J. G. & Pimentel, C. B. (2023). A Citation Review of 83 Dissemination and Implementation Theories, Models, or Frameworks Utilized in U. S.-Based Aging Research. *The Gerontologist*, 63(3), S. 405–415. https://doi.org/10.1093/geront/gnac096.

Tegtmeier, U. (2011). *Merkmale der Qualität in stationären Altenpflegeeinrichtungen aus der Sicht der Heim- und Pflegedienstleitung* [Masterthesis]. Philosophisch-Theologische Vallendar: Hochschule Vallendar.

Twenhöfel, R. (2007). Die Altenpflege im Zugriff der Disziplinen. Paradoxien und Perspektiven. *Pflege & Gesellschaft*, 12(3), S. 210–226.

Vollmar, H. C., Santos, S., Jong, A. de, Meyer, G. & Wilm, S. (2017). Wie gelangt Wissen in die Versorgung? : Implementierungsforschung und Wissenszirkulation [How does knowledge reach health care practice? : Implementation research and knowledge circulation]. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 60(10), S. 1139–1146. https://doi.org/10.1007/s00103-017-2612-z.

Walgenbach, P. & Meyer, R. E. (2008). *Neoinstitutionalistische Organisationstheorie. /w*. Kohlhammer. http://bvbr.bib-bvb.de:8991/F?func=service&doc_library=BVB01&doc_number=014856954&line_number=0002&func_code=DB_RECORDS&service_type=MEDIA.

Wensing, M. & Grol, R. (2019). Knowledge translation in health: how implementation science could contribute more. *BMC medicine*, 17(1), 88. https://doi.org/10.1186/s12916-019-1322-9.

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1 Schritte 1–3 474

Abb. 2 Schritte 4–6 475

Abb. 3 Schritte 7–10 476

Autorinnen und Autoren



Bianca Berger, Dipl.-Pflegewirtin, Pflegewissenschaftlerin M. Sc., Wissenschaftliche Mitarbeiterin



Dr. phil. **Fabian Graeb**, Gesundheits- und Krankenpfleger, Pflegepädagoge B. A., Pflegewissenschaftler M. A., Wissenschaftlicher Mitarbeiter



Petra Reiber, Hebamme, Pflegepädagogin B. A., Pflegewissenschaftlerin M. A., Wissenschaftliche Mitarbeiterin

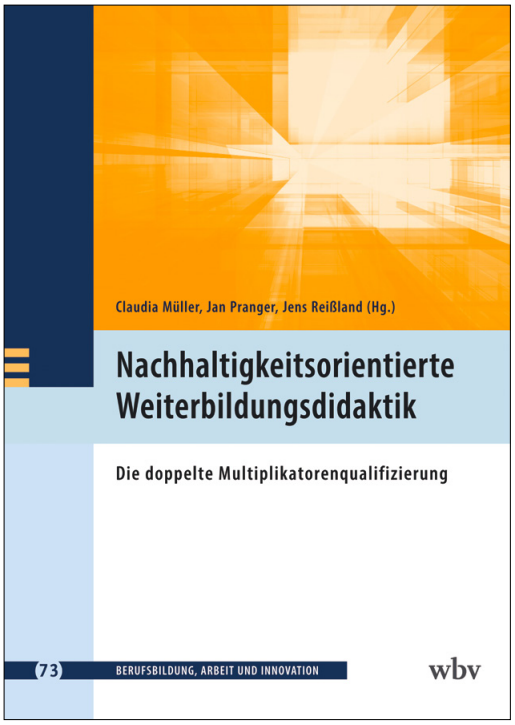


Gundula Essig, Gesundheits- und Krankenpflegerin, Dipl.-Gesundheitsökonomin, Biometrikerin M. Sc., Wissenschaftliche Mitarbeiterin



Prof. Dr. P. H. **Reinhold Wolke**, Professor für Gesundheits- und Sozialökonomie

Alle Hochschule Esslingen, Fakultät Soziale Arbeit, Bildung und Pflege
Forschungsschwerpunkte: Qualitätsentwicklung in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen, Konzeptentwicklung mit den Schwerpunkten Förderung des Mobilitäts- und Ernährungsstatus, Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomische Evaluationen für Pflege- und Gesundheitsleistungen



