



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Erworbene Kompetenzen in der Gesundheits- und
Krankenpflegeausbildung im Kontext ihrer Anwendbarkeit im
Berufsalltag bei Berufseinsteigerinnen und Berufseinsteigern

Verfasserin

Elisabeth Wiesinger

angestrebter akademischer Grad

Magistra (Mag.)

Wien, im März 2013

Studienkennzahl lt.
Studienblatt:

A 057/122

Studienrichtung lt.
Studienblatt:

Individuelles Diplomstudium Pflegewissenschaft

Betreuerin:

FH-Prof. Mag. Dr. Roswitha Engel

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst habe. Es wurden nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet. Diese Arbeit wurde anderweitig noch nicht als Arbeit eingereicht.

Baden, März 2013

Elisabeth Wiesinger

Danksagungen

An den Beginn meiner Ausführungen möchte ich Worte des Dankes stellen.

Ganz besonderen Dank an meinen Ehemann Gerhard Wiesinger.

Ihm ist diese Arbeit gewidmet.

Danken möchte ich meiner ehemaligen Schülerin und späteren Arbeitskollegin Mag. Brigitte Harrer, die mir besonders in der Endphase meiner Arbeit beim Korrekturlesen behilflich war.

Einen ganz besonderen Dank auch an meinen Nachbar und Freund dipl. Ing. Franz Kaiser, der mich während meiner gesamten Studienzeit bei Computerproblemen unterstützte und mir auch bei der Formatierung der Diplomarbeit geholfen hat.

Danken möchte ich auch meinen Kolleginnen und Kollegen die die es akzeptiert haben, dass ich meine Wochenstundenarbeitszeit für längere Zeit reduziert habe um dieses Studium abzuschließen.

Dank gilt auch meiner ehemaligen Vorgesetzten, Frau Direktorin Anna Danzinger, die mir durch Arbeitszeitreduzierung und flexible berufliche Strukturen, die Möglichkeit des Studierens parallel zu meiner Berufstätigkeit als Lehrerin für Gesundheits- und Krankenpflege, einräumte. Danken möchte ich auch meinen ehemaligen Schülerinnen und Schülern die mich stets durch positives Feedback in meiner Profession bestärkt haben und auch bereit waren mir Interviews für diese Arbeit zu geben.

Einen ganz besonderen Dank an meine Betreuerin Frau Prof. Dr. Roswitha Engel, die in der Endphase meiner Arbeit Ruhe bewahrt hat und mich so sicher zu meinem Abschluss geführt hat.

Baden, im März 2013

Elisabeth Wiesinger

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
BGBL	Bundesgesetzblatt
bzw.	beziehungsweise
DBfK	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe
ect.	et cetera (und so weiter)
et. al	et alii (und andere)
FH	Fachhochschule
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
IMC	Internationales Management Center FH Krems
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
ÖGKV	Österreichische Gesundheits- und Krankenpflegeverband
PMU	Paracelsus Medizinische Privatuniversität
S.	Seite
SBK	Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner
u.a.	unter anderem
UMIT	Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik
vgl.	vergleiche
WHO	World Health Organization
z.B.	zum Beispiel

Inhaltsverzeichnis

0	EINLEITUNG.....	1
1	DAS BERUFS- UND KOMPETENZFELD DER GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGE.....	4
1.1	BERUF	4
1.2	DEFINITION PROFESSIONELLER PFLEGE	5
1.3	PFLEGE ALS BERUF	6
1.4	KOMPETENZ	8
1.5	NACHFRAGE NACH KOMPETENZ.....	9
1.6	HERSTELLUNG VON KOMPETENZ	9
1.7	EXPERTISE	10
1.8	KOMPETENZFORSCHUNG IM BERUFSFELD PFLEGE.....	11
2	ZUM BEGRIFF KOMPETENZ.....	13
2.1	KOMPETENZ ALS BEGRIFF IN DEN SOZIAL UND VERHALTENSWISSENSCHAFTEN..	13
2.2	WEITERE DEFINITIONEN DES BEGRIFFS KOMPETENZ.....	15
3	AKTUELLE BERUFSENTWICKLUNG DER PFLEGE IN ÖSTERREICH.....	20
3.1	AUSZÜGE AUS DEM GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGEGESETZ GuKG1997.	21
3.1.1	<i>Berufsbild des gehobenen Dienstes der Gesundheits- und Krankenpflege</i>	<i>21</i>
3.1.2	<i>Eigenverantwortlicher Tätigkeitsbereich</i>	<i>22</i>
3.1.3	<i>Mitverantwortlicher Tätigkeitsbereich</i>	<i>23</i>
3.1.4	<i>Interdisziplinärer Tätigkeitsbereich</i>	<i>24</i>
3.2	AUSBILDUNG ZUM GEHOBENEN DIENST DER GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGE IN ÖSTERREICH.....	24
3.2.1	<i>Die Ansiedlung der grundständigen Ausbildung zum gehobenen Dienst im tertiären Bereich</i>	<i>28</i>
3.2.2	<i>Die geplanten Kompetenzstufen im Aus- und Weiterbildungssystem</i>	<i>30</i>
3.2.3	<i>Die Rolle der Pflegewissenschaft als Bezugsdisziplin in der Veränderung der Ausbildung</i>	<i>32</i>
3.2.4	<i>Studium an der Universität</i>	<i>34</i>
3.2.5	<i>Studium an der Fachhochschule</i>	<i>36</i>
3.2.6	<i>Kompetenz und Ausbildung.....</i>	<i>37</i>
4	ZUM BEGRIFF PFLEGEKOMPETENZ.....	41
4.1	PFLEGEKOMPETENZ NACH CHRISTA OLBRICH.....	41
4.1.1	<i>Fähigkeiten.....</i>	<i>42</i>
4.1.2	<i>Kompetenz</i>	<i>42</i>
4.1.3	<i>Dimensionen des pflegerischen Handelns</i>	<i>43</i>
4.1.3.1	<i>Regelgeleitetes Handeln.....</i>	<i>43</i>
4.1.3.2	<i>Situativ-beurteilendes Handeln</i>	<i>44</i>

4.1.3.3	<i>Reflektiertes Handeln</i>	46
4.1.3.4	<i>Aktiv-ethisches Handeln</i>	48
4.2	PFLEGEKOMPETENZ NACH PATRICIA BENNER	52
4.2.1	<i>Kompetenzstufen nach Benner</i>	52
4.2.2	<i>Bereiche der Pflegepraxis</i>	55
4.3	GESELLSCHAFTLICHER WANDEL – NEUE KOMPETENZEN IN DER PFLEGE.....	61
4.4	AMBIGUITÄTSTOLERANZ.....	68
5	EMPIRISCHER TEIL	73
5.1	QUALITATIVER FORSCHUNGSANSATZ	73
5.1.1	<i>Gütekriterien qualitativer Forschung</i>	73
5.2	DATENERHEBUNG ANHAND QUALITATIVER INTERVIEWS.....	75
5.3	BESCHREIBUNG DES FELDZUGANGES	76
5.4	BESTIMMUNG DER STICHPROBE	76
5.4.1	<i>Ethische Überlegungen</i>	77
5.5	DATENANALYSE UND DATENAUSWERTUNG NACH PHILIPP MAYRING.....	77
6	DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE	83
6.1	ERSTE ERFAHRUNGEN BEIM BERUFSEINSTIEG	85
6.1.1	<i>Überforderung beim Berufseinstieg</i>	86
6.1.2	<i>Überforderung im mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich</i>	89
6.2	DUALE AUSBILDUNG AUS SICHT DER BERUFSEINSTEIGERINNEN UND BERUFSEINSTEIGER	94
6.2.1	<i>Existentielle theoretische Ausbildungsinhalte für den Berufseinstieg</i>	95
6.2.2	<i>Weniger wichtige theoretische Ausbildungsinhalte für den Berufseinstieg</i>	100
6.2.3	<i>Ambivalente Aussagen zu Unterrichtsfächern der theoretischen Ausbildung</i>	101
6.2.4	<i>Praktische Ausbildung</i>	102
6.3	KOMPETENZEN	106
6.3.1	<i>Kompetenzzuschreibungen an diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen</i>	108
6.3.2	<i>Selbsteinschätzung der durch die Ausbildung erworbenen Kompetenzen</i>	111
7	ZUSAMMENFASSUNG	114
8	DISKUSSION	116
8.1	LIMITATION DER STUDIE.....	121
8.2	AUSBLICK	122
9	LITERATURVERZEICHNIS:	123

10	TABELLENVERZEICHNIS.....	130
11	ANHANG	131

0 Einleitung

Fragen, welche Ausbildungsziele/Kompetenzen die Gesundheits- und Krankenpflegepersonen in unserer wachsenden „Welt der Krankenpflege“ brauchen, werden immer aktueller.

Das Thema der Pflegeausbildung/Pflegekompetenz ist im Moment sehr gegenwärtig. Wahrscheinlich deshalb, weil Pflege ein Teil der Gesellschaft ist und sich den Herausforderungen der Zukunft stellen muss. Der demographische Wandel, die Zunahme chronischer Erkrankungen sowie die Multimorbidität und damit verbundenen komplexen Pflegesituationen erhöhen nicht nur den Pflegebedarf.

Diese Prognosen fordern auch eine Neuausrichtung der Pflege und der Pflegeausbildung, um auch zukünftig für die Allgemeinheit kompetente Pflege und Betreuung sicherstellen zu können (vgl. Olbrich, 2010, S. 11-12, vgl. Petek, 2011, S. 15).

Direkt in der beruflichen Praxis erleben Pflegekräfte sehr oft praktische Situationen, mit deren Problemlösung sie in ihrer Ausbildung nicht oder nur am Rande konfrontiert wurden. Möglicherweise ist es nicht ausreichend, theoretische schulische Bildung zu erlangen. Problemsituationen in der praktischen Ausübung des Berufes im Sinne einer guten Pflegequalität zu beherrschen setzen eine erfahrene und umfangreiche Berufserfahrung und Kompetenzen zur Problemlösung voraus.

Expertinnenwissen und Expertenwissen (praktische Kompetenz) bildet sich erst, wenn zum theoretischen Wissen viel praktische Erfahrung im Pflegeberuf gemacht wird. Es braucht viel Zeit um dieses Wissen (Know - how) zu erwerben (vgl. Benner, 1994, 26-27).

Zielsetzung und Hauptfragen

Ziele dieser Arbeit sind die in der grundständigen Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung erworbenen Kompetenzen von Berufseinsteigerinnen und Berufseinsteigern hinsichtlich der Bewältigung des Berufsalltages zu überprüfen.

Die Fragestellungen lauten:

> Was sind Kompetenzen sowie Pflegekompetenzen und wie können Pflegekompetenzen beschrieben werden?

>Welche Erfahrungen haben Berufsanfängerinnen und Berufsanfänger beim Einstieg in den Berufsalltag gemacht?

>Welche Überforderungen / Unterforderungen haben sie erlebt?

>Welche Ausbildungsinhalte / Kompetenzen waren für den Berufseinstieg hilfreich?

Welche Ausbildungsinhalte / Kompetenzen waren für den Berufseinstieg wenig hilfreich?

Welche Ausbildungsinhalte / Kompetenzen fehlen den Berufsanfängerinnen und Berufsanfängern?

Gibt es Übereinstimmungen bei den Berufsanfängerinnen und Berufsanfängern?

Die Motivation zur Evaluierung der Ausbildungsinhalte/Kompetenzen ergibt sich aus meiner langen Tätigkeit als Lehrerin für Gesundheits- und Krankenpflege an der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflegeschule am AKH Wien. Seit Beginn meine Tätigkeit an dieser Schule unterrichte ich Gesundheits- und Krankenpflege in allen drei Ausbildungsjahren. Weiters bin ich regelmäßig im angeleiteten Praktikum und betreue Schülerinnen und Schüler während der ihrer praktischen Ausbildung. Die Problematik zwischen theoretischer Ausbildung und praktischer Anwendung der theoretischen Ausbildungsinhalte ist immer wieder Thema. Nicht nur bei den Auszubildenden sondern auch bei den Praktikerinnen und Praktiker z.B. Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter etc.

Prinzipiell besteht die Annahme, dass Ausbildungsprogramme in der Praxis überprüft werden sollten. Die Erkenntnisse aus dieser Arbeit könnten daher bei einer Überarbeitung der Ausbildungsinhalte von Bedeutung sein und mithelfen Unterrichtsinhalte neu zu überdenken.

1 Das Berufs- und Kompetenzfeld der Gesundheits- und Krankenpflege

Wenn von Beruf gesprochen wird scheint es klar zu sein, was darunter verstanden wird, beleuchtet man den Begriff näher, erweist er sich als vielschichtig.

1.1 Beruf

Die vielen Dimensionen, die das Phänomen „Beruf“ prägen, verhindern eine knappe und einschlägige Beschreibung.

Berufszugehörigkeit lässt sich nicht nur auf die Erwerbsarbeit und Berufsbildung reduzieren, sondern sie ist in der Lage, viele gesellschaftliche Strukturen abzubilden und den Platz des Menschen in der Gesellschaft zu bestimmen.

Aus der Fülle von Berufsdimensionen werden nach DOSTAL (2010) ausgewählte Beispiele angeführt (Dostal, 2005, S. 105 – 106):

- Aufgaben und Tätigkeit,
- Erforderliche **Qualifikationen**, Erfahrungen und **Kompetenzen**,
- Genutzte Arbeitsverfahren und –techniken,
- Relevante Arbeitsmittel,
- Werkstoffe, Materialien und Produkte, die die Berufsausübung beeinflussen,
- Betrieblicher Einsatzbereich,
- Arbeitsort und –milieu,
- Wirtschaftsbereich und Branche,
- Hierarchische Stellung im Betrieb,
- Stellung im Beruf,
- Mobilitätsstrukturen bei Einstieg und Ausstieg

Wird vom Beruf der Pflege gesprochen, bedarf es zunächst der Begriffsklärung, was unter beruflicher, auch professionelle Pflege genannt, zu verstehen ist.

1.2 Definition professioneller Pflege

Im Folgenden eine Definition der Pflege des International Council of Nurses (ICN) in der deutschen Übersetzung, die vom deutschen (DBfK), (ÖGKV) und schweizerischen (SBK) Berufsverband konsentiert wurde.

„Pflege umfasst die eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung, allein oder in Kooperation mit anderen Berufsangehörigen, von Menschen aller Altersgruppen, von Familien oder Lebensgemeinschaften, sowie von Gruppen und sozialen Gemeinschaften, ob krank oder gesund, in allen Lebenssituationen (Settings). Pflege schließt die Förderung der Gesundheit, Verhütung von Krankheiten und die Versorgung und Betreuung kranker, behinderter und sterbender Menschen ein. Weitere Schlüsselaufgaben der Pflege sind Wahrnehmung der Interessen und Bedürfnisse (Advocacy), Förderung einer sicheren Umgebung, Forschung, Mitwirkung in der Gestaltung der Gesundheitspolitik sowie im Management des Gesundheitswesens und in der Bildung.

Pflege meint hier professionelle Pflege durch eine/n Altenpfleger/in, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in oder Gesundheits- und Krankenpfleger/in (D) bzw. Diplomierte/n Gesundheits- und Krankenschwestern/-pfleger, Diplomierte/n psychiatrische Gesundheits- und Krankenschwestern/-pfleger und Diplomierte/n Kinderkrankenschwester/-pfleger (A) bzw. diplomierte/n Pflegefachfrauen, (CH)“
(www.icn.ch/definition.htm 09. 08. 2012).

Der Begriff der professionellen Pflege beinhaltet demnach soziale, interdisziplinäre, und gesundheitsfördernde sowie gesundheitspolitische Aspekte in der Betreuung aller Menschengruppen inklusive der genauen Bezeichnung der einzelnen in der Pflege tätigen Berufsgruppen.

Die Definition der professionellen Pflege formuliert von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) lautet etwas anders:

„Krankenpflege bedeutet, dem Menschen, ob gesund oder krank, bei der Durchführung von Handreichungen beizustehen, die zur Gesundheit oder Genesung oder zu einem friedlichen Tod beitragen; Handreichungen, die dieser Mensch selbst vornehmen würde, wenn er über die nötige Kraft, den nötigen Willen oder das nötige Wissen verfügte. Diese Hilfeleistung hat in der Weise zu geschehen, dass der Kranke so rasch wie möglich seine Unabhängigkeit wieder erlangt. Das ist der

Bereich krankenpflegerischer Tätigkeit, der der alleinigen Kontrolle des Krankenpflegepersonals unterliegt und in dem es sein eigener Meister ist" (Wied, 2012, S. 626).

Auch wenn der Wortlaut der WHO Definition allgemeiner gehalten scheint als jener in der Definition der Berufsverbände betont die WHO klar die Eigenständigkeit und Eigenverantwortlichkeit der Krankenpflege als Profession.

Pflege als Beruf ist ein Phänomen unserer Gesellschaft. Es ist jedoch notwendig, das Berufsfeld professioneller Pflege näher zu betrachten, um ein Verständnis dafür zu entwickeln, was unter Kompetenz im Pflegeberuf verstanden werden kann.

1.3 Pflege als Beruf

Das Berufsfeld der Pflege bietet größtenteils personenbezogene Dienstleistungen an und ist damit auf Personen gerichtet, die diese Leistungen konsumieren.

In diesem Berufsfeld wird Arbeit von Menschen an Menschen geleistet und zwar sowohl in der Face-to-Face- als auch in der Body-to-Body Situation. Diese spezifische, interdisziplinäre Ausrichtung schlägt sich in der berufswissenschaftlichen Forschung ebenso nieder wie die zum Teil nur zögerliche Professionalisierung in diesem Berufsfeld.

Die Berufsentwicklung in Berufsfeld Pflege ist abhängig vom wissenschaftlichen und technischen Fortschritt in der Medizin und deren Bezugswissenschaften, der Veränderung gesundheitlicher und sozialer Lebenslagen sowie gesundheitspolitischen ökonomischen Rahmenbedingungen.

Dem Berufsfeld der Pflege lässt sich heute ein breites Wirkungsspektrum an Arbeitsgebieten zuordnen, das sehr unterschiedliche Tätigkeitsprofile umfasst wie z.B. etwa das Arbeitsgebiet der Altenpflegerin und des Altenpflegers oder das Arbeitsgebiet der Pflege im Operationsbereich (vgl. Darmann&Keuchel, 2005, S. 175).

Qualität, Effizienz und Effektivität der Dienstleistung Pflege wird von vielen Faktoren bestimmt. Nicht nur das Ergebnis der Ausbildung sondern der bedarfsgerechte Einsatz der Berufsgruppen in der Pflegepraxis bestimmt Pflege als Profession

sondern auch das berufsethische Verhalten der Pflegepersonen, Stellenpläne und andere Rahmenbedingungen. Um die zukünftigen Aufgaben der Pflege in einer von demographischen Wandel bestimmten Gesellschaft gerecht werden zu können fordert die GOEG (Gesundheit Österreich GmbH) einen Paradigmenwechsel:

Weg von der Tätigkeitsorientierung hin zur Kompetenzorientierung um mehr Differenzierung im Personaleinsatz zu erreichen (www.goeg.at/cxdata/media/download/reformansaetze_pflegerberufslandschaft.pdf, 12. 02. 2013).

Sahmel (2011) sieht unter den wichtigsten Handlungsfeldern des sich wandelnden Feldes Pflege die Aufgaben der Pflegenden in der Unterstützung und Pflege alter Menschen. Der Beratung und Unterstützung Pflegebedürftiger und ihrer Bezugspersonen. Sowie Hilfe bei Behinderung und Verwirrtheit. Die Begleitung Sterbender und das vernetzte Arbeiten mit Professionellen und Laien werden ebenso vermehrt unter das Aufgabengebiet der Pflege fallen. Angesichts dessen ortet Sahmel (2011) eine notwendige Akzentverschiebung auch in der Pflegeausbildung (www.paritaet-alsopfleg.de/index.php?option=com...16..., 12. 02. 2013).

„Die neuen Trends im Gesundheitswesen – die bestimmt sind durch Technisierung und Ökonomisierung, verbunden mit dem Wunsch nach mehr menschlicher Zuwendung – sind große Herausforderungen und bedingen eine professionelle Pflegepraxis die verstärkt auf wissenschaftliche Erkenntnisse gestützt ist“ (Mayer, 2007, S. 8)

Wenn Pflege sich von Nichtprofessioneller oder Laienpflege unterscheiden möchte darf sie nicht mehr einfach beliebig angeboten, sondern muss empirisches Wissen als wichtiger Bestandteil des Pflegewissens in die professionelle Pflege einfließen.

Empirisches Wissen (vgl. Mayer, 2007, S. 8).

„ermöglicht professionelles Handeln, das nun rein intuitives oder erfahrungsbezogenes Tun ablösen kann, und stellt es auf eine andere Basis“ (Mayer, 2007, S. 8).

Anmerkung der Verfasserin: Die Veränderungen in der Pflegelandschaft bringen neue Herausforderungen für die Praxis und die Ausbildung. Pflegewissenschaft

unterstützt Praxis und theoretische Ausbildung indem sie evidenzbasiertes Wissen bereitstellt.