Berufsbildung, Arbeit und Innovation, 73
2024, 264 S., 49,90 € (D)
ISBN 978-3-7639-7394-1
E-Book im Open Access

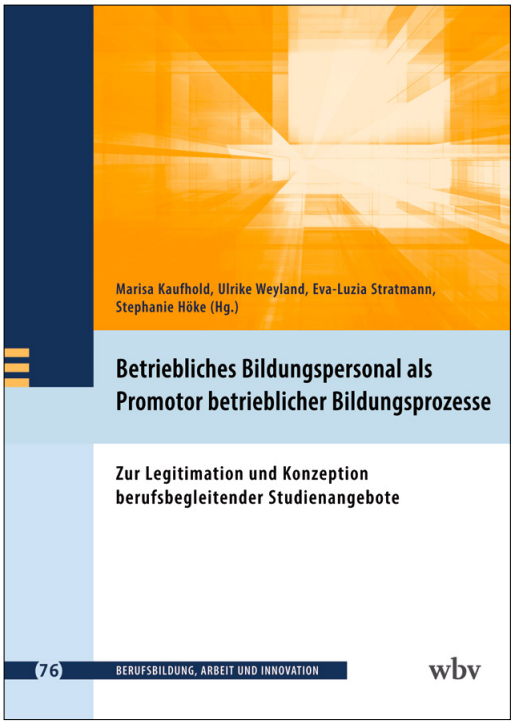
Claudia Müller, Jan Pranger, Jens Reißland (Hg.)

Nachhaltigkeitsorientierte Weiterbildungsdidaktik

Die doppelte Multiplikatorenqualifizierung

Der Sammelband basiert auf den Erkenntnissen und Ergebnissen des Projekts „TraNaxis - Transfer von Nachhaltigkeit in die berufliche Aus- und Weiterbildungspraxis", welches im Rahmen des Förderschwerpunkts „BBNE Transfer 2020-2022" aus Mitteln des BMBF durch das BIBB gefördert wurde. Ein zentrales Projektergebnis ist die doppelte Multiplikatorenqualifizierung als Ansatz einer nachhaltigkeitsorientierten Weiterbildungsdidaktik. In Teil I des Bandes erfolgt eine multiperspektivische theoretische Rahmung der Projektergebnisse im Kontext der Berufsbildungsforschung. Die Teile II, III und IV stellen die Entwicklung, Erprobung sowie die erfolgreiche Transferphase des Ansatzes dar. Teil II fokussiert das betriebliche Ausbildungs- und Weiterbildungspersonal. Eine theoretische Grundlegung für den Ansatz einer nachhaltigkeitsorientierten Weiterbildungsdidaktik erfolgt in Teil III. Der entwickelte Ansatz der doppelten Multiplikatorenqualifizierung wird in Teil IV dargestellt und reflektiert.

wbv.de/bai



Berufsbildung, Arbeit und Innovation, 76
2024, 236 S., 49,90 € (D)
ISBN 978-3-7639-7258-6
E-Book im Open Access

Marisa Kaufhold, Ulrike Weyland, Eva-Luzia Stratmann, Stephanie Höke (Hg.)

Betriebliches Bildungspersonal als Promotor beruflicher Bildungsprozesse

Zur Legitimation und Konzeption berufsbegleitender Studienangebote

Dem betrieblichen Bildungspersonal kommt als Promotor betrieblicher Bildung eine bedeutsame Rolle bei der Gestaltung betrieblicher Bildungsprozesse im Rahmen von Aus-, Fort- und Weiterbildung zu. In dem Herausgeberband werden Veränderungen betrieblicher Bildungsarbeit beleuchtet und eine Standortbestimmung des betrieblichen Bildungspersonals vorgenommen, insbesondere mit einer domänenspezifischen Perspektive auf den Gesundheitsbereich.