Pflegerisches evidenzbasiertes Wissen kann und muss, weil wissenschaftlich begründet, politische und ökonomische Einfluss auf das Gesundheitswesen nehmen.

Nach den Begriffsklärungen von Beruf und professioneller Pflege sowie den Charakteristika des Berufsfeldes „Pflege“ wird im folgenden Abschnitt der Begriff der Kompetenz näher beleuchtet, vor allem dahingehend, was er im Berufsfeld professioneller Pflege bedeuten könnte.

1.4 Kompetenz

In der Literatur gibt es eine Vielfalt von Definitionen zur Kompetenz (siehe auch Kapitel 3). Zum Anfang wird eine Definition vorgestellt, die vor allem für den berufspädagogischen Bereich große Verbreitung hat, die Definition der Handlungskompetenz durch die deutsche Kultusministerkonferenz (KMK): „(Die Handlungskompetenz) wird hier verstanden als die „Bereitschaft“(siehe unten) und Fähigkeit des einzelnen, sich in beruflichen, gesellschaftlichen und privaten Situationen sachgerecht durchdacht sowie individuell und sozial verantwortlich zu verhalten. Handlungskompetenz entfaltet sich nach RÖBEN (2005) in folgenden Dimensionen

- Fachkompetenz
- Personalkompetenz und
- Sozialkompetenz“

Mit „Bereitschaft“ ist die Einstellung (Motivation) des Individuums gemeint, sich den beruflichen Herausforderungen zu stellen statt ihnen auszuweichen oder zu verweigern.

Bergman u.a. (2000) beschreiben Kompetenz wie folgt: *„Kompetenz bezeichnet die Motivation und Befähigung einer Person zur selbständigen Weiterentwicklung von Wissen und Können auf einem Gebiet, so dass dabei eine hohe Niveaustufe erreicht wird, die mit Expertise charakterisiert werden kann“* (Röben, 2005, S. 247).

Von Expertise spricht man, wenn das Resultat einer Kompetenzentwicklung erfolgreich war. (vgl. Röben, 2005, S. 247)

1.5 Nachfrage nach Kompetenz

Innerhalb von modernen Organisationen werden von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern nicht nur Fachwissen und Handlungsfähigkeit erwartet, sondern auch eine Partizipation an der Organisationsentwicklung verlangt. Kompetenz meint nicht das Haben eines formellen Abschlusses, sondern das aktive selbstständige Handeln beruflicher Fachkräfte in Organisationen. Die früher bei beruflichen Fachkräften übliche Vorstellung, dass mit dem Erwerb eines Abschlusses der Lernprozess vorbei ist, wird inzwischen von Organisationen und Unternehmen vehement zurückgewiesen (vgl. Röben, 2005, S. 247 - 248). In modernen Unternehmen wird die Kompetenzentwicklung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter regelmäßig z.B. in Form von Mitarbeiterinnengesprächen und Mitarbeitergesprächen evaluiert. Eine wichtige Voraussetzung für die Entwicklung von Kompetenz ist der Wille des Individuums sich mit ihren beruflichen Problemen, Verfahren etc. permanent auseinanderzusetzen.

Diese Entwicklung kann durch moralische Unterstützung des Individuums durch die Organisation initiiert werden (vgl. Röben, 2005, S. 248 – 249). Ob eine Person Kompetenz entwickelt hat, lässt sich nicht durch Abfragen erfassen sondern nur durch genaue Beobachtung der Person in nicht bekannten Arbeitssituationen (vgl. Röben, 2005, S. 248 – 249).

1.6 Herstellung von Kompetenz

Die fundamentale Voraussetzung bei dem Individuum zur Kompetenzentwicklung ist die Selbstständigkeit. Diese Eigenschaft kann nicht fremdbestimmt verordnet werden sondern es muss bei der Person eine freiwillige Bereitschaft zur Selbstständigkeit vorhanden sein. Das heißt, dass alle Maßnahmen zur Kompetenzentwicklung auf die Selbstständigkeit des Individuums setzen müssen, wenn sie Erfolg haben wollen. Die Person sollte daher alle kompetenzfördernden Maßnahmen als eine erleben, die in

ihrem eigenen Interesse liegt. Dazu bedarf es der Klärung des Kompetenzbegriffes. Es scheint, dass niemand genau weiß, was Kompetenzen eigentlich sind, was in der berufspädagogischen Landschaft zum Problem wird: Ohne eine begrifflich deutliche Fassung von Kompetenz droht der Begriff ähnlich dem Begriff der Schlüsselqualifikationen zu einer Worthölse zu verkommen (vgl. Röben, 2005, S. 249 – 250). Selbst wenn es scheint, dass Unklarheiten darüber bestehen, was unter Kompetenz zu verstehen ist, gibt es Pflegepersonen, denen von anderen eindeutig Kompetenz zugeschrieben wird, nämlich die Expertinnen und Experten in der Pflege.

1.7 Expertise

Wie sich die Kompetenz bei Expertinnen und Experten entwickelt soll im Folgenden näher betrachtet werden. Bei der Analyse eines Experten konzentriert sich die Untersuchung auf die Struktur seines Könnens und Wahrnehmens, der Bereitschaft zur Anwendung seiner Fähigkeiten. Das Bestreben stets weiter zu lernen ist eine Bedingung zur Entwicklung einer Expertise.

In Anlehnung an Benner (2012) hat ein Experte im Gegensatz zu einem Novizen ein Wissen, das sich durch eine spezifische Qualität auszeichnet.

In der Psychologie wird unter dem Erwerb von Kompetenz verstanden, dass deklaratives Wissen in prozeduales Wissen umgewandelt wird. Dieser Vorgang lässt sich an Hand von Untersuchungen aus der Medizin illustrieren:

Im Studium erwirbt eine Studentin oder ein Student deklaratives Wissen über verschiedene Untersuchungsmethoden. Später, als Ärztin oder Arzt wird das Wissen durch Erfahrung beim Diagnostizieren in der klinischen Praxis qualitativ verändert. Aus dem deklarativen biomedizinischen Wissen wird eine spezifische Form prozeduralisierten Wissens (sog. „illness scripts“). Dieses neue Wissen ermöglicht der Ärztin dem Arzt ohne Vergegenwärtigung universitären biomedizinischen Wissens, schnell Diagnosen zu stellen. Das heißt, Wissen aus Erfahrung verändert deklaratives Wissen.

Erfahrungsbasiertes Lernen führt zu einer Kompetenzentwicklung die nach einem Schema abläuft:

Vorerst wird biomedizinisches Wissen angesammelt (z.B. Krankheiten und ihre Folgen). Durch Erfahrung wird dieses Wissen mit konkreten Fällen identifiziert und sog. „illness scripts“ werden hergestellt. Mit dem Kompetenzaufbau versickert das deklarative Wissen nicht, sondern gerät nur aus dem Fokus. Je mehr Erfahrung die Ärztin der Arzt hat, desto weniger spielt deklaratives Wissen bei der Diagnose eine Rolle. Die Medizinerin oder der Mediziner entwickelt fallbezogene Schemata in denen Erfahrung und biomedizinisches Wissen integriert sind. Das biomedizinische Wissen wird nicht überflüssig, sondern nur dann aktualisiert, wenn die Anwendung eines Schemas zu keinem ausreichenden Resultat führt. Expertinnen und Experten zeichnen sich auch durch ihre kritische Haltung zu ihren eigenen Urteilen aus. Leider gibt es bisher nur wenige Studien berufswissenschaftlicher Forschung, in denen das Verhältnis zwischen Wissenschaftswissen und praktischem Wissen explizit zum Gegenstand gemacht wurde. Expertinnen und Experten entwickeln auch Fähigkeiten, die ihnen auf Gebieten, auf denen sie sich zunächst einmal nicht im Kernbereich ihrer Expertise befinden, zu einem gegenüber von Novizen überlegenen Verhalten verhelfen. Es gibt Untersuchungen die zeigen, dass Expertinnen und Experten, Probleme die nicht aus ihren eigenen Kernbereichen stammen zwar nicht sofort lösen können, aber dennoch zu überlegenen Lösungen kommen, weil sie das Problem besser analysieren und ihre Handlungen genauer vorbereiten (vgl. Röben, 2005, S. 251 – 254).

Anmerkung der Verfasserin: Prinzipiell kann davon ausgegangen werden, dass komplexe pflegerische Phänomene in ähnlicher Art und Weise von diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen intellektuell erfasst und entsprechende Handlungen aus der Schlussfolgerung heraus gesetzt werden.

1.8 Kompetenzforschung im Berufsfeld Pflege

Heute kann im Berufsfeld Pflege eine Qualifikationsforschung nachgewiesen werden. In erster Linie geht es bei den Forschungen um den pflegerischen Arbeitsprozess oder Beziehungsprozess. Es werden die Berührungs- und Beziehungskompetenzen der Pflegenden als pflegeberufliche Kernkompetenzen in den Mittelpunkt gestellt.

Fokussiert werden dabei insbesondere die durch die Pflegenden gewonnen Bedeutungszuschreibungen und situativen Urteile.

Eine der prominentesten Studien in diesem Feld ist die der US-amerikanischen Pflegeforscherin Benner. Ihre Arbeit verdeutlicht die spezifischen Kompetenzanforderungen des Gesundheits- und Krankenpflegeberufes und vermittelt in exemplarischer Weise die interdisziplinär angelegten Erkenntniswege der Pflegewissenschaft (Darmann & Keuchel, 2005, S. 177)

Zusammenfassend ist für die Pflege als Profession festzustellen, dass sie sich in einem hohen eigenverantwortlichen Bereich findet, und in einem Berufsfeld, das mannigfaltigen Einflüssen unterliegt.

Es gibt im Handeln der Pflegenden Phänomene, die als Kompetenzen beschrieben werden, wobei der Begriff der Kompetenz schwammig bleibt (Anmerkung der Verfasserin).

Das folgende Kapitel versucht den Begriff Kompetenz näher zu erläutern.

2 Zum Begriff Kompetenz

Die Herkunft des Wortes Kompetenz geht auf das Lateinische „competentia“ zurück, was mit zustehen oder zukommen übersetzt werden kann, das Adjektiv „competens“ wird mit befugt, rechtmäßig oder zuständig belegt. Kompetenz bezog sich bis ins Mittelalter demnach nur auf rechtlich Erworbenes oder Berechtigungen, ab dem 13. Jahrhundert auch auf die jemanden zustehenden Einkünfte (vgl. Erpenbeck & Rosenstiel, 2007, S. 16).

Ab dem 18. Jahrhundert werden der Begriff competentia und und Kompetenz mit der heutigen Wortbedeutung belegt, sie beschreiben die Ausdifferenzierung der modernen, arbeitsteiligen Gesellschaftsordnung. (vgl. Erpenbeck & Rosenstiel, 2007, S. 16).

Der Begriff Kompetenz wird in zweifacher Bedeutung verstanden, zum einen im Sinne von Recht/Befugnis und zum anderen im Sinne von Wissen/Können.

Unter dem Gesichtspunkt der Qualitätssicherung wird auch im Gesundheitswesen Kompetenz als Gütekriterium herangezogen.

Kompetenz wird mit Leistung und Effizienz gleichgesetzt und mit Aufrechterhaltung beruflicher Standards verbunden.

Die Fähigkeit eine Abteilung zu leiten wird als Führungskompetenz und Organisationskompetenz angesehen.

Kompetenz wird in der Alltagssprache eher umfassend für z.B. Fachwissen, Personalmanagement, Kompetenzbereich etc. verwendet (vgl. Olbrich, 2010, S. 15).

2.1 Kompetenz als Begriff in den Sozial und Verhaltenswissenschaften

Hier bezieht sich das Konzept Kompetenz auf das Handeln von Individuen und „sozialen Aggregaten.“

Rosenstiel sieht Kompetenzen in „Dispositionen“ zum selbstorganisierten Handeln, die sich insbesondere in der Bewältigung zuvor nicht bekannter komplexer Herausforderungen zeigen und entwickeln.

www.psy.lmu.de/spx/spx-

[ks/studium/downloads_folien/ws_09_10/muf_09_10/von_rosenstiel_krise.pdf,](http://www.psy.lmu.de/spx/spx-ks/studium/downloads_folien/ws_09_10/muf_09_10/von_rosenstiel_krise.pdf)

10.01.2013)

Der Begriff der Disposition als Voraussetzung für Kompetenz meint eine Grundbegabung, deren Entwicklung und Ausformung in der Auseinandersetzung mit den Herausforderungen der Umwelt erfolgt, dieser Kompetenzbegriff umfasst sowohl Motivation, Volition, Emotion, Empathie als auch Zwischenmenschliches (vgl.

www.psy.lmu.de/spx/spx-

[ks/studium/downloads_folien/ws_09_10/muf_09_10/von_rosenstiel_krise.pdf,](http://www.psy.lmu.de/spx/spx-ks/studium/downloads_folien/ws_09_10/muf_09_10/von_rosenstiel_krise.pdf)

10.01.2013).

Ausgehend von der sogenannten Metakompetenz als Basis für die Entwicklung von Grundkompetenzen, heißt, der Fähigkeit, die Dispositionen für Kompetenzentwicklung aktualisieren zu können, werden vier Grundkompetenzen formuliert:

Personale Kompetenzen lassen sich als Disposition einer Person, selbstreflektiert zu handeln verstehen,

Fachlich methodische Kompetenz lässt sich als Disposition einer Person, selbstorganisiert bei der Lösung von sachlich-gegenständlichen Problemen unter zu Hilfenahme von fachlichen und instrumentellen Kenntnissen zu handeln, sowie Wissen sinnvoll und kreativ einzuordnen und zu bewerten, bezeichnen.

Sozial-kommunikative Kompetenz bezeichnet Dispositionen, selbstorganisiert kommunikativ und kooperativ im sozialen Umfeld zu handeln und wenn die Person aktiv und gesamtheitlich selbstorganisiert handelt, entspricht das der aktivitäts- und umsetzungsorientierten Kompetenz.

Werden die vier Grundkompetenzen heruntergebrochen auf z.B. Planung als fachlich-methodische Kompetenz, so wird von abgeleiteter Kompetenz gesprochen. Die Querschnittskompetenzen sind Ergebnis des Zusammenspiels von Grundkompetenzen oder abgeleiteten Kompetenzen, denke man an transkulturelles Agieren, was in der Gesundheits- und Krankenpflege zunehmend gefordert ist: Hier

kommt es zum Einsatz nicht nur sozialer Kompetenz sondern auch organisatorischer und personaler Anteile.

Anmerkung der Verfasserin: Wenn Kompetenzerwerb in einer Ausbildung Thema ist, so scheint es auch noch wesentlich auf den Unterschied zwischen Qualifikation und Kompetenz hinzuweisen:

Qualifikation meint lernzielorientierte vermittelte Fähigkeiten und Fertigkeiten. Wenn die *„beim Qualifikationserwerb vermittelten Regeln, Kenntnisse und Fertigkeiten nicht mehr ausreichen, muss auf Basis dieser Qualifikation selbstorganisiert das Neue bewältigt werden, was eben die entsprechende Kompetenz voraussetzt“*

(www.psy.lmu.de/spx/spx-

[ks/studium/downloads/fohlen/ws_09_10/muf_09_10/von_rosenstiel_krise.pdf](http://www.psy.lmu.de/spx/spx-ks/studium/downloads/fohlen/ws_09_10/muf_09_10/von_rosenstiel_krise.pdf),

10.01.2013).

„Danach sind Fertigkeiten, Wissen, Qualifikationen eben keine Kompetenzen, wiewohl es keine Kompetenzen ohne Fertigkeiten, Wissen und Qualifikationen gibt“ (Erpenbeck & Rosenstiel, 2007, S. 12). In der Fähigkeit, mit Hilfe der erworbenen Qualifikation selbstreflektiert und selbstorganisiert zu handeln, liegt Kompetenz begründet.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass Rosenstiel und Erpenbeck die grundlegende Unterscheidung treffen: Kompetenzen sind Dispositionen selbstorganisierten Handelns, also Selbstorganisationsdispositionen (vgl. Erpenbeck, Rosenstiel, 2007, S. 19) und *„Qualifikationen Positionen eines gleichsam mechanisch abgeforderten Prüfungshandelns, sind Wissens- und Fertigkeitspositionen“* (Erpenbeck & Rosenstiel, 2007, S. 19).

2.2 Weitere Definitionen des Begriffs Kompetenz

Es folgen einige weitere Definitionen von Kompetenz, die aus diversen Lexika, der OECD (Organisation for Economic Cooperation and Development) bzw. dem deutschen Bildungsrat stammen.

Zum einen wurden die Definitionen in Fortsetzung der Definitionen aus den Sozial- und Verhaltenswissenschaften gewählt, und versucht, auf das Berufsbild der Gesundheits- und Krankenpflege umzulegen: In den lexikalischen Werken zur Pflege Springer (2004) und Pschyrembel (2012) finden sich sehr ähnlich formulierte

Kompetenzen wie bei Rosenstiel (2007). Fachkompetenz, Handlungskompetenz, Selbstkompetenz und Sozialkompetenz.

„Kompetenz, fachliche. (Fachkompetenz). Eine der für den Pflegeberuf wichtigen Teilkompetenzen, welche die Fähigkeit und Bereitschaft beschreibt, die (pflege-) fachlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten in die Praxis umzusetzen. Sie beinhaltet ebenfalls die Fähigkeit zur fachwissenschaftlich korrekten Evaluation“ (Dröber, 2004, S. 584 - 585).

Dröber (2004) bezieht in die Fachkompetenz neben dem praktischen Umsetzen der Fachkenntnisse und Pflegefertigkeiten auch die wissenschaftliche Komponente der korrekten Evaluation ein.

„Kompetenz, handlungsbezogene. (Handlungskompetenz). Ziel einer jeden Berufsausbildung ist nach berufspädagogischen Erkenntnissen das Erreichen der beruflichen Handlungskompetenz. Damit ist die Fähigkeit und Bereitschaft gemeint, in professionsbezogenen Situationen sach- und fachgerecht durchdacht zu agieren. Unter diesem Begriff sind auch alle anderen Teilkompetenzen mit ihren Beschreibungen zusammengefasst, da sie Subkompetenzen der beruflichen Handlungskompetenz darstellen“ (Dröber, 2004, S. 584 - 585).

Das berufspädagogische Ziel der Handlungskompetenz genießt in der Ausbildung für den gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege Priorität, es subsumiert verschiedene Teilkompetenzen, unter anderem die Selbstkompetenz.

„Kompetenz, personale. (Humankompetenz, Selbstkompetenz). Eine der für den Pflegeberuf wichtigen Teilkompetenzen, welche die Fähigkeit und Bereitschaft beschreibt, eigene persönliche Belastungen und auch Chancen im Beruf kritisch zu hinterfragen und zu evaluieren. Sie beinhaltet ebenfalls die Fähigkeit, eigene Entwicklungschancen zu erkennen und Talente weiterzuentwickeln. Für den Stationsalltag kann das beispielsweise bedeuten, seine Talente als Mentor zu erkennen und sich dahin gehend weiterzubilden“ (Dröber, 2004, S. 584 - 585).

Der Begriff der Selbstkompetenz gilt im Feld der Handlungskompetenz nach Dröber (2004) als Teilkompetenz. Die Fähigkeit, kritisch reflexiv innerhalb des Pflegeberufes auch Chancen zur Entwicklung zu erkennen, charakterisiert diese Teilkompetenz und ist für Berufseinsteiger wesentlich.

„Kompetenz, soziale, (Sozialkompetenz). Eine der für den Pflegeberuf wichtigen Teilkompetenzen, welche die Fähigkeit und Bereitschaft beschreibt, sich mit anderen Menschen (beispielsweise in Teams) konstruktiv, kreativ und produktiv auseinander zu setzen. Die beinhaltet auch die grundsätzliche Bereitschaft eines Menschen, mit anderen Menschen zusammen zu arbeiten“ (Dröber, 2004, S. 584 - 585).

Pflege als Beruf verlangt Menschen, die teamfähig und konfliktfähig sind und auf andere Menschen zugehen können. Die Sozialkompetenz ist laut Dröber (2004) eine Teilkompetenz der Handlungskompetenz. Wenn bei Berufseinsteigerinnen und – Berufseinsteigern von Kompetenz gesprochen wird, steht meist die Handlungskompetenz im Vordergrund (Anmerkung der Verfasserin), was zur Auswahl obiger Definition führte.

„Kompetenz: Wissen, Können, Fertigkeiten oder Zuständigkeiten eines Menschen in einem bestimmten Bereich; das Bedingungsgefüge für die Ausführung einer bestimmten Leistung ist für gewöhnlich im Lauf der Lebensgeschichte eines Menschen über Lernerfahrungen angeeignet, verinnerlicht und im gesunden Zustand jederzeit verfügbar. Unterschieden werden z.B. berufliche (auch im Sinne von Zuständigkeit), soziale und technische Kompetenz. Vgl. Fehler“ (Wied, 2012, S. 486)

„Nachhaltige Entwicklung und sozialer Zusammenhalt hängen entscheidend von den Kompetenzen der gesamten Bevölkerung ab –wobei der Begriff ‚Kompetenzen‘

Wissen, Fertigkeiten, Einstellungen und Wertvorstellungen umfasst.“

(www.oecd.org/pisa/35693281.pdf, 10.01. 2013)

Diese Definition des Begriffs Kompetenz subsumiert Wissen, Können, Fertigkeiten und Zuständigkeiten und setzt ihn in Beziehung zu einem System. Die Definition greift weiter als die von Dröber (2004) und bezieht die Geschichtlichkeit des

Menschen sowie Lernen und Erfahrung, also essentielle Bestandteile persönlicher wie beruflicher Bildung mit ein.

Die OECD (Organisation for Economic Cooperation and Development) teilt Schlüsselkompetenzen in 3 Kategorien.

„Erstens sollten Menschen in der Lage sein, verschiedene Medien, Hilfsmittel oder Werkzeuge (Tools) wie z.B. Informationstechnologien oder die Sprache wirksam einzusetzen. Sie sollten diese „Tools“ gut genug verstehen, um sie für ihre eigenen Zwecke anpassen – interaktiv nutzen zu können. Zweitens sollten Menschen in einer zunehmend vernetzten Welt in der Lage sein, mit Menschen aus verschiedenen Kulturen umzugehen und innerhalb sozial heterogener Gruppen zu interagieren. Drittens sollten Menschen befähigt sein, Verantwortung für ihre Lebensgestaltung zu übernehmen, ihr Leben im größeren Kontext zu situieren und eigenständig zu handeln.

Diese drei Kategorien, jede mit einer spezifischen Blickrichtung, greifen ineinander, und sie bilden zusammen eine Grundlage für die Bestimmung und die Verortung von Schlüsselkompetenzen.

Die Notwendigkeit des reflexiven Denkens und Handelns stellt ein zentrales Element dieses konzeptuellen Referenzrahmens dar“

(www.oecd.org/pisa/35693281.pdf, 10.01. 2013).

Hier wird der Kompetenzbegriff generationsbezogen (nachhaltig) geführt und die Wertvorstellungen der Menschen miteinbezogen. Der Kompetenzbegriff ist im System (Bevölkerung) verankert und die Werkzeuge, die Menschen nutzen können sollen, tragen zur Vernetzung der Menschen untereinander bei. Der Begriff Kompetenz beinhaltet den Anspruch, reflexiv und verantwortungsvoll innerhalb einer Gruppe (homogen oder heterogen) zu handeln.

Im Vorschlag für eine Empfehlung des europäischen Parlaments zur Einrichtung eines Europäischen Qualifikationsrahmens für lebenslanges Lernen liest sich die Definition von Kompetenz folgendermaßen:

„(i) „Kompetenz“: die nachgewiesene Fähigkeit, Kenntnisse, Fertigkeiten sowie persönliche, soziale und/oder methodische Fähigkeiten in Arbeits- oder

Lernsituationen und für die berufliche und/oder persönliche Entwicklung zu nutzen. Im Europäischen Qualifikationsrahmen wird Kompetenz im Sinne der Übernahme von Verantwortung und Selbstständigkeit beschrieben“

(http://ec.europa.eu/education/pub/pdf/general/eqf/broch_de.pdf, 10.02.2013).

Übernahme von Verantwortung und Selbstständigkeit ist hier als Kompetenz definiert, die zudem berufliche und persönliche Fähigkeiten und Fertigkeiten umfasst. Die Kompetenzdefinitionen wurden vom konkret berufsbezogenen über den Ansatz im System (Gesellschaft) hin zur Selbstständigkeit und Verantwortung der je eigenen Person aufgeführt.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass der Begriff der Kompetenz, trotz aller Definitionsversuche sehr vielschichtig bleibt und in Gefahr gerät, als bedeutungsleere Worthölse zu verkommen.

Tatsache ist, dass vor allem in der berufspädagogischen Auseinandersetzung mit nahezu übereinstimmenden Kompetenzbegriffen gearbeitet wird, die sich im Sinne Rosenstiels (2007) auf Grundkompetenzen beziehen: Personale Kompetenz, Handlungskompetenz, Fachlich-methodische Kompetenz und sozial-kommunikative Kompetenz.

3 Aktuelle Berufsentwicklung der Pflege in Österreich

In Bezug auf die professionelle Pflege und deren Pflegeausbildung wurde mit der Novellierung des österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes (GuKG) 1997 ein neuer gesetzlicher Tätigkeitsbereich, ein neues Berufsbild und eine neue Ausbildungsverordnung für die Pflege verabschiedet.

Im Krankenpflegegesetz vor 1997 war das Ausbildungs- und Berufsrecht von insgesamt 22 verschiedenen anderen Gesundheitsberufen festgelegt, wie z.B. die medizinisch-technischen Dienste oder auch die Hebammen. Die einzelnen Berufsgruppen wurden sukzessive aus dem Krankenpflegegesetz ausgegliedert. Nach mehrfachen Veränderungen (Reformierungen) konnte das GuKG 1997 dann in Kraft treten.

Im Bundesgesetz für GuKG sind die Berufspflichten des gehobenen Dienstes der Gesundheits- und Krankenpflege, die Tätigkeitsbereiche und die Bestimmungen zur Berufsberechtigung geregelt. Das GuKG regelt die Ausbildung Fort-, Weiter-, Sonderausbildungen sowie spezielle Ausbildungen. Integriert ins GuKG sind die Berufsgruppe der Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (vgl. Groppenberger, 2009, S. 79).

Die Gliederung der Tätigkeitsbereiche des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege (§13) in eigenverantwortlichen und mitverantwortlichen und interdisziplinären Tätigkeitsbereich wird als großer Schritt in Richtung Professionalisierung der Gesundheits- und Krankenpflege in Österreich gewertet, da Handlungsautonomie im eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich möglich ist. Die Absolvierung von Sonderausbildung ermöglichen eine Erweiterung oder Spezialisierung des Tätigkeitsbereiches (vgl. Groppenberger, 2009, S. 79).

Aus der Verabschiedung des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes 1997 ergaben sich auch Änderungen in der Berufsausbildung des gehobenen Dienstes der Gesundheits- und Krankenpflege. Die Festlegung eines eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereichs ermöglichte es dem gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege weg vom reinen Assistenzberuf zur Definition einer neuen professionellen Rolle. Maßgebliche Auswirkungen hatte die Gesetzesänderung auch

auf die Ausbildung für den gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege: um in der Ausbildung den Gesetzesänderungen Rechnung zu tragen wurde im Auftrag des österreichischen Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen (BMFG) vom Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) das neue, offene Curriculum für den gehobenen Dienst der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege entwickelt.

Anmerkung der Verfasserin: Im Folgenden werden Teile des Gesetzestextes angeführt, um zu verdeutlichen, was das Berufsbild umfasst und welche Tätigkeiten unter den eigenverantwortlichen, mitverantwortlichen und interdisziplinären Bereich fallen. Wenn Berufseinsteiger über Qualifikation und Kompetenzen sprechen, so wird ihnen scheinbar erst nach der Ausbildung die Deutlichkeit und Dringlichkeit der Differenzierung dieser Bereiche klar.

3.1 *Auszüge aus dem Gesundheits- und Krankenpflegegesetz* ***GuKG1997***

Im Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe Gesundheits- und Krankenpflegegesetz GuKG, BGBl. I Nr. 61/210 und BGBl. I Nr. 74/2011 wird im **§ 11** das **Berufsbild** beschrieben.

3.1.1 Berufsbild des gehobenen Dienstes der Gesundheits- und Krankenpflege

(1) Der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege ist der pflegerische Teil der gesundheitsfördernden, präventiven, diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen zur Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit und zur Verhütung von Krankheiten.

(2) Er umfasst die Pflege und Betreuung von Menschen aller Altersstufen bei körperlichen und psychischen Erkrankungen, die Pflege und Betreuung behinderter Menschen, Schwerkranker und Sterbender sowie die pflegerische Mitwirkung an der Rehabilitation, der primären Gesundheitsversorgung, der Förderung der Gesundheit und der Verhütung von Krankheiten im intra- und extramuralen Bereich.

(3) Die in Abs. 2 angeführten Tätigkeiten beinhalten auch die Mitarbeit bei diagnostischen und therapeutischen Verrichtungen auf ärztliche Anordnung (vgl. Schwamberger/Biechl, 2011, S. 75 - 76).

Weiters werden im **§13** die Tätigkeitsbereiche des gehobenen Dienstes für die Gesundheits- und Krankenpflege in den

1. eigenverantwortlichen
2. mitverantwortlichen und
3. interdisziplinären Tätigkeitsbereich gegliedert

3.1.2 Eigenverantwortlicher Tätigkeitsbereich

§14. (1) Die Ausübung des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege umfasst die eigenverantwortliche Diagnostik, Planung, Organisation, Durchführung und Kontrolle aller pflegerischen Maßnahmen im intra- und extramuralen Bereich (Pflegeprozess), die Gesundheitsförderung und –beratung im Rahmen der Pflege, die Pflegeforschung sowie die Durchführung administrativer Aufgaben im Rahmen der Pflege.

§ 14. (2) Der eigenverantwortliche Tätigkeitsbereich umfasst insbesondere:

1. Erhebung der Pflegebedürfnisse und des Grades der Pflegeabhängigkeit des Patienten oder Klienten sowie Feststellung und Beurteilung der zur Deckung dieser Bedürfnisse zur Verfügung stehenden Ressourcen (Pflegeanamnese),
2. Feststellung der Pflegebedürfnisse (Pflegediagnose),
3. Planung der Pflege, Festlegung von pflegerischen Zielen und Entscheidung über zu treffende pflegerische Maßnahmen (Pflegeplanung),
4. Durchführung der Pflegemaßnahmen,
5. Auswertung der Resultate der Pflegemaßnahmen (Pflegeevaluation),
6. Information über Krankheitsvorbeugung und Anwendung von gesundheitsfördernden Maßnahmen,
7. Psychosoziale Betreuung,
8. Dokumentation des Pflegeprozesses,
9. Organisation der Pflege,

10. Anleitung und Überwachung des Hilfspersonals,
11. Anleitung und Begleitung der Schüler im Rahmen der Ausbildung und
12. Mitwirkung an der Pflegeforschung.

3.1.3 Mitverantwortlicher Tätigkeitsbereich

§ 15. (1) Der mitverantwortliche Tätigkeitsbereich umfasst die Durchführung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen nach ärztlicher Anordnung.

§ 15. (2) Der anordnende Arzt trägt die Verantwortung für die Anordnung (Anordnungsverantwortung), der Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege trägt die Verantwortung für die Durchführung der angeordneten Tätigkeit (Durchführungsverantwortung).

§ 15. (3) Im mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich hat jede ärztliche Anordnung vor Durchführung der betreffenden Maßnahme schriftlich zu erfolgen. Die erfolgte Durchführung ist durch den Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege durch deren Unterschrift zu bestätigen.

§ 15. (4) Im extramuralen Bereich kann die ärztliche Anordnung in medizinisch begründeten Ausnahmefällen mündlich erfolgen. Die schriftliche Dokumentation der Anordnung hat in diesen Fällen nachträglich innerhalb von 24 Stunden zu erfolgen.

§ 15. (5) Der mitverantwortliche Tätigkeitsbereich umfasst insbesondere:

1. Verabreichung von Arzneimitteln,
2. Vorbereitung und Verabreichung von subkutanen, intramuskulären und intravenösen Injektionen, 1286 BGBl. I – Ausgegeben am 19. August 1997 – Nr. 108
3. Vorbereitung und Anschluss von Infusionen bei liegendem Gefäßzugang, ausgenommen Transfusionen,
4. Blutentnahme aus der Vene und aus den Kapillaren,
5. Setzen von transurethralen Blasenkathetern zur Harnableitung, Instillation und Spülung,
6. Durchführung von Darmeinläufen und
7. Legen von Magensonden.

3.1.4 Interdisziplinärer Tätigkeitsbereich

§ 16. (1) Der interdisziplinäre Tätigkeitsbereich umfasst jene Bereiche, die sowohl die Gesundheits- und Krankenpflege als auch andere Berufe des Gesundheitswesens betreffen.

§ 16. (2) Im interdisziplinären Tätigkeitsbereich haben Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege das Vorschlags- und Mitentscheidungsrecht. Sie tragen die Durchführungsverantwortung für alle von ihnen in diesen Bereichen gesetzten pflegerischen Maßnahmen.

§ 16. (3) Der interdisziplinäre Tätigkeitsbereich umfasst insbesondere:

1. Mitwirkung bei Maßnahmen zur Verhütung von Krankheiten und Unfällen sowie zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit,
2. Vorbereitung der Patienten oder pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen auf die Entlassung aus einer Krankenanstalt oder Einrichtung, die der Betreuung pflegebedürftiger Menschen dient, und Hilfestellung bei der Weiterbetreuung,
3. Gesundheitsberatung und
4. Beratung und Sorge für die Betreuung während und nach einer physischen oder psychischen Erkrankung (vgl. Schwamberger/Biechl, 2011, S. 81 - 120).

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die Verabschiedung des GuKG von 1997 eine massive Veränderung in der „Pflegetandschaft“ bewirkte. Durch die neu formulierten Tätigkeitsbereiche (eigenverantwortlich, mitverantwortlich, interdisziplinär) wurde eine neue Definition der Rolle des gehobenen Dienstes der Gesundheits- und Krankenpflege möglich. Auswirkungen zeigten sich aber auch auf die Ausbildung und die notwendigen Veränderungen des Curriculums.

3.2 Ausbildung zum gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege in Österreich

Die Ausbildung zum gehobenen Dienst in der Gesundheits- und Krankenpflege in Österreich ist nicht dem nationalen Bildungssystem zugehörig sondern im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG 1997) geregelt, das auch das

Berufsbild (§11) beschreibt. GuKG, Ausbildungsverordnung (1999) und die Empfehlungen des beratenden Ausschusses der europäischen Kommission stellen die Grundlagen für die Ausbildung im gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege dar (vgl. Groppenberger, 2011, S. 4).

In Österreich gibt es gesetzlich drei Grundausbildungen für den gehobenen Dienst in der Gesundheits- und Krankenpflege:

- Ausbildung in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege
- Ausbildung in der Kinder- und Jugendlichenpflege
- Ausbildung in der Psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege.

In der Gesundheits- und Krankenpflege- Ausbildungsverordnung – GuK-AV, BGBl II Nr. 179/1999 i.d.F BGBl II Nr. 296/210 §2 werden folgende Ausbildungsziele für den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege beschrieben:

1. „die Befähigung zur Übernahme und Durchführung sämtlicher Tätigkeiten, die in das Berufsbild des gehobenen Dienstes der Gesundheits- und Krankenpflege fallen
2. die Vermittlung von Kenntnissen über den Aufbau, die Entwicklung und die Funktionen des menschlichen Körpers und der menschlichen Psyche.
3. die Vermittlung einer geistigen Grundhaltung der Achtung vor dem Leben, der Würde und den Grundrechten jedes Menschen, ungeachtet der Nationalität, der ethischen Zugehörigkeit, der Religion, der Hautfarbe, des Alters, des Geschlechts, der Sprache, der politischen Einstellung und der sozialen Zugehörigkeit, und eines verantwortungsbewussten, selbständigen und humanen Umgangs mit gesunden, behinderten, kranken und sterbenden Menschen.
4. die Vermittlung von Kenntnissen und der Anwendung von Methoden zur Erhaltung des eigenen physischen, psychischen und sozialen Gesundheitspotentials.
5. die Ausrichtung der Pflege nach einer wissenschaftlich anerkannten Pflegetheorie und deren Erkennung als einen analytischen, problemlösenden Vorgang sowie zielgerichtetes und eigenverantwortliches pflegerisches

Handeln unter Bedachtnahme auf die beruflichen Kompetenzen und ethischen Grundprinzipien,

6. die Vermittlung von Kenntnissen für die Planung, Ausführung, Dokumentation und Evaluierung einer optimalen Pflege unter Berücksichtigung der physischen, psychischen und sozialen Aspekte des Lebens, sofern sie Gesundheit, Krankheit, Behinderung und Sterben betreffen, und –
7. die Förderung kreativer Arbeit, Kommunikation und Kooperation in persönlichen, fachspezifischen und anderen gesellschaftlichen relevanten Bereichen zur Sicherung der Pflegequalität und Unterstützung der Weiterentwicklung der Pflegepraxis durch forschungsorientiertes Denken“ (Schwamberger/Biechl, 2011, S. 364 - 365).

Diese übergeordneten Ausbildungsziele findet man auch im Offenen Curriculum für die Ausbildung in der Allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen Hrg.) und im Kompetenz- und Qualifikationsnachweis in der praktischen Ausbildung für die allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege (vgl. Wiener Krankenanstaltsverbund-Generaldirektion AG-KQNW).

„Die derzeitige Ausbildung zum gehobenen Dienst in der Gesundheits- und Krankenpflege ist in den §§ 41 bis 62 des GuKG sowie in der Ausbildungsverordnung (AOV) 1999 zum GuKG geregelt. Sie dauert 3 Jahre und umfasst mindestens 4.600 Unterrichtseinheiten in Theorie und Praxis, wobei mindestens die Hälfte auf die praktische Ausbildung und mindestens ein Drittel auf die theoretische entfallen muss (§ 41 GuKG). Als Mindesteintrittsalter in die Ausbildung gilt das 16. Lebensjahr. Eingangsbedingung ist der erfolgreiche Abschluss der Pflichtschule sowie 10 positiv abgeschlossene Schulstufen“ (www.bag.braintrust.at/download.php?id=27, abgerufen am 16.02.2013).

Gesundheits- und Krankenpflegeschulen werden in Form einer dualen Ausbildung geführt, genießen im österreichischen Schulsystem aber eine Sonderstellung, da sie weder einem Lehrberuf noch einer berufsbildenden mittleren Schule entsprechen. Sie sind nicht vom Schulunterrichtsgesetz, sondern vom Gesundheits- und

Krankenpflegegesetz determiniert. Die Ausbildung zum gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege an einer Gesundheits- und Krankenpflegeschule endet mit dem Diplom der (allgemeinen/psychiatrischen/Kinder- und Jugendlichen) Gesundheits- und Krankenpflege, und damit in einer schulbildungsmäßigen Sackgasse.

„Erschwerend kommt hinzu, dass die Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegeperson in einer Bildungssackgasse endet, d.h. ohne eine Hochschulberechtigung zu erlangen und ohne einer attraktiven weiterführenden Bildungsmöglichkeit im Tertiärbereich“

(www.portal.wko.at/wk/dok_detail_file.wk?AngID=1&DocID...StID..., abgerufen am 01. 03. 2013).

Die Ausbildungssituation zum gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege hält dem internationalen Vergleich nicht stand, und wird aufgrund fehlender Durchlässigkeiten zum tertiären System zunehmend mit einer Sackgasse verglichen (Ackerl, 2011, S.39).

Ein weiterer Grund für das Voranschreiten der Akademisierung der Ausbildung zum gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege sind klare europäische Vorgaben.

Im Rahmen des Bologna Prozesses 1999 einigten sich die Bildungsministerinnen und –minister von 29 europäischen Ländern darauf, bis 2010 einen einheitlichen europäischen Hochschulraum zu schaffen, um Mobilität und Wettbewerbsfähigkeit sowie Beschäftigungsfähigkeit der Studierenden zu ermöglichen und beschloss, die Einführung zweistufiger Studiengänge (Bachelor und Master) für die Pflegeausbildung. Die Durchführung dieser Beschlüsse obliegt der Länderhoheit. Die flächendeckende bolognakonforme Umsetzung der akademischen Pflegeausbildung/ Pflegebildung in Österreich (auch Deutschland und die Schweiz sind Schlusslichter im europäischen Vergleich) vollzieht sich schleppend (Groppenberger, 2011, S. 11).

3.2.1 Die Ansiedlung der grundständigen Ausbildung zum gehobenen Dienst im tertiären Bereich

Zum einen ist es die bildungsmäßige Sackgasse, die die den Ruf nach einer Ansiedlung der grundständigen Ausbildung im tertiären Sektor rechtfertigt, zum anderem auch der Anschluss an die internationale Hochschullandschaft. Ein weiterer Grund für die notwendige Akademisierung der grundständigen Pflegeausbildung in Österreich ergibt sich aus der Qualifikation der Absolventinnen und Absolventen durch die bisherige Ausbildung.

Rottenhofer (2011) nennt einige Begründungen für eine Ausbildungsänderung weg vom sekundären Weg hin in den tertiären Bereich, wenn Ausbildung das leisten soll, was in der Praxis gebraucht wird. Kernelement für ihre Ausführungen ist sind die Ergebnisse einer Untersuchung.

Die Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen, durchgeführt von der „Gesundheit Österreich GmbH“ im Jahre 2010/11 mit der Forschungsfrage „Leisten die Ausbildungen Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflege, Pflegehilfe und Sonderausbildungen was die Pflegepraxis benötigt?“ liefert Ergebnisse, die zu einem Plädoyer für eine Veränderung der grundständigen Ausbildung vor allem beim gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege weg vom sekundären zum tertiären Bereich führen.