Dabei wird die Frage nach einer angemessenen Qualifizierung betrieblichen Bildungspersonals in den Fokus gesetzt. Hierzu werden theoretische Bezüge und empirische Befunde aus dem BMBF-Projekt HumanTec (Förderlinie „Aufstieg durch Bildung: offene Hochschulen“) vorgestellt, die den Ausgangspunkt für die Entwicklung berufsbegleitender Studienangebote bilden. Es werden sowohl Erkenntnisse aus der Entwicklung und Erprobung der Studienangebote als auch die entstandenen Studienangebote hinsichtlich ihrer inhaltlichen, strukturellen und organisatorischen Gestaltung vorgestellt.

wbv.de/bai



Teilhabe an Beruf und Arbeit – Interdisziplinäre Forschungsbeiträge zu Benachteiligungen und Behinderungen, 5
2023, 256 S., 44,90 € (D)
ISBN 978-3-7639-7276-0
E-Book im Open Access

Sophie C. Holtmann

Belastungsdiagnostik bei Jugendlichen

Prävention von Ausbildungsabbrüchen und Belastungsfolgen

Ziel der Dissertation ist die Entwicklung und Auswertung eines Fragebogens, der die Diagnostik von psychischen Belastungen bei Jugendlichen in der Ausbildung erleichtert. Damit sollen Belastungen frühzeitig erkannt sowie biografische Brüche und dauerhaftes Belastungserleben verhindert werden. Der Selbstbeurteilungsfragebogen ist für den pädagogischen Kontext konzipiert und spezifisch auf Auszubildende und Ausbildungssituationen zugeschnitten. Zunächst werden die theoretischen Grundlagen zur Unterscheidung von psychischen Belastungen und Störungen erläutert, gefolgt von Befunden zu Heranwachsenden sowie zur Struktur der beruflichen Bildung. Nach der differenzierten Betrachtung diagnostischer Testverfahren stellt die Autorin empirische Ergebnisse aus dem Pretest und der Fragebogenstudie vor, die zur Evaluation des Modells konzipiert wurde. Die Ergebnisse der Befragung von 712 Berufsschüler:innen in Unterfranken ermöglichen eine Normierung des Fragebogens. Die Studie ist sowohl für Forschende in Psychologie und Sonderpädagogik als auch in der Berufsbildung interessant.

wbv.de/bwp

Der vorliegende Sammelband stellt aktuelle empirische Forschungsprojekte zur beruflichen Bildung in der Pflege vor, die unterschiedliche Aspekte der Professionalisierung im Kontext von Fachkräftesicherung und Versorgungsqualität thematisieren.

Als Stellschraube für die Reform des Berufsfelds Pflege erlebt die berufliche Bildung dieser Domäne derzeit eine Aufwertung und die Ausbildungsreform im Zuge der Umsetzung des Pflegeberufegesetzes ist auch Ausdruck zunehmender Professionalisierung. Zudem hat berufliche Bildung eine zentrale Bedeutung für gesellschaftliche Teilhabe und individuelle Entwicklungsmöglichkeiten. Vor diesem Hintergrund präsentiert der Sammelband Forschungsbefunde entlang der berufsbiographischen Entwicklung von der Berufsorientierung bis hin zur Fort- und Weiterbildung.

Die Reihe **Berufsbildung, Arbeit und Innovation** bietet ein Forum für die grundlagen- und anwendungsorientierte Berufsbildungsforschung. Sie leistet einen Beitrag für den wissenschaftlichen Diskurs über Innovationspotenziale der beruflichen Bildung.

Die Reihe wird herausgegeben von Prof.in Marianne Friese (Justus-Liebig-Universität Gießen), Prof. Klaus Jenewein (Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg), Prof.in Susan Seeber (Georg-August-Universität Göttingen) und Prof. Lars Windelband (Karlsruher Institut für Technologie).

Die Herausgebenden des Bandes sind:

Karin Reiber, Prof.in Dr.in habil., Professur für Erziehungswissenschaft mit den Schwerpunkten Berufspädagogik und berufliche Didaktik/Fachrichtung Pflege an der Hochschule Esslingen.

Jutta Mohr, Prof.in Dr.in, Professur für Pflegewissenschaft an der Hochschule Esslingen.

Michaela Evans-Borchers, Diplom-Sozialwissenschaftlerin, Direktorin am Institut Arbeit und Technik (IAT) der Westfälischen Hochschule.

Miriam Peters, Prof.in Dr.in, Professur für klinische Pflege an der Frankfurt University of Applied Sciences.

ISBN: 978-3-7639-7392-7

wbv

wbv.de/bai