Befragt wurden mittels Fragebogen 161 Absolventinnen und Absolventen der Gesundheits- und Krankenpflegeschulen in ganz Österreich, davon waren 122 in Akutkrankenhäusern, 13 in geriatrischen stationären Einrichtungen, 7 in der Hauskrankenpflege 15 in sonstigen Bereichen tätig. Von Praxisanleiterinnen / Praxisanleiter und Personalverantwortlichen wurden 267 Fragebögen ausgewertet, davon waren 76 in Krankenanstalten, 56 in Geriatrischen stationären Einrichtungen, 99 in der Hauskrankenpflege und 29 in sonstigen Bereichen tätig.

Die Absolventinnen bewerteten die Ausbildung als Berufsvorbereitung in insgesamt 24 Kategorien. entsprechend dem österreichischen Schulnotensystem von 1 (sehr gut) bis 5 (nicht genügend). Bei Gebieten wie Administration, Organisation, zielgruppenspezifische Vorbereitung für Patientinnen mit bestimmten Krankheitsbildern, Psychosoziale Alltagsbegleitung/Milieugestaltung, therapeutische Kommunikation, Beziehungen Ausnahme- und Krisensituationen mit genügend. Bei

der im Rahmen des gehobenen Dienstes der Gesundheits- und Krankenpflege immer mehr benötigten Fähigkeit zur Delegation an andere Dienste erhielt die derzeitige Ausbildung ein Nicht genügend. Rottenhofer führt auf der Konferenz „Wende in der Pflegeausbildung“ (2011) als Konsequenz der Befragung einige Argumente auf, die eine grundständige Ausbildung als Bachelor und eine generalistische Ausbildung rechtfertigen, diese seien auszugsweise aufgeführt:

Die Gesamtbenotung der bisherigen 3jährigen grundständigen Ausbildung ist überwiegend befriedigend bis nicht genügend, die Vorbereitung auf in Zukunft wichtige Zielgruppen von Patientinnen und Patienten nicht ausreichend. Kritisiert wird an der 3jährigen Ausbildung auch, dass sie nicht für alle Zielgruppen gleich gut ausbildet und dass es neben Kindern- und Jugendlichen und psychiatrischen Patientinnen noch andere Zielgruppen gibt, die ausbildungsrelevant sind. Festzustellen ist aufgrund der Ergebnisse auch, dass die Vorbereitung auf den mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich als nicht ausreichend beschrieben wird und die praktische Ausbildung schlechter vorbereitet auf den Beruf als die theoretische Ausbildung. Angesichts zukünftiger Delegationsaufgaben des gehobenen Dienstes der Gesundheits- und Krankenpflege hinsichtlich des bereits eingeleiteten Skill und Grade Mix erfüllt die bisherige Ausbildung ihre Ziele nicht.

(www.goeg.at/cxdata/media/download/wende_rottenhofer_vortrag.pdf, abgerufen am 01. 03. 2013).

Das Aufgaben- und Anforderungsspektrum an den gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege ist extrem breit und die derzeitige Breite ist nicht mehr mit einer dreijährigen Ausbildung abzudecken, das heißt nur in systematischer Differenzierung zwischen einzelnen Qualifikationsstufen von der Pflegeassistentin bis zu Spezialisierungen kann eine gezielte Spezialisierung erfolgen, die nach der Grundausbildung stattfindet.

Der gehobene Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege muss zukünftigen Aufgaben durch Veränderungen der Zusammenarbeit verschiedenster Berufsgruppen (Skill und Grad Mix), gewachsen sein und im Sinne der Profession Analyse, Schlussfolgerungen (Interferenz) von Pflegediagnosen auf die Intervention (Behandlung) agieren.

Das Berufsfeld des gehobenen Dienstes der Gesundheits- und Krankenpflege wird sich zunehmend auf Delegation, Supervision und Qualitätssicherung erstrecken, die Angehörigen des gehobenen Dienstes werden in hochkomplexen Pflegesituationen zum Einsatz kommen, mit besonderem Augenmerk auf chronisch erkrankte Menschen (www.goeg.at/cxdata/media/download/wende_rottenhofer_vortrag.pdf, abgerufen am 01. 03. 2013).

3.2.2 Die geplanten Kompetenzstufen im Aus- und Weiterbildungssystem

Die Ansiedlung der grundständigen Ausbildung im tertiären Bereich zieht eine Veränderung der restlichen Aus- und Weiterbildungssystem der Gesundheits- bzw. Sozialberufe nach sich.

Die Kompetenzstufen im Aus- und Weiterbildungssystem werden in drei Qualifikationsstufen geführt, zusätzlich bedarf es einer Unterstützungsstufe.

Die erste Stufe wird als Pflegeassistentin betitelt, die zweite Stufe wird als gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege – Generalist bezeichnet, was der grundständigen Ausbildung als Bachelor entspricht und die dritte Stufe als Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege – Spezialist, dies wäre im akademischen Bereich eines Masterstudiums zu sehen. Der „Spezialist“ im gehobenen Dienst absolviert seine Ausbildung entweder mit Fach- oder Kompetenzvertiefung oder mit Fach- oder Kompetenzerweiterung.

Die Unterstützungskräfte stammen aus dem Bereich der Sozialbetreuungskräfte, und müssen berücksichtigt werden, um den Gesamtanforderungen im Handlungsfeld Pflege Rechnung zu tragen (vgl. www.goeg.at/cxdata/media/download/reformansaetze_pflegeberufslandschaft.pdf, 12. 02. 2013).

Wo die Rolle des gehobenen Dienstes der Gesundheits- und Krankenpflege in Zukunft zu sehen ist und wie das quantitative Verhältnis der einzelnen Berufsgruppen zueinander stehen wird., hängt auch vom Einsatzbereich ab: *„Im gehobenen Dienst sieht das neue Modell fachliche Karrieren und damit eine stärkere Hierarchisierung vor. In der Langzeitpflege wird es darum gehen, den gehobenen*

Dienst zu stärken, in der Hauskrankenpflege regeln Angebot und Nachfrage die Zusammensetzung der Berufsgruppen auch schon heute.“
(www.goeg.at/cxdata/media/download/reformansaetze_pflegeberufslandschaft.pdf, 12. 02. 2013).

Rottenhofer sieht den Bachelor der Pflege als Generalist zwischen der Fachkraft (Pflegeassistenten) und dem Master (Spezialisierung) angesiedelt.
(www.goeg.at/cxdata/media/download/wende_rottenhofer_vortrag.pdf, abgerufen am 01. 03. 2013).

Als wesentlichen Anspruch an einen Bachelor Studiengang formuliert Engel (2009) die Heranbildung handlungskompetenter Gesundheits- und Krankenpflegepersonen. Das Einsatzgebiet jener Pflegepersonen des gehobenen Dienstes sieht sie im patientennahen Bereich, der Bachelor Studiengang ist eine gute Qualifikationsbasis für das Tätigsein im Berufsfeld des stationären, teilstationären beziehungsweise ambulanten oder mobilen Pflegebereich.

Aufbauende Master Studiengänge wie Pflegewissenschaft, -management oder –pädagogik stellen sich ebenfalls als Weiterführung der akademischen Bildung dar.

Eine weitere Möglichkeit an den Bachelor Qualifikationsbasis anzuschließen stellt der Erwerb einer Zusatzqualifikation wie z.B. Anästhesiepflege, Intensivpflege im Sinne einer Sonderausbildung (gemäß GuKG, BGBL Nr. 108/1997; §17) dar.

Weitere Studiengänge erschließen Absolventinnen und Absolventen unter anderem auch die Berufsfelder der Pflegeexpertinnen / Pflegeexperten, des Qualitätsmanagements, der Organisationsentwicklung und der Gutachtenerstellung als Sachverständige (vgl. link.springer.com/article/10.1007%2Fs00735-009-0153-x#page-1, 01. 03. 2013).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Ausbildung zum gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege, die in Österreich nach wie vor auf sekundärem Niveau angeboten wird, in einer bildungsmäßigen Sackgasse endet, was die Durchlässigkeit nach oben, sprich zu weiterführenden akademischen Ausbildungen betrifft. Auch die Einsetzbarkeit im Berufsfeld Pflege der diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegeperson bedarf einer genauen Analyse hinsichtlich dessen, wozu die Ausbildung qualifiziert. Die Verlagerung der grundständigen Ausbildung des gehobenen Dienstes der Gesundheits- und Krankenpflege

(Bachelor) in den tertiären Bereich ist hinsichtlich dessen gerechtfertigt und notwendig. Die Veränderung der Ausbildung zieht eine Veränderung der Aus- und Weiterbildungen im Gesundheits- und Sozialbereich nach sich.

3.2.3 Die Rolle der Pflegewissenschaft als Bezugsdisziplin in der Veränderung der Ausbildung

Weitere Gründe, die für eine Akademisierung der Ausbildung für den gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege sprechen ist der Bezug von Gesundheits- und Krankenpflege zu einer wissenschaftlichen Disziplin, zur Pflegewissenschaft.

„Pflegewissenschaft, um es kurz zu fassen, ist das wissenschaftliche Studium von Phänomenen und/oder Situationen, in denen Menschen der Pflege bedürfen und der darauf gerichteten Interventionen durch Pflegenden. Pflegewissenschaft ist die Wissenschaft vom Phänomen Pflege. Und Pflegewissenschaft ist eine Handlungs- oder Praxiswissenschaft“ (www.akstmk.at/bilder/d58/Pflegeausbildung.pdf, 01. 03. 2013).

Pflegewissenschaft lässt sich durch den gesellschaftlichen Bedarf legitimieren und hat den Auftrag, gesellschaftliche Probleme zu lösen, die Zeichen einer zunehmenden komplexeren und sich ständig verändernden Gesundheitsversorgung sind.

Von Pflegewissenschaftsstudien wünscht sich Lohrmann internationale Vergleichbarkeit, und dass sie den Bologna Kriterien entsprechen. Transparenz der Lehrinhalte, die den internationalen Anforderungen entsprechen, muss gegeben sein, damit sie in einzelne Module aufgegliedert, auch evaluierbar sind.

Die Programme sollen dem European Credit Transfer System (ECTS) entsprechen und nationale und internationale Kooperationen sollen einen Studienaustausch ermöglichen.

Die enge Kooperation mit der Praxis und die frühe Einbindung der Studierenden in Forschungsaufgaben sind weitere wichtige Grundsätze

(www.akstmk.at/bilder/d58/Pflegeausbildung.pdf, 01. 03. 2013).

Lohmann fordert besondere Schwerpunkte der Pflegewissenschaft. Umsetzbar sieht sie diese in der Lehre von grundsätzlichen pflegewissenschaftlichen Grundlagen, einer umfangreichen Ausbildung bezogen auf die Forschungsmethodik und den Forschungstransfer. Eine klinische Pflegeforschung ist unumgänglich, ebenso die Förderung des Nachwuchses.

„Pflegewissenschaft ist nicht nur zu einer gesundheits- und bildungspolitischen Notwendigkeit, sondern angesichts zunehmender Gesundheits- und Pflegeprobleme auch zu einer Herausforderung für die Etablierung der Pflegeforschung und geradezu zur Voraussetzung im Hinblick auf dringend erforderliche Innovation in der Praxis geworden“ (www.akstmk.at/bilder/d58/Pflegeausbildung.pdf, 01. 03. 2013).

Wenn Mayer (2009) von Auswirkungen der Pflegewissenschaft auf das österreichische Gesundheitssystem spricht, so begründet sie das mit Auswirkungen, die sich durch eine Akademisierung der Pflege ergeben: Pflegeausbildung in den tertiären Bereich verlagert, bietet die Chance auf gesellschaftspolitische Veränderung.

Pflege ist Teil eines immer komplexer werdenden Gesellschafts- und Sozialsystems. Zukünftige Veränderungen betreffen nicht nur die demographische Struktur der Gesellschaft, das Krankheitsspektrum, familiäre und soziale Strukturen, auch die ökonomischen und technischen Möglichkeiten. Die Herausforderungen für die Pflege sind, im Pflegebedarf (akute und chronische Zustandsbilder) und der Lebensbewältigung mit Krankheit, den Handlungsfeldern der Pflege (Case und Care Management), Unterstützung bei der Selbsthilfe und den Angehörigen als große aber gefährdete Gruppe, zu sehen

(www.oegkv.at/fileadmin/docs/Hygienetage_2009/Mayer_hygienetage.pdf, 01. 03. 2013).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass es mehrere Gründe für den Ruf nach einer Etablierung der grundständigen Ausbildung auf Hochschulniveau gibt: Zum einen die Undurchlässigkeit der derzeitigen dreijährigen Fachausbildung nach oben, zum anderen die Vorgaben der Europäischen Union im Rahmen des

Bolognabeschlusses von 1999 zur flächendeckenden Tertiärisierung der Ausbildungen für den gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege. Die derzeitige Ausbildung, so zeigt es die Praxis, qualifiziert ihre Absolventinnen und Absolventen nicht für das Berufsfeld Pflege, es bedarf also im Zuge der Akademisierung von Pflege eine Änderung des Gesamtkonzepts der Ausbildungen in Unterstützungskräfte, Pflegeassistenten, gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege (Generalistin - Bachelor und Spezialistin – Master).

Nicht zuletzt ist Pflegewissenschaft als Bezugsdisziplin für den gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege auch eine Praxiswissenschaft, die evidenzbasiertes Handeln in der Pflege unterstützt und fordert. Akademisierung von Pflege ist auch als gesellschaftspolitischer Auftrag zu verstehen.

3.2.4 Studium an der Universität

An der Universität Graz war es seit den 80er Jahren möglich im Rahmen des Pädagogikstudiums ein Fächerbündel „Pflegewissenschaft“ zu belegen. Seit 1998 wurden an der Universität Wien Vorlesungen und Seminare in der Reihe Pflegewissenschaft angeboten. Ein individuelles Diplomstudium Pflegewissenschaft an der Universität Wien ist seit dem Wintersemester 1999/2000 eingerichtet und läuft 2013 aus. (vgl. Mayer 2007, S 42) Zurzeit kann man in Graz an der medizinischen Universität Pflegewissenschaft studieren. Weiters gibt es an privaten Universitäten Österreich die Möglichkeit diese Studienrichtung zu belegen.

Der Lehrbetrieb des Masterstudiums Pflegewissenschaft wurde an der Universität Wien mit Wintersemester 2011/12 aufgenommen.

Zielformulierung in den Studienzielen und Qualifikationsprofilen (§1) für das Masterstudium der Pflegewissenschaft an der Universität Wien ist die in einem pflegewissenschaftlichen Bachelorstudium oder in einem fachnahen Bachelorstudium erworbenen fachwissenschaftlichen und forschungsmethodischen Kenntnisse zu erweitern und zu vertiefen. Die Befähigung der Absolventinnen und Absolventen für Planung, Organisation, Durchführung und Evaluierung von

Pflegeforschungsprojekten und diese Forschungsergebnisse umsetzen, ist Ziel des Studiums. Die Absolventinnen und Absolventen können über den Forschungskontext hinaus auch in anderen akademischen Arbeitsfeldern tätig werden, Grundlage dafür ist ihre im Studium erworbene Expertise. Hauptaugenmerk liegt neben der Grundlagenforschung in der Pflege auf anwendungsorientierter Forschung.

Im Detail bedeutet dies, sie verfügen über

- „- ein breites Verständnis der Pflegewissenschaft auf der Basis pflegerischer, gesellschafts- und wissenschaftstheoretischer sowie ethischer Grundlagen;*
- Kenntnisse über Theorie und Forschung insbesondere aus den Perspektiven „Leben mit Krankheit“ und „Pflegeinterventionen“ sowie die Fähigkeit, Fragestellungen dieser Gebiete wissenschaftlich zu bearbeiten;*
- Fähigkeiten und Fertigkeiten im forschungsmethodischen Bereich sowohl quantitative als auch qualitative Methoden gleichermaßen betreffend;*
- fundierte Fähigkeiten der Analyse, kritischen Bewertung und systematischen Zusammenfassung (im Sinne des Erstellens systematischer Reviews) von internationaler Forschungsliteratur;*
- Kenntnisse über Modelle des Wissenstransfers in der Pflege sowie deren praktische Umsetzung im Sinne einer Evidence Based Practice;*
- ein vertieftes Verständnis des Pflegeprozesses, sowie über Kenntnisse des pflegerischen Assessments und der Outcomemessung, sowie über die Fähigkeit zur Beurteilung dieser Instrumente sowohl aus methodischer als auch theoretischer Sicht“*

(pflegewissenschaft.univie.ac.at/fileadmin/user_upload/inst_pflegewiss/Homepage_neu/Home/Studium_und_Lehre/Materstudium/Curriculum_Ilt_Mitteilungsblatt_2009_2010_48.pdf, abgerufen 19. 08. 2012, 10:00).

Neben diesen fachspezifischen Kenntnissen und Fähigkeiten werden im Studium auch überfachliche Kompetenzen vermittelt (kritische Analyse, in fachübergreifenden Zusammenhängen zu denken, in Gruppen und Teams zu arbeiten etc.). Von besonderer Bedeutung für das Masterstudium Pflegewissenschaft ist die Verantwortung als Praxiswissenschaft gegenüber der Gesellschaft.

Eine verantwortliche Haltung umfasst die kritische Auseinandersetzung mit ethischen Fragen, eine beständige Reflexion des professionellen Machtgefälles in der Zusammenarbeit mit Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen, wie auch Sensibilität für Geschlechter und Generationenfragen und für Formen des Lebens und Arbeitens in der interkulturellen Gesellschaft (pflgewissenschaft.univie.ac.at/fileadmin/user_upload/inst_pflgewiss/Homepage_neu/Home/Studium_und_Lehre/Materstudium/Curriculum_Ilt_Mitteilungsblatt_2009_2010_48.pdf, abgerufen 19. 08. 2012, 10:00).

3.2.5 Studium an der Fachhochschule

Mittlerweile gibt es in Österreich die Möglichkeit, die dreijährige Grundausbildung nicht nur an Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege, sondern auch als Kombination von Studium und Pflegegrundausbildung an Fachhochschulen oder Universitäten zu absolvieren. Dabei dient nicht das GuKG (1997) sondern die Fachhochschul- Gesundheits- und Krankenpflege Ausbildungsverordnung (FH-GuK-AV 2008) bzw. das Universitätsgesetz (UG2002).

Die Ausbildung an den Fachhochschulen beläuft sich ebenso auf drei Jahre und wird mit der Berufsberechtigung für Gesundheits- und Krankenpflege und mit dem „Bachelor of Science in Health Studies (BSc) abgeschlossen (vgl. Groppenberger, 2011, S. 14).

Im Bundesgesetz über Fachhochschul-Studiengänge (FHStG) 1993 werden Fachhochschul-Studiengänge dem Hochschulniveau zugeordnet und insofern als wissenschaftlich fundiert bezeichnet, allerdings mit dem Zusatz der Gewährleistung einer praxisbezogenen Ausbildung und der Vermittlung der Fähigkeit, die Aufgaben des jeweiligen Berufsfeldes dem Stand der Wissenschaft und den Anforderungen der Praxis entsprechend zu lösen. Weiters sollen auch die Durchlässigkeit des Bildungssystems und die berufliche Flexibilität der Absolventen gefördert werden (vgl. FHStG §3) (www.bmwf.gv.at/fileadmin/user_upload/wissenschaft/naric/fhstg.pdf, 16. 02. 2013).

Die Bachelor Studiengänge an den Fachhochschulen bieten generalistische Ausbildungen an, sie sind als Basisqualifikation zu sehen, denen eine Spezialisierung auf Zielgruppen (Kinder- und Jugendliche, psychiatrische Erkrankungen etc.) folgen kann.

„Seit 2008 bietet die FH Campus Wien erstmals in Österreich die Gesundheits- und Krankenpflege als generalistisches Studium in Kombination mit der Berufsberechtigung an. Die FH Campus Wien reagiert mit dem neuen Studiengang auf die Bevölkerungsentwicklung in Österreich und den künftig noch weiter steigenden Bedarf an hoch qualifiziertem Pflegepersonal. Die Pflege von Menschen bei körperlichen und psychischen Erkrankungen in allen Lebensphasen und in unterschiedlichen Pflegesettings bildet jedoch nur eine Seite des Berufsfeldes ab: Beratung, Prävention, Gesundheitsförderung, Pflegeorganisation und Qualitätsmanagement gehören ebenso zu den wachsenden Anforderungen“
(zit. www.fhcampuswien.ac.at/studium/gesundheit/bachelor/gesundheits_und_kranke_npflge/ueberblick/) (abgerufen am 09. 08. 2012 16:30).

Mittlerweile gibt es in Österreich die Möglichkeit, die dreijährige Grundausbildung nicht nur an Schulen für Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege, sondern auch als Kombination von Studium und Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung an Universitäten (z.B. UMIT Hall in Tirol, PMU Salzburg). Die universitäre Ausbildung dauert ein Semester länger und schließt mit dem Titel „Bachelor of Science in Nursing“ (BScN) ab (Groppenberger, 2011, S. 14).

Das Bachelor-Studiengänge werden an Fachhochschulen (FH Campus Wien, FH Salzburg, FH IMC Krems und FH Wiener Neustadt) angeboten

3.2.6 Kompetenz und Ausbildung

In der Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit, Familie und Jugend über Fachhochschul-Bachelorstudiengänge für die Ausbildung in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege (FH-GuK-AV) BGBl II 2008/200 werden im Qualifikationsprofil ganz konkret Kompetenzen gefordert.

§1. (1) Im Rahmen von Fachhochschul-Bachelorstudiengängen für die Ausbildung in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege haben die Absolventinnen/Absolventen folgendes Qualifikationsprofil zu erwerben:

1. Fachkompetenz gemäß Anlage 1, dazu gehören die individuumbezogene, organisationsbezogene und die gesellschaftsbezogene Fachkompetenz.
2. sozialkommunikative Kompetenz und Selbstkompetenz gemäß Anlage 2,
3. wissenschaftliche Kompetenz gemäß Anlage 3, (Weiss-Faßbinder&Lust, 2009, S. 11-29).

Anmerkung der Verfasserin: Weder im österreichischen Berufsbild der Pflege noch im österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegegesetz wird Pflegekompetenz explizit beschrieben. Nur im Curriculum (ÖBIG) wird explizit Pflegekompetenz erwähnt.

Der Konzeptionsrahmen für das „offene Curriculum GuK“ (ÖBIG, 2003, S. 26) setzt sich aus mehreren Kategorien zusammen, die aufeinander bezogen sind.

Unter der **Basisphilosophie** und **Pflegeverständnis** werden Unterrichtsschwerpunkte verstanden wie:

- Gesundheits- und Krankenpflegefächer
- Medizinische Grundlagen
- Grundlagen aus Human- und Sozialwissenschaft
- Rechtsgrundlagen, EDV, Statistik etc.
- Im Bereich der Kategorie **Bildungsverständnis** werden angeführt
- Fachkompetenz
- Schlüsselqualifikationen
- Professionalität
- Die **Didaktischen Prinzipien** richten sich nach den Grundsätzen
- Vom Gesunden zum Kranken
- Vom Bekannten zum Unbekannten
- Vom Einfachen zum Komplexen
- Struktur vor Detail

Die **Kompetenzerwerbsstufen** sind formuliert als

- Anfänger
- Fortgeschrittener Anfänger
- Fortgeschrittener

Lehrerinnen und Lehrer sollen im Bildungsverständnis des Konzeptionsrahmens unter zu Hilfenahme didaktischen Prinzipien den Auszubildenden dazu verhelfen, die nächst höheren Kompetenzstufen zu erlangen. Bezogen ist der Konzeptionsrahmen auf die Stufen zur Pflegekompetenz (Benner) bzw. die Beschreibung der Merkmale der jeweiligen Kompetenz (Olbrich).

Die einzelnen Dimensionen des Curriculums beinhalten zwar Vorgaben von Unterrichtsinhalten und formulieren Lernziele, die Orientierung für Lehrende am angestrebten Kompetenzerwerb in der Ausformulierung der Unterrichtsinhalte bleibt jedoch offen.

Im Gegensatz dazu werden in der FH-GuK-AV BGBL II 2008/200 (siehe oben) ausführlich Kompetenzen beschrieben.

Kritisch beobachtet werden müssen allerdings die Auswirkungen der sozialstrukturellen und –ökonomischen Erneuerungen auf die Berufsentwicklung der Pflegeberufe. Besonders im Bereich der Altenpflege und häuslichen Pflege gibt es hauptsächlich ökonomisch induzierte Neigungen der Deprofessionalisierung indem die Pflege wieder verstärkt jenseits des Berufssystems verankert wird. Besonders in der Altenpflege und in der häuslichen Pflege fallen solche Tendenzen auf (vgl. Darmann & Keuchel, 2005, S. 176).

Anmerkung der Verfasserin: Mit dem *Begriff der Deprofessionalisierung* wird ein Vorgang bezeichnet, bei dem eine professionelle Tätigkeit konstitutive Strukturelemente und Autonomiepotentiale einbüßt, die bereits realisiert waren.

Zusammenfassung: Die Pflegeausbildung in Österreich ist in den letzten gut zwei Dekaden maßgeblich beeinflusst und verändert worden: Einerseits von der Novellierung des GuKG 1997, das durch die Formulierung eines eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereichs so etwas wie einen Paradigmenwechsel

eingeleitet hat, was das Selbstverständnis der Pflege als eigenständiger Profession betrifft und auch eine Veränderung der Ausbildung mit dem neuen offenen Curriculum nach sich zog.

Die Ansiedlung der Pflegeausbildung im tertiären Bereich wie in Bologna 1999 zur Bildung einer einheitlichen europäischen Hochschullandschaft in der Pflegeausbildung verabschiedet geht in Österreich langsam voran. Der Erwerb von Kompetenzen wird eigentlich nur in einer Ausbildungsverordnung konkret gefordert, das ist die der Fachhochschulen, in der im GuKG formulierten Ausbildungsverordnung für die dreijährige Grundausbildung in den Schulen der Gesundheits- und Krankenpflege sowie im Berufsbild kann der Kompetenzbegriff nicht ausgemacht werden. Einzig im Konzeptionsrahmen des offenen Curriculums sind die an Benner und Olbrich angelehnten Kompetenzformulierungen zu finden, in der Ausformulierung der einzelnen Unterrichtsdimensionen bleibt ein kompetenzorientierter Ansatz lückenhaft.

4 Zum Begriff Pflegekompetenz

4.1 *Pflegekompetenz nach Christa Olbrich*

Eine wichtige und zentrale Bedeutung in der heutigen Debatte um die Professionalisierung der Pflege hat der Begriff der Kompetenz. Die deutsche Pflegewissenschaftlerin Christa Olbrich ging im Rahmen ihrer Dissertation der Frage nach, was sich im Pflegealltag de facto an Wissen und Können der Pflegeperson manifestiert und welche Anforderungen und Bedingungen der Pflege in der Praxis zugrunde liegen (vgl. Menche, 2011, S. 24). Mit Hilfe eines wissenschaftlich methodisch qualitativen Ansatzes – Olbrich bediente sich der Grounded Theory, entwickelt die Autorin eine Theorie der Pflegekompetenz, in der sich die Komplexität der Pflege und des pflegerischen Handelns zeigt (vgl. Olbrich, 1999, S. 36).

Olbrich beschreibt in ihrem Modell einer spezifischen Pflegekompetenz, dass diese sich erst im konkreten Handeln der Pflegenden zeigt. Sie geht auch davon aus, dass unterschiedliche Kompetenzen benötigt werden, um regelgeleitet und zugleich reflektiert sowie aktiv-ethisch handeln zu können. Dazu bedarf es der Fähigkeit, situativ-beurteilend tätig zu sein, um richtige Schlussfolgerungen für das Handeln zu ziehen. Grundsätzlich sollen die Lernenden im Rahmen der Ausbildung sowie in Fort- und Weiterbildungen befähigt werden, durch stetige Kompetenzentwicklung ihre Handlungsmöglichkeiten dauerhaft zu erweitern. Kompetenzen zu messen, ist jedoch nicht einfach und stellt die Pflegebildungsforschung vor große Herausforderungen bei der Entwicklung von Instrumenten und geeigneten Prüfungsverfahren (vgl. Menche, 2011, S. 24).

In der vorliegenden Untersuchung von Olbrich waren Pflegepersonen bereit, Situationen aus dem Pflegealltag zu beschreiben. In diesen Beschreibungen stellten sie fast alle pflegerischen Handeln in das Zentrum der Pflege (vgl. Olbrich, 2010, S. 57). Olbrich erarbeitete Fragebögen mit der Themenstellung: „Bitte beschreiben Sie eine Pflegesituation, die für Sie oder für einer ihrer Patientinnen oder Patienten von

Bedeutung war“. Diese Situationsbeispiele wertete sie auf einer wissenschaftlichen Grundlage aus. Damit konnte Olbrich Dimensionen des pflegerischen Handelns formulieren (vgl. Olbrich, in Schneider 2005, S. 9).

4.1.1 Fähigkeiten

Laut Olbrich (2010) wird der Begriff Fähigkeiten genauso wie der Begriff Kompetenz oft gleichbedeutend verwendet. Fähigkeiten sind aber nur im Bereich der Anwendung von Wissen angesiedelt, diese Anwendung wird eindimensional ausgeführt (vgl. Olbrich, 2010, S. 105).

„Fähigkeiten bedeuten das Anwenden und Ausführen von Pflege aufgrund von Wissen und Erfahrungen. Sie beinhalten oder erfordern keine Herstellung von Bezügen außerhalb dieser Anwendung, sind also weder reflexiv noch transaktional“ (Olbrich, 2010, S. 105).

4.1.2 Kompetenz

Olbrich (2010) beschreibt Kompetenz wie folgt:

Kompetentes Handeln setzt voraus, dass die handelnde Person Fähigkeiten hat. Die Person zeichnet sich auch dadurch aus, dass sie in der Lage ist, optimierende Transaktionen herzustellen. Menschen werden in ihrer Gesamtsituation wahrgenommen. Gedanken, Gefühle und Werte der eigenen Person werden miteinbezogen. Kompetenz setzt sich aus unterschiedlichen Komponenten und Fähigkeiten zusammen. Jeder Patient und jede Pflegeperson hat seine persönliche Art des Ausdrucks. Kompetenz ist das Zusammenspiel von in einer Person verankerten Komponenten des Wissens, Könnens, der Erfahrungen und der Fähigkeiten. Eine Person ist also nicht an sich kompetent sondern immer nur im Bezug zu ihrem Umfeld und zu einem kranken Menschen und dessen Umfeld (vgl. Olbrich, 2010, S. 105 – 106).

„Pflege ist ein zutiefst ethisches Geschehen, mit zunehmender Kompetenz wird sie als aktiv-ethisches Handeln sichtbar“ (Olbrich, 2010, S. 103).

4.1.3 Dimensionen des pflegerischen Handelns

4.1.3.1 Regelgeleitetes Handeln

Pflegepersonen handeln regelgeleitet, das bedeutet, pflegerisches Handeln mit der Orientierung an Regelwissen und nach allgemein anerkannten Vorgaben (vgl. Olbrich, 2010, S. 60 - 61). Ihre Tätigkeit beruht auf Fachwissen, Können und einer sachorientierten Anwendung dieser Fähigkeiten. Das Handeln vollzieht sich innerhalb von Routine und den vorgefundenen Regeln und Normen. Es werden keine Bezugnahmen außerhalb der ausführenden Pflegemaßnahmen hergestellt. (vgl. Olbrich 2005, S 9) Diese Dimension der Pflege kann als Antwort auf die Frage gestellt werden: „Was ist der Inhalt der Pflege?“ und „Wie werden sie ausgeführt?“ (vgl. Olbrich, 2010, S. 61).

Beispiel: „ Sr. A. darf ich ihnen noch kurz den Verbandwechsel machen Herr B. bevor Sie weggehen?“

Herr B. „Der Arzt hat gesagt, dass ich keinen Verband mehr brauche, danke.“

Sr. A. „Hier steht aber anders, ich richte mich nach der Vorschreibung des Arztes.“

Herr B. „Das stimmt aber nicht mehr – na gut- wenn sie es besser wissen.“

Sr. A. Ich mache ihnen jetzt den Verband, später kann ich den Arzt noch einmal fragen ob....“ Eine Stunde später.....

Sr. A. zu Herrn B. „Sie haben recht gehabt – ich weiß nicht warum der Arzt das nicht geändert hat – jetzt nehme ich ihnen den Verband wieder weg.“

Herr B. war zufrieden.

Die Pflegeperson führt den Verbandwechsel routinemäßig durch. Sie hat die Vorschreibung der Ärztin / des Arztes, an die sie sich hält. Obwohl die Patientin / der Patient sagt, dass laut Ärztin/Arzt der Verband nicht mehr notwendig sei, besteht sie darauf einen neuen Verband anzulegen. Sie nimmt ihre eigene Beurteilungsfähigkeit angesichts der Wunde nicht in Anspruch. (Ob sie diese Fähigkeit gehabt hätte wissen wir nicht). Sie glaubt auch nicht der Patientin / dem Patienten, denn diesen hält sie nicht für kompetent, obwohl er sich auf den Arzt die Ärztin beruft und er

entlassen wird. Die Handlungsfähigkeit der Pflegeperson bezieht sich auf das korrekte Anlegen eines Verbandes (vgl. Olbrich, 2010, S. 69).

Die Patientin, der Patient ist das Objekt, an dem die Pflege verrichtet wird. In dem Ausdruck - Pflege bei - Herzinfarkt, Diabetes oder Schlaganfall, spiegelt sich dieses wieder (vgl. Olbrich, 2010, S. 118).

Pflegeperson → Patient

Wie kann regelgeleitetes pflegerisches Handeln gelernt werden?

Regelgeleitetes pflegerisches Handeln kann durch deklaratives und prozedurales Lernen gelernt werden. (vgl. Olbrich 2010, S 181).

Das deklarative Lernen beinhaltet das Erlernen von Fakten und Prinzipien (Grundlagenwissen) eines bestimmten Fachgebietes z.B. Anatomie, Physiologie Pharmakologie, Pathologie. Diese Fakten können kognitiv gelernt und deklariert (aufgesagt) werden. Es ist relativ leicht zu überprüfen und kommt in den Lehrplänen sehr häufig vor. Die Bedeutung des Wissens wird kaum hinterfragt (vgl. Olbrich 2010, S 177). Das prozedurale Lernen beinhaltet das Erlernen von Fertigkeiten. In der Pflegeausbildung wird sehr viel Wert auf Demonstration von praktischem Wissen gelegt z.B. Essen eingeben, richtiges Positionieren. Die Beurteilung, ob diese Pflegemaßnahme in dieser Situation für diese Patientin / diesen Patienten passend ist, ist damit noch nicht gelernt (vgl. Olbrich, 2010, S. 177).

4.1.3.2 Situativ-beurteilendes Handeln

Pflegepersonen, die situativ-beurteilend handeln, orientieren sich aufgrund ihrer Beurteilung der Situation als Ganzes. Es werden Bezugnahmen von anderen Faktoren z.B. Patientinnen und Patienten in ihrer Person, ihrem Umfeld, die Pflegemaßnahmen als solche, der Tätigkeitsbereich oder Vergangenheit und Zukunft mit in die Handlung eingezogen (vgl. Olbrich, 2005, S. 9 – 10). Situativ-beurteilendes Handeln kann als die Berücksichtigung der individuellen und einzigartigen Situation einer ganz bestimmten Patientin oder eines ganz bestimmten Patienten innerhalb

eines Kontextes gesehen werden. Pflegerisches Handeln beinhaltet deshalb auch die Beschäftigung mit den Fragen: „Wo wird Pflege wirksam?“ und „Wann wird Pflege wirksam?“ (vgl. Olbrich, 2010, S. 62).

Beispiel: Frau C. war nach einem Schlaganfall. Sie konnte nicht stehen, sitzen und war vollständig auf Hilfe angewiesen. Zu diesem Zeitpunkt konnte sie sich bereits wieder selbstständig waschen, anziehen und essen. Frau C. bedauerte häufig ihre Unzulänglichkeiten und bewegte sich mit ihren Gedanken und Gefühlen in einem defizitären Selbstbetrachtungsfeld. Wenn Sie von Pfleger D. beim pflegerischen ATL-Training auf ihre Fortschritte aufmerksam gemacht wurde und ihr ihre Ressourcen aufgezeigt wurden war sie darüber erfreut, fiel aber immer wieder in ihr negatives Selbstbild zurück. Pfleger D. erlebt dies immer wieder frustrierend und fragte sie daher wie es den vor dem Schlaganfall gewesen war. Sie sagte daraufhin, dass dies schon immer so gewesen sei und sie so erzogen sei, sich im Hintergrund zu halten und ihre Pflichten zu erfüllen. Pfleger D. wurde bewusst, dass sie sich aus der von Kindheit an geprägten Rolle nicht mehr lösen wird können. Pfleger D. war bewusst, dass er ihr nur kurze freudvolle Momente schenken kann. Er musste sie, als eine von ihrer persönlichen Geschichte geprägten Menschen, akzeptieren.

Bei diesem Beispiel ist zu sehen, wie eine pflegerische Situation im Rahmen der Rehabilitation tiefgehend betrachtet werden kann. Die Pflegeperson gibt nicht nur anleitende Maßnahmen, sondern kann auch erkennen warum es immer wieder zu frustrierenden Situationen kommt und wie sie der Patientin / dem Patient trotzdem sinnvoll weiterhelfen kann. Diese Pflegeperson hat die Fähigkeit der Empathie und kann die Patientin dem Patienten als eine von ihrer persönlichen Geschichte geprägte Person akzeptieren (vgl. Olbrich 2010, S. 72 – 73).

„Kompetenz im situativ-beurteilenden Handeln heißt vor allem, sich in den Patienten und sein Umfeld vertieft einfühlen und das wesentliche wahrnehmen zu können“ (Olbrich, 2010, S. 74).

Die Patientin / der Patient wird als Subjekt wahrgenommen, das bedeutet er/sie wird als Person in ihrer/seiner eigenen Lebenswelt gesehen. Die Patientin / der Patient

wird in ihre / seine Pflege miteinbezogen. Im Vorfeld geplante Pflegemaßnahmen werden in der konkreten Pflegesituation flexibel gehandhabt (vgl. Olbrich 2010, S. 118).

Pflegeperson → Patient

Umfeld

Situativ-beurteilendes pflegerisches Handeln kann durch konditionales Lernen gelernt werden (vgl. Olbrich, 2010, S. 182). Experimente und Fallbeispiele sind wichtige Grundlagen für den konditionalen Lernprozess. Die Einsätze von Simultanpatienten können ebenfalls eine sehr wertvolle Hilfe sein (vgl. Olbrich, 2010, S. 183). Es geht um die Fähigkeit des Auszubildenden, die Kondition einzuschätzen, unter denen die Anwendung deklarativen und prozeduralen Wissens am erfolgreichsten sein kann (vgl. Olbrich, 2010, S. 178). Laut Benner sind es die Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten, die die Situation intuitiv als ganzes wahrnehmen und direkt auf den Kern des Problems vordringen ohne viel Zeit mit unfruchtbaren Alternativlösungen zu verlieren (vgl. Benner, 2012, S. 71).

4.1.3.3 Reflektiertes Handeln

Innerhalb dieser Dimension sind nicht nur die Patientinnen und Patienten Gegenstand der Reflexion, sondern die eigene Person wird als Mensch in das Geschehen mit einbezogen. Gefühle und Gedanken werden vom eigenen Erleben aus aktualisiert. Es wird nachgedacht, ob man in seiner beruflichen Rolle glücklich oder unglücklich ist (vgl. Olbrich, 2005, S.10). Handeln von Pflegepersonen kann als bewusster Umgang mit dem Subjektiven der zu pflegenden und am Pflegegeschehen beteiligten Menschen auch in selbstreflexiver Weise gesehen werden. Innerhalb dieser Dimension kann man sich dem Wesen der Pflege mit den Fragen „Wodurch und womit geschieht die Pflege?“ nähern (Olbrich, 2010, S. 63).

Beispiel: ...Fr. F. eine 40-jährige Patientin lag nach einer urologischen Operation postoperativ auf der Intensivstation, sie hatte eine starke Nachblutung und Blutkonserven

waren bestellt. Bei Dienstbeginn von Sr. E. wurde ihr Frau F. als sehr schwierig übergeben. Bei der Vitalzeichenkontrolle fragte Sr. E. die Patientin wie es ihr gehe. Frau F. öffnete die Augen und sah Sr. E. tief in die Augen und sagte: „Ich habe Angst.“ Sr. E. konnte sich das sehr gut vorstellen, denn der Allgemeinzustand der Patientin war nicht gut. Sr. E. zeigte Mitleid und erklärte der Patientin, dass die Blutkonserven bald da sein würden. Sr. E. muss Frau F. ein Gefühl der Sicherheit gegeben haben. Am nächsten Abend erfuhr Sr. E., dass Frau F. nach ihrem Weggehen äußerst unruhig war. Fr. F. musste wieder auf die Intensivstation transferiert werden. Sr. E. versuchte ihren Kollegen zu erklären, dass die Patientin Todesängste hätte und Verständnis für ihre Ängste suchte. Sie hatte nicht das Gefühl, dass die Kollegen und Kolleginnen verstanden was sie meinte.

Sr. E. denkt, dass es wichtig ist mit eigenen Ängsten umgehen zu lernen, denn nur dann ist man in der Lage auf die Ängste anderer Menschen einzugehen ohne Angst haben zu müssen, von den Ängsten überwältigt zu werden. Vor einigen Jahren hätte sie wie ihre Kolleginnen und Kollegen reagiert.

Diese Pflegeperson erreicht es, einer in Todesangst befindlichen Patientin zu helfen, sie vermittelt Feingefühl und Sicherheit, die Patientin wird ruhiger. Das Unvermögen der Kolleginnen und Kollegen, zu verstehen und auf Patientinnen und Patienten passend einzugehen, veranlasst die Pflegenden, darüber nachzudenken. Darin wird deutlich, dass der Umgang mit den Ängsten anderer Menschen die vorübergehende Auseinandersetzung mit den eigenen Ängsten voraussetzt. Kompetenz innerhalb einer reflektierenden Pflege bedeutet, die eigene Persönlichkeit mit in das Pflegegeschehen hinein zu nehmen (vgl. Olbrich 2010, S. 75 – 76).

„Kompetenz in dieser Dimension heißt, sich mit Aspekten seiner eigenen Person auseinandergesetzt zu haben und sich in selbstreflexiver Weise in das Pflegegeschehen mit einzubringen“ (Olbrich, 2010, S. 77).

Die eigenen Gefühle und Gedanken der Pflegeperson sind ein wichtiger Teil der Pflegebeziehung. Die Pflegeplanung auf der Basis einer Pflegetheorie kann in dieser pflegerischen Dimension als Grundlage gesehen werden. Der pflegerische Bezug

kann als Subjekt – Subjekt - Beziehung gesehen werden, die Umwelt beider Personen wird miteinbezogen (vgl. Olbrich, 2010, S. 119).

Pflegeperson → Patient

Umfeld → Umfeld

Reflektiertes pflegerisches Handeln kann durch reflektierte Lernprozesse gelernt werden (vgl. Olbrich, 2010, S. 184). In amerikanischen Lehrplänen findet man in jedem Studienfach Kurse die sich mit der persönlichen Entwicklung beschäftigen. Jedes akademische Fachgebiet sollte die Studierenden mit bestimmten Fragen zu Wertmaßstäben, Überzeugungen und Einstellungen, mit denen sie sich auseinandersetzen müssen konfrontieren, damit sie die Kultur dieser Disziplin erfassen als auch mit ihr umgehen können. In der Krankenpflegeausbildung könnte man unter diesen Gesichtspunkten das Fach Ethik anführen. In diesem Fach könnte das reflektierende Lernen umgesetzt werden, ob dies immer verwirklicht wird, bleibt offen. Allerdings werden die Krankenpflegeschülerinnen / Krankenpflegeschüler vor allem in der praktischen Ausbildung immer wieder angehalten über die Wirkung ihres Handelns nachzudenken. Dies erfolgt allerdings mehr sporadisch und weniger systematisch (vgl. Olbrich, 2010, S. 179). Zur professionellen Kompetenz gehört das systematische Reflektieren auf verschiedenen Ebenen z.B. über das Befinden der Patientin / des Patienten, über das Angebracht sein von verschiedenen Pflegemaßnahmen, über die Teamarbeit der Abteilung etc.. Diesbezügliche Lernprozesse müssen von Beginn der Ausbildung an integriert werden, in der Theorie und auch in der Praxis. Nur so können Gesundheits- und Krankenpflegeschülerinnen und Krankenpflegeschüler diese Kompetenz entwickeln (vgl. Olbrich, 2010, S 184 – 185).

4.1.3.4 Aktiv-ethisches Handeln

In dieser Dimension des Handelns vollzieht sich Kompetenz. Hier werden Pflegepersonen durch Handeln auf der Grundlage von Werten aktiv. Das Motiv dafür kann z.B. sein, dass eine Patientin oder ein Patient in seiner Würde verletzt wurde

oder die Pflegeperson nicht nach den Werten ihres Pflegeverständnisses handeln konnte. Die Pflegeperson hat hier nicht immer die Unterstützung vom Pflorgeteam und handelt auch hier nicht immer innerhalb der stationsüblichen Normen.

Diese Pflegepersonen haben Wissen, denken nach, können Werte wahrnehmen und aufgrund ihrer Einschätzung passend handeln. Wird Kompetenz in diesen Dimensionen des pflegerischen Handelns betrachtet, so ist nicht das Wissen an sich schon Kompetenz, sondern muss auch in adäquater Weise zur Anwendung kommen. Das Fachwissen ist die Basis, erst darauf aufbauend kann eine Sachlage beurteilt und Entscheidungen getroffen werden. Es ist notwendig, dass alle Aspekte einschließlich der eigenen Person reflektiert werden um aktiv-ethisch handeln zu können. Ethisch kann auch nur jemand handeln, der über Wissen verfügt, Werte reflektiert und als Mensch willensstark genug ist, dass er das als richtig Erkannte auch aktiv umsetzen kann (vgl. Olbrich, 2005, S.10 – 11). Aktiv-ethisches Handeln in pflegerischen Situationen kann als ein bewusstes, reflektiertes, aktives Umgehen mit ethischen Werten, die für die Patientinnen und den Patienten wichtig sind, bezeichnet werden. Dieses Handeln überschreitet die übliche Routine und zeigt sich als stellvertretendes Handeln für den Patienten. Die Frage nach dem Selbstverständnis der Pflege lautet hier: „Warum wird Pflege ausgeführt?“ (vgl. Olbrich, 2010, S. 65).

Beispiel:Frau G. war 95-jährige Patientin aus einem Pflegeheim. Sie hatte keine Angehörigen mehr. Sie kam in unser Krankenhaus mit einem Ileus der kurativ (Resektion des Dickdarms) behandelt werden konnte. Die Patientin kam postoperativ auf die Intensivstation, weil sie beatmet werden musste. Leider war eine Entwöhnung vom Respirator nicht mehr möglich. Es folgten (über Wochen) mehrere Extubationsversuche die immer wieder mit Reintubation und Beatmung endeten. Aus diesem Grund durfte Frau G. lt. dem stationsführenden Oberarzt keine Schmerzmedikamente bekommen um Spontanatmungsversuche nicht zu gefährden. Fr. G. war wach, reagierte nur langsam und war sehr schwach. Sie zeigte mimische Zeichen der Abwehr und des „Nichtwollens“. Sr. H. konnte dieses Leiden einfach nicht mehr mit ansehen. Bei dem Versuch den Oberarzt zu einem suffizienten Schmerzmittel zu überreden, erntete sie nur Missstimmung und Beschimpfung. Der Arzt dachte ernsthaft über ein Tracheostoma und weitere Therapien

nach. Die Pflegepersonen wollten eine vernünftige Schmerztherapie und das „Sterben dürfen“ der Patientin. Zum Glück nahm das pflegerische Stationsteam zu diesem Zeitpunkt an einer Supervision teil, in der alle zusammen einen Plan aufgestellt haben, wie Wünsche in einem Gespräch mit dem Oberarzt erfolgsversprechend eingebracht werden können. Dieses Gespräch hatte Sr. H. für den nächsten Dienst geplant. Glücklicherweise musste es noch nicht stattfinden, denn ihre Vorstellungen waren in Erfüllung gegangen. Fr. G. durfte friedlich sterben.

Diese Pflegeperson besitzt sehr viel Kompetenz und Einfühlungsvermögen was die Wahrnehmung der völlig hilflosen, im Sterbeprozess befindlichen Frau betrifft.

Sie bringt auch noch die Stärke und Mut auf, sich mit den Ärztinnen und Ärzten auseinanderzusetzen. Sie setzt ihre persönliche Kompetenz ein, um stellvertretend für diese Frau zu kämpfen und widersetzt sich somit den hierarchischen Strukturen und den routinemäßigen Abläufen auf der Intensivstation. Der dahinter liegende Grund ist wohl, dass diese Krankenschwester sich trotz der alltäglichen Entmenslichung im medizinischen Handeln ein Menschenbild bewahrt hat, das das Leiden erkennt und das Sterben von Menschen erlaubt. Aktiv ethische Kompetenz beruht nicht nur auf dem Erkennen eines ethischen Dilemmas, sondern kann auch daraus sichtbare Konsequenzen ziehen (vgl. Olbrich, 2010, S. 78 - 80).

„Kompetenz in aktiv-ethischer Dimension heißt, als Person so stark zu sein, dass die erkannten Werte innerhalb der Pflege auch aktiv handelnd oder kommunikativ ausgedrückt werden können und der Patient sichtbare Hilfe erreicht“ (Olbrich, 2010, S. 81).

Auf dieser Ebene von Kompetenz kommt zur Subjekt-Subjekt-Beziehung noch eine ethische und aktiv handelnde Qualität hinzu. Der pflegerische Bezug passiert auf der Basis von Werten die eine Hilfe im umfassenden Sinne für die Patientin dem Patienten bedeutet (vgl. Olbrich, 2010, S. 120).

Werte

Pflegeperson → Patient

Umfeld → Umfeld

Dieser Dimension (aktiv-ethisches Handeln) des pflegerischen Handelns liegen sehr komplexe Lernprozesse zugrunde. Olbrich nennt diese Lernprozesse „identitätsförderndes Lernen“ (vgl. Olbrich, 2010, S. 185). Es ist die Ebene einer personalen Auseinandersetzung, welche erst ein angemessenes Pflege- und Berufsverständnis ermöglicht (vgl. Olbrich, 2010, S. 181). Richten wir den Blick auf uns selbst, so stellt sich die Frage nach dem eigenen Sein in der beruflichen Rolle, nach einem Übereinkommen zwischen Selbst- und Berufsverständnis. Daraus ergibt sich, dass hierzu Lernprozesse gestaltet werden müssen. Aus der Sicht der Lernenden geht es um Nachdenken über eigene Erfahrungen, Wünsche, Gefühle und letztlich auch über das Sterben. Krankenpflegeschülerinnen und Krankenpflegeschüler müssen vom Beginn der Ausbildung an in diese Themen eingeführt werden. Das darf nicht nur auf der kognitiven Lernebene passieren sondern eben auch in einer Auseinandersetzung mit der eigenen Berührtheit. Empathie kann nur so entwickelt werden (vgl. Olbrich, 2010, S. 180). Der Entwicklung einer adäquaten beruflichen Identität muss größte Aufmerksamkeit gewidmet werden. Daher sollten entsprechende Theoriekonzepte über Identitätsentwicklung in die Lehrendenausbildung integriert werden.

Diese vier Dimensionen (regelgeleitetes pflegerisches Handeln, situativ-beurteilendes Handeln, reflektiertes Handeln, aktiv-ethisches Handeln) der pflegerischen Handlungskompetenz stehen in einem inneren Bezug so zueinander, dass sie in einer hierarchischen Stufung aufeinander aufbauen. Wenn Pflegepersonen aufgrund von Wissen und Können Sicherheit erworben haben entwickeln sie Fähigkeiten zum situativ-beurteilenden Handeln. Diese führen zu einem gründlichen Nachdenken, in das sie sich selbst einbeziehen. Daraus erst kann anschließend bewusstes, empathisches, aktives und ethisches Handeln entstehen (vgl. Olbrich, 2010, S. 66).

Analog zu den Dimensionen des pflegerischen Handelns, die (wie schon oben erwähnt) in einer hierarchischen Stufung aufeinander aufbauen, können auch Fähigkeiten und Komponenten von Kompetenz aufeinander aufbauend gesehen werden. Aus den vier Dimensionen des pflegerischen Handelns werden Fähigkeiten und Kompetenz wie folgt abgeleitet (Olbrich, 2010, S. 83):

1. *Fähigkeit, Wissen anwenden zu können*
2. *vertiefte Einfühlung, vertiefte Wahrnehmung*
3. *Selbstreflexion*
4. *persönliche Stärke*

Laut Olbrich 2010 zeigen sich bei weiteren genauen Betrachtungen noch mehr herausragende Komponenten pflegerischer Kompetenz. Es sind Komponenten des reflektierenden, empathischen und auf persönlicher Stärke beruhenden pflegerischen Handelns. Dazu gehören:

1. Reflektierende Komponenten z.B. Nachdenken auf der Metaebene über pflegerisches Handeln
2. Emotionale Komponenten z.B. Empathie
3. Persönliche Gegenwart z.B. räumliche Nähe bei einem sterbenden Patienten
4. Intuition z.B. Einsetzen mehrerer Sinne inkl. den sogenannten „6. Sinn“
5. Außergewöhnlicher Mut z.B. etwas außerhalb der Regeln für den Patienten zu tun
6. Anwalt für den Patienten sein z.B. in einer außergewöhnlichen Situation für einen Patienten stellvertretend handeln (vgl. Olbrich 2010, S. 84 – 100).

4.2 Pflegekompetenz nach Patricia Benner

4.2.1 Kompetenzstufen nach Benner

Die amerikanische Pflegewissenschaftlerin Patricia Benner hat sich mit der Frage beschäftigt, wie Pflegepersonen im Laufe ihrer beruflichen Tätigkeit lernen, Situationen einzuschätzen und daraus professionelles Einschätzungsvermögen

entwickeln. Daraus entwickelte sie ein Stufenmodell (vgl. Menche, 2011, S. 24). Benner beruft sich in ihren Forschungen auf den Mathematiker und Systemanalytiker Stuart Dreyfus und den Philosophen Hubert Dreyfus. Diese beiden Wissenschaftler haben auf der Grundlage der Untersuchungen an Schachspielern und Piloten ein Modell des Kompetenzerwerbs entwickelt. Demzufolge durchläuft ein Lernender beim Erwerben und Vertiefen einer Fähigkeit fünf verschiedene Leistungsstufen: Anfängerinnen/Anfänger, fortgeschrittene Anfängerinnen/fortgeschrittene Anfänger, kompetente Pflegepersonen, erfahren Pflegepersonen, Expertinnen und Experten (vgl. Benner, 2012, S. 57).

Benners Arbeit beruht auf Gesprächen mit Pflegepersonen. Es wurden Interviews mit 21 Paaren, jeweils einer unerfahrenen Pflegeperson und einer Pflegeperson die anerkanntermaßen über eine hohe Kompetenz im Pflegeberuf verfügt, durchgeführt. Diese Paare standen im Verhältnis Mentor und Berufsanfänger zueinander. Jeder der beiden Partner wurden einzeln über Pflegesituationen befragt, in der sie mit dem anderen Partner zusammengearbeitet hatten. Ergänzend zu diesen paarweisen Beschreibungen der Pflegesituation wurden mit weiteren Pflegepersonen Interviews und/oder teilnehmende Beobachtungen zur selben Pflegesituation durchgeführt, um noch ein deutlicheres Bild zu erhalten.

Die Auswertung der Daten erfolgte unter dem qualitativen Forschungsansatz der Phänomenologie und lehnte sich an die vergleichende Methodologie von Strauss und Glaser an (vgl. Benner, 2012, S. 58 – 60).

Im diesem Rahmen zeigten sich fünf Entwicklungsstufen in der Pflegepraxis: Anfänger, fortgeschrittene Anfänger, kompetente Pflegende, erfahrene Pflegende und Pflegeexperten (vgl. Benner, 2012, S. 15). Nicht alle Pflegepersonen können jedoch zu Expertinnen / Experten werden. Pflegepersonen die nicht in der Lage sind zwischenmenschliche Fähigkeiten auszubilden erreichen die Expertenstufe nicht (vgl. Benner, 2012, S. 32).

Stufe 1: Anfänger

Für die Anfängerinnen und Anfänger ist das Verhalten sehr eingeschränkt und starr. Neulinge sind auf Regeln angewiesen nach denen sie sich richten können. Sie brauchen eindeutige messbare Daten (z.B. Puls, Temperatur etc.) um den

gesundheitlichen Zustand eines Patienten einschätzen zu können. Eingeschränktes und unflexibles regelgeleitetes Verhalten ist typisch für Anfängerinnen und Anfänger. Krankenpflegeschülerinnen und Krankenpflegeschüler sind meist so unerfahren. Es kann aber auch jede Pflegeperson bei Aufnahme in ein fremdes Berufsfeld der Pflege wieder auf der Stufe des Neulings sein (vgl. Benner, 2012, S. 63).

Stufe 2: Fortgeschrittene Anfängerin/fortgeschrittener Anfänger

Fortgeschrittene Anfängerinnen und Anfänger erfüllen in ihren Leistungen schon bestimmte Mindestanforderungen. Sie haben bereits viele Situationen bewältigt, sodass sie sich der wiederkehrenden Bestandteile bewusst werden können. Sie arbeiten gleichsam regelgeleitet wie Anfänger. Sie können Ausschnitte einer Situation erfassen, aber nicht die gesamte Situation. So können sie z.B. einen Patienten versorgen und erfassen sind aber nicht in der Lage gleichzeitig zu erfassen, dass ein anderer Patient im selben Zimmer Hilfe beim Aufstehen braucht (vgl. Benner, 2012, S. 64).

Stufe 3: Kompetente Pflegende

Pflegende die etwa zwei bis drei Jahre im gleichen oder in einem verwandten Berufsfeld arbeiten entwickeln Kompetenzen die es ihnen ermöglichen, ihr Handeln auf langfristige Ziele und Pläne auszurichten. Z.B. Kompetente Pflegepersonen weichen eventuell von Regeln (tägl. Mobilisieren) ab verlieren aber das Gesamtziel der Mobilisation nicht aus den Augen. Sie sind in der Lage Probleme analytisch zu betrachten und sie haben das Gefühl mit den Aufgaben die ihnen ihr Beruf stellt fertig zu werden (vgl. Benner, 2012, S. 67).

Stufe 4: Erfahrene Pflegende

Auf dieser Stufe werden Situationen als Ganzes wahrgenommen. Situationen werden aufgrund früherer Erfahrungen sofort erfasst. Erfahrene Pflegepersonen können leicht Entscheidungen treffen und sind in der Lage direkt zum Kern des Problems vorzudringen. Sie können auch in der Situation wichtige von unwichtigen Dingen unterscheiden. Sie wissen, worauf es in der Pflegesituation ankommt und sie beherrschen schwierige Situationen und Krisen (vgl. Benner, 2012, S. 68 - 69).

Stufe 5: Pflegeexpertin/Pflegeexperte

Unter Pflegeexpertinnen /Pflegeexperten werden Pflegepersonen verstanden, die über sehr viel Erfahrung in ein und demselben Pflegebereich verfügen. Sie sind aufgrund ihrer Erfahrung in der Lage Situationen intuitiv zu erfassen und direkt den Kern des Problems zu erkennen ohne viel Zeit zu verlieren. Es ist nicht immer einfach aus Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten schlau zu werden, da sie viel Verständnis für die gesamte Situation haben und danach handeln. Beispielsweise werden bedrohliche Situationen von Patientinnen und Patienten verspürt, bevor es noch messbare klinische Zeichen gibt. Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten sind in der Lage dies zu erfassen und zu interpretieren ohne dafür genaue Gründe nennen zu können. Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten sind nicht überall vorzufinden, sie sind nicht häufig (vgl. Benner, 2012, S. 71 - 72).

Benner hat festgestellt, dass die Pflegeexpertise von Stufe eins bis Stufe drei linear verläuft. Der Schritt zur Stufe vier hingegen ist ein plötzlicher Sprung (vgl. Menche, 2011, S. 25).

Um Kompetenzen und Bereiche zu identifizieren wurden Pflegepersonen gebeten Erfahrungen, die sie mit verschiedenen Patientinnen und Patienten hatten, so genau wie nur möglich zu beschreiben. Die Auswertung der Protokolle ergab später 31 verschiedene Kompetenzen. Diese wurden in sieben verschiedene Bereiche, induktiv aus den Kompetenzen abgeleitet, eingeteilt. Die einzelnen Kompetenzen des jeweiligen Bereiches sind nicht als vollständige Listen zu sehen. Die einzelnen Kompetenzen eines Bereiches sind nur mögliche Beispiele (vgl. Benner, 2012, S. 83 – 85).

4.2.2 Bereiche der Pflegepraxis

Zu den Bereichen der Pflegepraxis ergeben sich nach Benner sieben verschiedene Bereiche, die von Kompetenzen beschrieben werden.

Die erste Kompetenz wird als Helfen bezeichnet, dazu haben sich sieben verschiedene Kompetenzen ergeben.

- Die heilende Beziehung: ein heilendes Klima schaffen und sich dafür einsetzen, dass Heilung geschehen kann.
- Dem Patienten seine Lage so angenehm wie möglich gestalten; sein Gefühl, ein Mensch zu sein, auch angesichts von Schmerz oder schwerstem Zusammenbruch erhalten
- Einfach da sein
- Den Patienten dazu befähigen, sich so stark wie möglich an seiner Genesung zu beteiligen und Verantwortung dafür zu übernehmen.
- Schmerzen einschätzen und geeignete Maßnahmen sowohl für den Umgang mit ihnen als auch zu ihrer Bekämpfung auswählen
- Trost spenden und Kontakt herstellen über körperliche Berührung
- Die Angehörigen emotional und durch Informationen unterstützen
- Den Patienten durch emotionale Krisen und Entwicklungsprozesse führen. Neue Möglichkeiten aufzeigen, Hilfe beim Loslassen alter Gewohnheiten: Leiten, Lehren, Vermitteln
 - o Als psychologische und kulturelle Vermittler handeln, Ziele therapeutisch einsetzen
 - o Eine therapeutische Gemeinschaft aufbauen und aufrechterhalten (Benner, 2012, S. 89).

Das Ziel der Hilfe sollte so für den Patienten gestaltet sein, dass der zu Pflegende die Kontrolle über sich wieder zurückerhält und sich somit wieder als vollwertiger Mensch fühlen kann. Das erfordert eine hohe Kompetenz im Zuhören und Nachvollziehen dessen, was die Krankheit für die Patientinnen und Patienten bedeutet und was es für ihn heißt wieder gesund zu werden (vgl. Benner, 2012, S. 109).

Der zweite Bereich der Pflegepraxis wird als Beraten und Betreuen beschrieben dazu haben sich fünf verschiedene Kompetenzen ergeben.

- Das richtige Timing: den Zeitpunkt erfassen, an dem sich der Patient auf neue Erfahrungen einlassen kann

- Dem Patienten dabei helfen, die Folgen seiner Krankheit in sein Leben zu integrieren
- Den Patienten sein Krankheitsverständnis aussprechen lassen und seine Sichtweise nachvollziehen
- Dem Patienten eine Deutung seines Zustands anbieten und Eingriffe erklären
- Die Funktion der Betreuung: kulturell heikle Aspekte der Krankheit zugänglich und verstehbar machen (Benner, 2012, S. 112).

Diese fünf Kompetenzen sind nur ein Bruchteil der Zuständigkeiten über die Pflegepersonen verfügen müssen um den Anforderungen der Beratung und Betreuung gerecht zu werden. Laut Benner ist es ihre Aufgabe, weitere Untersuchungen durchzuführen mit dem Ziel diese Kompetenzen auszuweiten und zu verfeinern, damit Patientinnen / Patienten davon profitieren können (vgl. Benner, 2012, S. 123 – 124).

Den dritten Bereich bezeichnet Benner als Diagnostik und Patientenüberwachung: dazu haben sich fünf verschiedene Kompetenzen ergeben.

- Bedeutsame Veränderungen des Patientenzustandes erkennen und dokumentieren
- Frühe Alarmsignale geben: Komplikationen und Verschlechterungen vorausahnen, noch ehe messbare diagnostische Anzeichen vorliegen
- Zukünftige Probleme gedanklich vorwegnehmen: Vorausschauendes Denken
- Wissen, welche besonderen Probleme und Erfahrungen mit den verschiedenen Krankheiten verbunden sind: die Bedürfnisse des Patienten gedanklich vorwegnehmen
- Die Möglichkeiten des Patienten einschätzen, gesund zu werden und auf verschiedene Behandlungsstrategien ansprechen (Benner 2012, S. 128).

Im Rahmen des Pflegeprozesses lassen sich die Aufgaben der Pflegepersonen in Bezug auf Diagnostik und Überwachung gut in das Pflegeassessments einordnen. Der gesamte Bereich umfasst jedoch weitaus mehr als nur den ersten Schritt im Pflegeprozess (vgl. Benner, 2012, S. 137).

Im vierten Bereich, dem wirkungsvollen Handeln in Notfällen finden sich drei verschiedene Kompetenzen wie:

- Kompetent Handeln in lebensbedrohlichen Notfallsituationen: Probleme schnell erfassen
- Das Unvorhersehbare bewältigen: Handlungsbedarf und Ressourcen in Notfallsituationen rasch aufeinander abstimmen
- Kritische Zustände beim Patienten erkennen und bewältigen, bis der Arzt eintrifft

Die Aufgabe von Pflegepersonen ist nicht nur Notfälle zu vermeiden sondern auch Krisen zu verhindern und zu bewältigen wenn sie eingetreten sind. Es ist eine Tatsache, dass Pflegepersonen die meiste Zeit am Bett verbringen und dass es eine ihrer bedeutendsten Aufgaben ist, Probleme zu erkennen und Veränderungen des Zustandes ihrer Patientinnen und Patienten zu überwachen. Daraus ergibt sich von selbst, dass sie auch mit kritischen gesundheitlichen Situationen bei ihren Patientinnen und Patienten fertig werden müssen bis die Ärztin oder der Arzt eintrifft (vgl. Benner, 2012, S. 147).

Der fünfte Bereich ist die Durchführung und das Überwachen von Behandlungen: dazu haben sich vier verschiedene Kompetenzen ergeben.

- Infusionen möglichst risiko- und komplikationslos beginnen und fortführen
- Medikamente mit Sorgfalt und geringen Risiko verabreichen: Überwachung von therapeutischen und unerwünschten Effekten wie Toxizität und Unverträglichkeiten
- Mögliche Folgen von Immobilität bekämpfen: Prävention und Behandlung von Hautschäden, Mobilisation und Physiotherapie zur Förderung der

Beweglichkeit und Wiederherstellung, Prävention von Atemfunktionsstörungen

- Eine Wundversorgung vornehmen, die schnelles Abheilen, Wohlbefinden und gutes Abfließen von Wundsekreten ermöglicht

Was Pflegepersonen aufgrund ihrer praktischen Erfahrung auf diesem Gebiet leisten können lässt sich auch durch Interviews kaum erfassen. Oft werden therapeutische Verfahren entwickelt, ohne dass man sich Gedanken um die konkrete Umsetzung oder Anwendung in der Praxis macht. Dies wird dann den Pflegepersonen überlassen. Sind die Neuerungen in der Praxis etabliert wird meist nicht mehr nach den Umständen ihrer Entwicklung gefragt (vgl. Benner, 2012, S. 157 – 158).

Im sechsten Bereich, der Überwachung und Sicherstellung der Qualität der medizinischen Versorgung finden sich drei Kompetenzen.

- Maßnahmen auf ihre medizinische und pflegerische Sicherheit überprüfen
- Beurteilen, was ohne Risiko aus dem Behandlungsplan gestrichen und was hinzugefügt werden soll
- Ärzte zur rechten Zeit zu den notwendigen Schritten bewegen

Aus diesem Gebiet können Pflegende nur wenig Befriedigung finden, denn es ist für sie immer beunruhigend, wenn sie erfahren, dass sich „beinahe ein Unfall“ ereignet hätte. Pflegepersonen sind, als Mitglieder eines interdisziplinären Teams, am ehesten dazu in der Lage eine sichere Versorgung ihrer Patientinnen und Patienten zu gewährleisten und dafür zu sorgen, dass die verschiedenen Stationsmitarbeiter nicht aneinander vorbeireden (vgl. Benner, 2012, S. 167 – 168).

Dem siebten Bereich, der Organisation und Zusammenarbeit werden drei verschiedene Kompetenzen zugeschrieben.

- Mit den vielfältigen Bedürfnissen und Wünschen der Patienten umgehen: Prioritäten setzen

- Ein therapeutisches Team aufbauen und funktionsfähig erhalten zur Gewährleistung optimaler Therapie
- Die Folgen von Personalmangel und hoher Fluktuation bewältigen:
 - ✓ Krisenmanagement betreiben
 - ✓ Zeiten extremer Überbelastung vorausschauen und vermeiden
 - ✓ Den Teamgeist pflegen und sich zunutze machen; soziale Unterstützung von anderen Pflegenden erwerben
 - ✓ Eine fürsorgliche Haltung gegenüber den Patientinnen und Patienten aufrechterhalten, auch ohne häufigen und engen Kontakt zu ihnen zu haben
 - ✓ Flexibel mit den Patientinnen und Patienten, Technik und Bürokratie umgehen (vgl. Benner 2012, S. 83-85).

Die oben beschriebenen Kompetenzen beschreiben sehr deutlich wie anspruchsvoll die Rolle der Pflegepersonen im Krankenhaus ist. Teamgeist und Koordination sind Voraussetzungen für kontinuierliche und sichere Pflege (vgl. Benner, 2012, S. 183).

4.3 *Gesellschaftlicher Wandel – neue Kompetenzen in der Pflege*

Sahmel (2011) beschreibt die pflegerische Situation in den Spitälern und Pflegeheimen in Deutschland. Unter anderem ortet er eine Tendenz der Arbeitsverdichtung und Beschleunigung und die Tendenz des Betten-Abbaus.

Im Bereich der Pflegeheime ist ein Zuwachs an schwerstpflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohnern zu verzeichnen, während chronisch Pflegebedürftige und rüstige Alte solange wie möglich zu Hause bleiben und ambulante Hilfe in Anspruch nehmen. Weiters führt Sahmel (2011) aus, dass auch die Finanzierung der ambulanten Versorgung deutlich auf ihre finanziellen Grenzen stößt.

Dem gegenüber steht die Diskussion über Professionalisierung, Akademisierung, Advanced Nurse Practice und generalistische Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege. Offen bleibt für Sahmel (2011) die Frage, ob diese Erneuerungen wirklich auf die neuen Probleme in der Gesundheits- und Krankenpflege vorbereiten.

Ein weiterer bedeutsamer Aspekt für die Zukunft der Gesundheits- und Krankenpflege ist auch die Änderung des Krankheitsspektrums, wie die Zunahme der Zivilisationskrankheiten (Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Schlaganfall, Diabetes mellitus, Erkrankungen der Atemorgane, Krebs, Aids und Sucht-Erkrankungen) die einen engen Zusammenhang mit der Lebensführung aufweisen. Entsprechend dem, muss die Pflege zukünftig in Maßnahmen, welche die Rehabilitation und Prävention betreffen, immer stärker eingebunden werden, vorausgesetzt, dass das Gesundheitssystem auch breit genug finanziert wird. Die steigende Lebenswartung auf der einen und der Geburtenrückgang auf der anderen Seite führen zu einem deutlichen Anteil alter Menschen in der Gesamtbevölkerung und zu einem gesteigerten Hilfsbedarf. Dem gegenüber stehen eine geringe Zahl an hilfsbereiten Jüngeren wie z.B. Familienangehörige, Ehrenamtliche und professionell Pflegende.

Auf die Frage wie Pflege auf diesen Wandel reagieren und argumentieren soll führt Sahmel (2011) aus, dass pflegewissenschaftliche und pflegepädagogische Perspektiven in den Vordergrund rücken sollten um einen Übergang vom derzeit

vorherrschenden medizinisch-technischen zu einem sozialpflegerischen Paradigma in der Pflege zu finden.

Sahmel (2011) schreibt auch, dass der Begriff Kompetenz in der Pflege sehr vielfältig Gebrauch findet. Oftmals werden Kompetenzbegriffe wie (Fachkompetenz, personale Kompetenz, soziale Kompetenz und Methodenkompetenz) aneinandergereiht ohne deutlich zu sagen, dass die soziale Kompetenz ein substantieller Bestandteil der pflegerischen Fachkompetenz ist

(www.paritaet-alsopfleg.de/index.php?option=com...16..., 12. 02. 2013).

Sozialkompetenz setzt emotionale und motivationale Fähigkeiten und Leistungen, auf der Basis von Werten, voraus. Diese Kompetenz zeichnet sich durch ein Zusammenwirken von Wissen, Können, Erfahrungen und Fähigkeiten aus. Sie ist ein Ausdruck des beruflichen Handelns im Kontext mit der Umwelt, dem Gegenüber und sich selbst (vgl. Zimmermann, 2009, S 27).

Innerhalb der berufspädagogischen Bestimmungen ist Sozialkompetenz ein wesentlicher Bestandteil für die Entwicklung der Handlungskompetenz (vgl. Zimmermann, 2009, S 28).

Weiters geht Sahmel (2011) der Frage nach, welche Kompetenzen nun Pflegekräfte konkret brauchen um den zukünftigen Anforderungen gewachsen zu sein. Um diese Frage weiter zu verfolgen beschreibt Sahmel (2011) wichtige Handlungsfelder der Pflege. Dazu gehören:

„Unterstützung und Pflege alter Menschen in der häuslichen und sozialen Umgebung, Beratung und Unterstützung Pflegebedürftiger und deren Bezugspersonen, Hilfe bei Behinderung und Verwirrtheit, Begleitung sterbender, vernetztes Arbeiten mit Professionellen Laien“

(www.paritaet-alsopfleg.de/index.php?option=com...16..., 12. 02. 2013).

Um diese Aufgaben zu bewältigen sind vor allem personale (im Sinne von Selbständigkeit, Einsatzbereitschaft Frustrationstoleranz und Übernahme von Verantwortung) und soziale Kompetenzen (im Sinne von Konfliktfähigkeit, Teamfähigkeit, Kommunikationsfähigkeit, und die Fähigkeit zur Herstellung eines

Gleichgewicht zwischen Selbstverwirklichung und Anpassung an die sozialen Gegebenheiten) zu fördern (vgl. www.paritaet-alsopfleg.de/index.php?option=com...16..., 12. 02. 2013).

Auch Zimmermann fordert angesichts der Bedeutungsvielfalt des Begriffs Sozialkompetenz eine Eingrenzung, im Bereich der Pflege führt sie die Teilbereiche Kooperations- und Teamfähigkeit, Konfliktfähigkeit und Kommunikationsfähigkeit näher an (vgl. Zimmermann, 2009, S 28).

Gesundheits- und Krankenpflegepersonen bringen eine hohe Motivation für sozialkommunikative Tätigkeiten mit, die emotionale Arbeit ist bei ihnen ideologisch hoch angesiedelt (vgl. Bischoff-Wanner, 2002, S. 79).

Gelungene Teamarbeit hat eine besondere Bedeutung in ihrer Wirkung auf die Arbeit mit Patientinnen / Patienten und Angehörigen. Teamarbeit unterstützt viele Prozesse Die Arbeit in der Gruppe führt nicht nur dazu Interesse für Hintergründe und Zusammenhänge zu entwickeln sondern führt auch zur Selbstreflexion und Solidarität. Weiters kann Teamarbeit dazu beitragen die Kontaktfähigkeit und Hilfsbereitschaft zu fördern und ein egoistisches Verhalten reduzieren. (vgl. Zimmermann, 2009, S. 36).

Das Auftreten von interpersonellen Konflikten ist in Krankenhäusern besonders häufig. Ein Grund dafür ist die enge Zusammenarbeit die wiederholt ein Konfliktpotential darstellt. Gesundheits- und Krankenpflegepersonen scheinen dazu zu neigen, Konflikte zu vermeiden bzw. sich ihnen anzupassen. Prinzipiell kann man unter Bewertungskonflikte, Beurteilungskonflikte und Beziehungskonflikte unterscheiden. Einen wichtigen Beitrag zur Konfliktlösung im Krankenhaus kann das Krankenhausmanagement leisten indem es Arbeitsbedingungen und Kooperationsformen schafft, die das Auftreten von Konflikten auf ein Minimum reduzieren (vgl. Zimmermann, 2009, S. 37 – 38).

Es gibt keine andere Berufsgruppe im Krankenhaus die den Patienten während ihres Krankenhausaufenthaltes so nah ist wie die die Gesundheits- und

Krankenpflegepersonen. Das Hauptaugenmerk der Pflege ist nach wie vor auf die körperlichen Aspekte gerichtet. Kommunikation ist ein positiv wirkender Begleitfaktor der körperlichen Pflege, der allerdings bis jetzt noch keinen anerkannten Wert hat. Jede pflegerische Handlung wird von verbalen und oder nonverbalen Reaktionen begleitet, die z.B. angstnehmend, informativ, beruhigend oder explorativ sein können. Kommunikation ist daher ein Teil der professionellen Pflege mit einer besonderen Bedeutung.

Patientinnen und Patienten erhoffen sich von Pflegepersonen einen alltäglichen mitmenschlichen Umgang. Eine tiefe emotionale Beziehung wird nur dann für Patientinnen und Patienten willkommen, wenn sich dies über andere Kontakte nicht verwirklichen lässt. Die Beziehung zwischen dem Patienten und dem zu Pflegenden wird über den kommunikativen Weg eingeleitet und durch spezifische berufliche Tätigkeiten geprägt (vgl. Zimmermann, 2009, S. 32).

Am Ende ihrer Ausbildung definieren Absolventinnen und Absolventen aus den Gesundheits- und Krankenpflegeschulen die Pflege als ein kommunikatives und empathisches Beziehungsangebot, obwohl sie wissen, dass der Pflegealltag ihnen oft eine andere Verhaltensweise auferlegt. Pflegen heißt für sie zuhören, Zeit für Gespräche, Schmerzen erleichtern, Angst nehmen, Einfühlungsvermögen, Freundlichkeit und vieles anderes mehr. Fach- und sachbezogene Qualitäten nehmen einen deutlich geringen Stellenwert ein. Diese Pflegeauffassung kann auch bedeuten, dass jede Pflegehandlung wie selbstverständlich Kommunikation und Zuwendung impliziert (vgl. Zimmermann, 2009, S. 31).

Mitgefühl zu entwickeln, Zuwendung zu geben und das Dableiben-Können sind unsichtbare nicht messbare Leistungen. Empathiefähigkeit ist eine besondere Qualität der Patienten- Pflegepersonbeziehung und sie hat viel mit beruflicher Identitätsfindung zu tun. Nur wenn diese Fähigkeit für die Pflegeperson selbst von großer Bedeutung ist, wird sie entwickelt. Auch diese Kompetenz wird bis heute nicht als Arbeit definiert. Empathie ist die Grundvoraussetzung für soziale Kompetenz. Nur wer die Gefühle anderer Menschen wahrnimmt und sich emotional anpassen kann, ist befähigt, erfolgreich zu kommunizieren, zu kooperieren, Interaktionen aufzubauen,

Konflikte zu lösen, und erfolgreich ein Gruppenziel zu erreichen. Empathiefähigkeit hat eine zentrale Bedeutung für das pflegerische Handeln allgemein (vgl. Zimmermann 2009, S 33 – 35).

Laut Benner (2012) und Olbrich (2010) ist Empathie eine Kompetenz, die aus dem pflegerischen Alltag der professionellen Pflege nicht wegzudenken ist.

Die zwei oben genannten Autorinnen beschreiben Empathie als eine ganz herausragende Kompetenz die ganz besonders Pflegeexperten auszeichnet. In der Pflegeforschung gibt es inzwischen mehrere Artikel von verschiedenen Autoren, in denen darauf hingewiesen wird, dass Empathie in die Pflege eine wesentliche Voraussetzung für eine therapeutisch-pflegerische Beziehung darstellt.

Es gibt ungezählte Untersuchungen, die belegen, dass Pflegende ihre persönlichen Emotionen nicht richtig beurteilen und angemessen kontrollieren können, welches mit den Stichworten Überlastung und Burn-out charakterisiert werden kann (vgl. Arens, 2007, S. 293).

Claudia Bischoff-Wanner definiert in ihrem Buch (2002) Empathie wie folgt: *„Empathie ist ein Mittel der sozialen Kognition; ausgelöst durch wahrgenommene Hinweisreize einer anderen Person und über den Weg der empathisch-emotionalen Erregungen wird der innere Zustand eines anderen Menschen in einem affektiv-kognitiven Zusammenspiel stellvertretend erfasst und/oder nacherlebt, wobei die eigenen Reaktionen auf den anderen bezogen sind, das Bewusstsein der eigenen Identität aber klar erhalten bleibt“*(Bischoff-Wanner, 2002, S. 176).

Scheu (2010) beschreibt Empathie mit dem Synonym Einfühlungsvermögen. Laut Scheu (2010) ist Empathie seit Florence Nightingale zwischen pflegebedürftigen Menschen und Pflegepersonen anerkannt. Auch bei den heutigen Pflegefachkräften / Pflegefachleuten und Pflegewissenschaftlerinnen / Pflegewissenschaftlern gilt Empathie als eine wünschenswerte Eigenschaft in der Pflegepraxis. Pflegepersonen sollten die professionelle Kompetenz besitzen, die Perspektive und Gefühle eines anderen Menschen nachzuvollziehen um darauf

folgend, im Sinne des zu Pflegenden, handeln. Leider ist häufig das Gegenteil Realität. Wissenschaftliche Untersuchungen bestätigen, dass Pflegende wenig empathisch gegenüber Pflegebedürftigen reagieren. Es wurde sogar festgestellt, dass empathische Beziehungen ganz besonders zu chronisch Erkrankten und unheilbar Erkrankten gemieden werden obwohl gerade diese beiden Menschengruppen am meisten darauf angewiesen wären.

Empathie ist Gefühlsarbeit und kann bei Pflegepersonen zu einer emotionalen Überforderung führen. Es könnte einen Zusammenhang geben zwischen einer ständigen emotionalen Überforderung und den Gewalttaten bis zu Tötungsdelikten an Pflegebedürftigen. Um das zu verhindern muss eine Balance gefunden werden zwischen entgegenkommender Nähe und gleichzeitiger Distanz. Es geht somit um eine professionelle Distanz, bei der dennoch die Bedürfnisse des Erkrankten erfasst und verstanden werden. Untersuchungen zeigen auch, dass Pflegepersonen die eine empathische Beziehung zu ihren Patienten haben und therapeutisch nutzen, weniger Probleme mit emotionalen Situationen hatten als Pflegepersonen die solche Beziehungen eher meiden (vgl. Scheu, 2010, S. 45 – 46). Eine empathische Pflegebeziehung führt nicht zu einer emotionalen Überforderung bzw. zum Burn-out sondern im gegenseitigen Geben und Nehmen kann eine empathische Pflegebeziehung zu einer Unterstützung der Pflegeperson durch den Pflegebedürftigen führen (vgl. Bischoff-Wanner, 2002, S. 17).

Köhl und David haben in ihrem Artikel 2009, den Bewusstseinszustand der Pflegekraft während einer empathischen Wahrnehmungsleistung, untersucht. Die Fähigkeit der Pflegenden, sich empathisch in die Situation der Patientin und des Patienten hineinversetzen zu können, ist von großer Bedeutung, denn die Pflegearbeit spielt sich vorwiegend in der Beziehung beider ab. Es konnte festgestellt werden, dass der Einfluss von Entspannung die Wahrnehmungsfähigkeit vertieft.

Wie die Messergebnisse zeigten, ist eine Pflegeperson besonders empathiefähig, wenn ihr körperlicher Zustand ausgeglichen und entspannt und ihr mentaler Zustand wach und flexibel ist. Körperlicher und psychischer Zustand stehen in enger Verbindung mit einem verstärkten Wahrnehmungsspektrum.

Ein empathisches Empfinden für die Patientin und dem Patienten steht für eine Verbesserung der Qualität, wobei Bedürfnisse und Ressourcen der Patientin und des Patienten inklusive seiner Situation gesamter erfasst werden. Die Pflegeperson gewinnt darüber hinaus an Kompetenz, wenn sie sich selbst besser empfinden und wahrnehmen kann, sei es durch ein intensiveres eigenes Körperempfinden oder durch fühlbare eigene Emotionen. Durch das Erleben des eigenen Körpers ist sie imstande ihre eigene Situation zu erkennen und sich mental auf die Pflegearbeit vorzubereiten. Durch diese bewusst gestaltete Beziehung kann die Pflegekraft eine vertrauensvolle Stimmung schaffen, in dem Ressourcen geweckt werden, die den Patienten in der Auseinandersetzung mit der Situation von der Erkrankung oder der Genesung stärken (vgl. Köhl & David, 2009, S. 5).

Ein Grundsatz in der Pflege lautet, dass Beziehung das wichtigste Instrument in der Pflegepraxis ist. Die Wahrnehmungserweiterung in der Pflege bezieht sich primär auf das Erkennen der eigenen Situation, um sich mental vorzubereiten und nachspüren zu können wann die eigene Konzentration aufgebraucht und auch eine Unterbrechung erforderlich ist. Voraussetzung dafür ist Zeit. Die Pflegekraft braucht nicht nur Zeit für die Patientin dem Patienten sondern auch Zeit für ihre mentale Ausrichtung um in eine empathische Beziehung, mit dem pflegebedürftigen Menschen zu treten (vgl. Köhl & David, 2009, S. 11).

Die Annahme, dass durch den Unterrichtsgegenstand Psychologie in der pflegerischen Ausbildung Empathie erlernt werden kann, hat sich nicht bestätigt. Viele Generationen von Pflegenden haben in einem individuellen und oft langen Lernprozess empathisches Verständnis ausgebildet. So zeigt sich empathisches Verständnis oft im „Mit-Leiden“ welches in einem Burn-out Syndrom endet, bis hin zu einem hohen Maß an sozial-kommunikativen Kompetenzen, über die ein berufliches Selbstverständnis ausgebildet wurde, aus dem eine hohe Berufszufriedenheit wachsen konnte. Ein professionelles Berufsverständnis darf nicht dem Zufall überlassen werden, sondern muss gezielt in der pflegerischen Berufsausbildung gefördert werden. Empathie gehört zu den sozial-kommunikativen Kompetenzen.

In einer professionellen pflegerischen Ausbildung sollte es ein Ausbildungskonzept geben, welche die unterschiedlichen Dimensionen des empathischen Verstehens fördert. Auf den Grundlagen von Bischoff-Wanner lassen sich folgende Bildungsziele zur Förderung emotionaler Kompetenz beschreiben:

„Die Lernenden

- erkennen, dass Empathie ein wichtiges Motiv helfenden Verhaltens ist
- erfahren, dass empathisches Verstehen eine Bedingung ist, um Erkenntnisse über den pflegebedürftigen Menschen zu gewinnen
- erfahren, dass empathische Kompetenz als Teil einer professioneller Berufsauffassung bedeutet
- verstehen, dass nicht alle Pflegebedürftigen empathisches Verstehen wollen, und lernen zu unterscheiden, bei wem Empathie notwendig ist und wo nicht
- erfahren, dass eine empathische Beziehung im gegenseitigen Geben und Nehmen nicht zu einer emotionalen Überforderung führt“

Die unterrichtenden Lehrkräfte müssen einer Vorbildfunktion gewachsen sein, zum Einen im Sinne von empathischem Verstehen und zum Anderen auch im Bewusstsein über berufliche Verantwortung und einer patientenorientierten Pflege (vgl. Scheu, 2012, S. 23 – 25).

4.4 *Ambiguitätstoleranz*

Laut Straubenmüller wird unter dem Begriff der *Ambiguität* eine Mehrdeutigkeit von Situationen (*ambiguitas*, lat. „Doppelsinn“) verstanden. Das Konzept bezeichnet erst einmal die Fähigkeit, „Vieldeutigkeit und Unsicherheit zur Kenntnis zu nehmen und erdulden zu können“ (vgl. Straubenmüller, S. 225).

Das Berufsfeld der Pflege ist, wie jeder, der sich mit der Materie beschäftigt weiß, ein Berufsfeld der Widersprüchlichkeiten. Tagtäglich befinden Pflegende sich in vielschichtigen und komplexen Situationen.

Die hierarchischen restriktiven Strukturen (Medizin: Definitionsmacht für Gesundheit und Krankheit), also die „Abhängigkeit pflegerischen Denkens und Handelns von der medizinischen Autorität und ihrem Paradigma sind eines dieser Phänomene.

Ethische Dilemmata in Pflegesituationen selbst und der Spagat im Wandel des Berufsbilds sind weitere Spannungsfelder. Teilweise wünscht sich „die Pflege“ den Status einer Profession; gleichzeitig fordert das Gesundheitswesen in erster Linie Wirtschaftlichkeit der Finanzierung von Pflege unter Anderem angesichts des demografischen Wandels (vgl. Straubenmüller, 2011, S. 223 – 224).

Bei allen die Innovation erschwerenden restriktiven Entwicklungen sind Pflegenden, nicht zuletzt wegen ihrer tradierten Rolle als „bescheidene HelferInnen“ schnell dabei sich gedanklich unterzuordnen und als machtlos zu empfinden. Dies ist aber nicht nur durch Bescheidenheit motiviert, es befreit sie auch von mancher unbequemen Konfrontation mit Bedingungen, die wir sehr wohl beeinflussen können. Dazu gehört sicherlich auch, einen akzeptablen Umgang mit *Ambiguitäten* der Arbeit zu lernen und zu lehren.

Denn was bringt den Pflegenden ein Zuwachs von Absolventinnen und Absolventen der Pflegeausbildung, wenn eben diese nach kurzer Zeit in der Praxis ernüchtert und frustriert dazu übergehen, nur das *unbedingt* geforderte zu tun oder gar den Beruf wegen Verlust ihrer ursprünglichen Ideale aufgeben? (vgl. Straubenmüller, 2011, S. 225).

Benner schreibt: *„Die Krankenpflege ist vom Problem des brain drain bedroht, dem Abwandern der besten, begabtesten Mitarbeiter, da diese sich Arbeitsbereiche suchen, in denen (...) mehr Mitspracherechte geboten werden“* (Benner, 1994, S. 196).

Straubenmüller thematisiert in diesem Zusammenhang das Feld des beruflichen Selbstverständnisses in diesem Zusammenhang:

Die diffuse Zuständigkeit für alles ist im Zusammenhang mit dem Begriff der *Ambiguitätstoleranz* von großer Bedeutung (vgl. Straubenmüller, 2011, S. 225).

Demnach zeichnet sich Expertentum in der Pflege durch die Fähigkeit aus, eine Situation mit dem Kennerblick zu erfassen (vgl. Benner, 1994, S. 54).

Toleranz demgegenüber drückt aus, dass jene Situationen in ihrer Mehrdeutigkeit gelten gelassen und akzeptiert werden (müssten) (vgl. Straubenmüller, 2011, S. 225).

Patricia Benner drückte sich ähnlich aus: „*Wer in der Krankenpflege arbeitet, wird immer wieder mit vielschichtigen und mehrdeutigen Situationen konfrontiert*“ (Benner, 1994, S. 175).

Laut Straubenmüller kann die Ungewissheit über die Richtigkeit zwingender Entscheidungen im Pflegealltag unter die Kategorie der chronischen Belastungen gefasst werden. Es erscheint plausibel, dass wir Mehrdeutigkeit umso schlechter tolerieren können, je unwirksamer wir unsere Bewältigungsressourcen bewerten.

Erscheinungsformen der Ambiguität im Pflegeberuf

Im Folgenden werden exemplarische Erscheinungsformen beschrieben mit denen sich das Phänomen, Ambiguität im Pflegeberuf, verdeutlichen lässt.

Die Pflege hat eine *Mittlerrolle* in vielerlei Hinsicht inne, vor allem auch im klinischen Kontext zwischen Medizin und Pflegebedürftigen. Sie ist räumlich und zeitlich von Berufes wegen verfügbarer für dieselben, als es Ärztinnen und Ärzte es sein können. Verfügbarkeit, Straubmüller beruft sich auf Benner (1996) gehört zum Kerngeschäft der Pflege. Auch Benner beschreibt: „einfach da sein“ als pflegerische Tätigkeit (Straubmüller, 2011, S. 228). Im Rahmen ihres Auftrags haben Pflegende die Aufgabe, den Alltag von Menschen zu begleiten und nehmen deren Einschränkungen beispielsweise im Zusammenhang mit einschneidenden Therapieformen wie etwa einer Chemotherapie, wahr. Manches Mal werden auch Therapien eingeleitet, durch die eine Verbesserung der Situation ausgesprochen fragwürdig scheint; die verständlichen Vorwürfe von Seiten der Behandelten müssen dann auf Seiten der Pflegenden ausgehalten und aufgefangen werden.

Nach einer unter Umständen niederschmetternden Visite sind es meist Pflegende, die am Bett stehen und das Leid abfangen. Das kann kräftezehrend und im schlimmsten Fall, bei mangelnder Bewältigungskompetenz nämlich, demoralisierend sein (vgl. Straubenmüller, 2011, S. 228).

Die im neuen Berufsverständnis der Pflege zu Recht hochgehaltene Beraterfunktion hat selbstverständlich auch *Ambiguitätspotential*. Im Sinne des Empowerments gilt es, dem/der Pflegeempfänger/In Möglichkeiten aufzuzeigen, die dazu befähigen, sich für den von ihm/ihr richtig empfundenen Weg, beispielsweise bezogen auf Hilfsmittel zur Mobilität und Sturzprophylaxe, zu entscheiden.

Allerdings ist zu beobachten, dass wirksame Maßnahmen zur Sturzprophylaxe bei Hochbetagten oft auf Inakzeptanz stoßen, weil beispielsweise lebensweltlich wichtig gewordene Dinge wie ein Teppich oder auch das entsprechende Schuhwerk nicht aufgegeben werden möchten zugunsten einer scheinbar angemesseneren Variante. Es ist definitiv eine der schwersten professionellen Leistungen in der Pflege dieses auszuhalten, ohne die nötige Empathie zu verlieren (vgl. Straubenmüller, 2011, S 228).

Wie anfänglich erwähnt, herrscht seit Jahren eine hitzige Debatte darüber vor, ob Pflege nun eine Profession ist oder sein kann. Die Robert-Bosch-Stiftung forderte mit ihrer Denkschrift „Pflege braucht Eliten“ von 1992 eine Akademisierung und Professionalisierung. Dennoch ist bis heute im deutschsprachigen Raum der Status der Pflege als Profession nicht endgültig geklärt. Insgesamt ist zumindest eine Bemühung um Verwissenschaftlichung der Pflege spürbar, was sich auch in Forschungsarbeiten bemerkbar macht. Straubmüller ortet eine Deprofessionalisierungstendenz gegenüber den wünschenswerten Entwicklungen in der Pflege gegenüber, womit einem Personalengpass angesichts der demografischen Entwicklung und des „Pflegenotstandes“ entgegengewirkt werden soll. Es entsteht erneut eine Mehrdeutigkeit im Selbst- und im gesamtgesellschaftlichen Verständnis.

Eine *Ambiguität*, die zu tolerieren schwer fällt, solange nicht klar ist, wohin die Pflege, und zwar in einer gewissen Geschlossenheit, sich bewegen will und wird (vgl. Straubenmüller, 2011, S 229).

Ambiguitätstoleranz kann durch Stärkung des Selbstvertrauens, Nutzung der Vielfalt, Konfliktbewältigung, Selbstaufmerksamkeit, Zuversicht, Hoffnung und Optimismus gestärkt und gelernt werden. Folgend werden diese oben genannten Punkte im Einzelnen beschrieben.

Stärkung des Selbstvertrauens: Wenn Auszubildende im theoretischen (und praktischen) Teil der Ausbildung bereits durch Gruppenarbeiten und Präsentationen (Rollenspiele, Referate und ähnliche Methoden) lernen, anderen gegenüber eine Meinung zu vertreten und Gefühle angemessen zu zeigen (hier im geschützten

Rahmen), fällt es ihnen sicher leichter, dies auch im Berufsalltag zu tun und Rückmeldungen auch negativer Art können besser eingeordnet und reflektiert werden.

Vielfalt nutzen: Wenn in Gruppenarbeiten die Auszubildende und der Auszubildende die Erfahrung macht, dass verschiedene Sichtweisen auf ein Thema als bereichernd durch die Lehrerin den Lehrer für Gesundheits- und Krankenpflege rückgemeldet werden (freilich nicht ohne inakzeptable Meinungen aufzugreifen und kritisch zu hinterfragen), stärkt das die Einsicht der Lernenden.

Konfliktbewältigung: Nach jeder Praxisphase (und auch während des Praktikums) sollte eine Plattform zur Problemäußerung existieren, z.B. durch eine Vertrauensperson, die kontaktiert werden kann. Praxisreflexionen sollten fester Bestandteil jedes Lehrplanes sein. So wird Vertrauen auf Seiten der Auszubildenden ermöglicht und sie werden mit ihren Erfahrungen nicht alleingelassen.

Selbstaufmerksamkeit: Geeignete Methoden zur Verbesserung der Selbstaufmerksamkeit sind regelmäßige Selbst- und Fremdeinschätzungseinheiten (Feedbacks) in den Lernprozessen;

Fragen wie „Wie schätzen sie ihren Lernerfolg ein?“ verhelfen dazu, sich selbst zu reflektieren und Defizite rechtzeitig und auch selbstständig aufzuspüren.

Zuversicht, Hoffnung und Optimismus: Zuversicht und Hoffnung sind sicher übergeordnete, nicht ohne weiteres vermittelbare Einstellungen. Der Beruf der Pflege wird ein fordernder und herausfordernder bleiben. Hoffnung ist wichtig für die Motivation, um den Mut nicht zu verlieren, weiterzumachen, für die Patienten da zu sein und sie weiterhin unterstützen zu können.

Voraussetzung und Herausforderung bleibt, dass die Pflegenden einen gewissen Optimismus in sich aufrechterhalten (vgl. Straubenmüller 2011, S 231- 232) und „Die Vielfalt sehen statt das Chaos zu befürchten“ (Hilde Steppe, 1947-1999).

5 Empirischer Teil

5.1 Qualitativer Forschungsansatz

Die vorliegende Arbeit ist eine qualitative Forschungsarbeit.

Mit qualitativer Forschung will man Phänomene des menschlichen Erlebens möglichst ganzheitlich ("subjektiv") erfahren und verstehen, wie das Plädoyer Cohens (2005, S. 196) verdeutlicht. *„Die Welt mit den Augen anderer sehen“*.

Ziele dieser Arbeit sind die in der grundständigen Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung erworbenen Kompetenzen von Berufseinsteigerinnen und Berufseinsteigern hinsichtlich der Bewältigung des Berufsalltages zu überprüfen;

Die Datenerhebung ist offen und wird mithilfe von halb oder nicht standardisierten Instrumenten durchgeführt. Die Datenauswertung erfolgt mittels interpretativer Methoden und erzeugt Beschreibungen. Ziel der qualitativen Forschung ist es, aus den gewonnenen Daten Theorien und Konzepte zu entwickeln, dabei wird induktiv vorgegangen (vgl. Mayer, 2007, S. 71).

5.1.1 Gütekriterien qualitativer Forschung

„Wegen der Kritik an den klassischen Gütekriterien werden heute für die qualitative Forschung eigene Gütekriterien diskutiert. Solche Kriterien sind z.B. Verfahrensdokumentation, argumentative Interpretationsabsicherung, Nähe zum Gegenstand, Regelgeleitetheit, kommunikative Validierung und Triangulation“ (Mayring, 2010, S. 118).

Mayer argumentiert, dass sich Gütekriterien qualitativer Forschung aufgrund der unterschiedlichen philosophischen Positionen nicht so leicht vereinheitlichen lassen wie die Gütekriterien in der quantitativen Forschung (Objektivität, Reliabilität und

Validität). Mayer führt als die Gütekriterien qualitativer Forschung die im angloamerikanischen Raum angewendet werden als Glaubwürdigkeit Folgerichtigkeit und Angemessenheit an (vgl. Mayer, 2007, S 99 – 102).

In der vorliegenden Arbeit wurde nach einer Version der Gütekriterien qualitativer Forschung nach Philipp Mayring (2010) vorgegangen.

Verfahrensdokumentation

In der qualitativen Forschung muss das Vorgehen ganz auf den Forschungsgegenstand abgestimmt sein. Wegen diesem spezifischen und individuellen Vorgehen werden Untersuchungsmethoden speziell dem Gegenstand angepasst oder sie erfahren eine Veränderung. Eine detaillierte Beschreibung und Dokumentation des Verfahrens ist erforderlich damit der Forschungsprozess nachvollziehbar wird. Damit ist ein willkürliches und unüberprüfbares Handeln im Rahmen der Forschung ausgeschlossen (vgl. Mayer, 2007, S. 102).

Argumentative Interpretationsabsicherung

Mayer schreibt Interpretationen in der qualitativen Forschung eine entscheidende Rolle zu. Interpretationen müssen, da sie sich nicht beweisen lassen argumentativ begründet werden. Es wird gefordert, dass die Argumentation in sich schlüssig sein muss (vgl. Mayer, 2007, S. 103).

Regelgeleitetheit

Das Gütekriterium der Regelgeleitetheit verlangt um ein willkürliches Arbeiten in der qualitativen Forschung auszuschließen, dass bestimmte Regeln eingehalten werden. Obwohl eine gewissen Offenheit in der Fragestellung und Vorgangsweise bei der qualitativen Forschung besteht muss das Material systematisch und regelgeleitet bearbeitet werden (vgl. Mayer, 2007, S. 103).

Nähe zum Gegenstand

Qualitative Forschung setzt an konkreten sozialen Phänomenen an, deswegen ist es erforderlich, dass die Forschung direkt in der Lebenswelt der betroffenen stattfindet.

Man muss direkt mit den Betroffenen in den Kontakt treten (vgl. Mayer, 2007, S. 103).

Kommunikative Validierung

Unter kommunikativer Validierung versteht man zum einen, die Überprüfung der Gültigkeit qualitativer Forschungsergebnisse indem man die Beforschten einbindet und über die Ergebnisse diskutiert. Zum anderen kann man die Interviews von einer anderen Forscherin oder einem anderen Forscher überprüfen lassen (vgl. Mayer, 2007, S. 103).

Triangulation

Um die Qualität der Forschung zu erhöhen können mehrere Analysegänge miteinander verbunden werden z.B. Interview und Beobachtung. Die Betrachtung eines Phänomens aus unterschiedlichen Perspektiven bzw die unterschiedliche Interpretation von Forschungsergebnissen ermöglicht verschiedene Sichtweisen auf den Forschungsgegenstand (vgl. Mayer, 2007, S. 103).

5.2 Datenerhebung anhand qualitativer Interviews

Die Datenerhebung erfolgt mittels halb standardisierten Interviews. Der Verlauf des Gespräches wird durch einem Interviewleitfaden vorgegeben der eine Hilfestellung für die Interviewerin und dem Interviewer darstellt. Die Interviewerin und der Interviewer können Reihenfolge und Formulierung der Fragen selbst bestimmen. Auch Zwischen- und Verständnisfragen können dabei gestellt werden (vgl. Mayer, 2007, S. 115). Die Interviewerin bzw. der Interviewer versucht ein Vertrauensverhältnis zum Befragten zu entwickeln indem sie/er Sympathie bekundet und sich empathisch verhält (vgl. Mayer, 2007, S. 175). Diese Interviewform wird in vielen qualitativen Forschungsarbeiten zur Datenerhebung eingesetzt (vgl. Mayer, 2007, S. 115).

5.3 Beschreibung des Feldzuganges

Die Entscheidung zur Durchführung von Interviews mit Absolventinnen und Absolventen einer allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflegeschule gründet sich darauf, dass sie Berufseinsteiger in Organisationseinheiten eines Akutkrankenhauses sind die mit Hilfe ihrer in der Ausbildung erworbenen Kompetenzen den stationären Alltag bewältigen müssen. Die Beteiligten sind alle am selben Krankenhaus beschäftigt. Das Forschungsvorhaben wurde mit der zuständigen Direktorin der Schule für allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege besprochen.

5.4 Bestimmung der Stichprobe

Wie Mayer (2007) fordert soll die Auswahl der Befragten in der qualitativen Forschung nützlich und angemessen sein.

Unter Nützlichkeit wird verstanden, dass nicht alles dem Zufall überlassen werden kann, da eine geringe Größe der Stichproben verlangt, vorher Überlegungen anzustellen, welche der Teilnehmerinnen und Teilnehmer die gewünschten Informationen geben können.

Unter Angemessenheit versteht Mayer (2007) dass die Informationen, die gesammelt werden umfangreich sein müssen. Die Stichprobenbildung unterliegt der Zweckgebundenheit, heißt, es gibt bestimmte Kriterien von denen die Auswahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer abhängt (Mayer, 2007, S 286).

Im Fall der vorliegenden Arbeit handelt es sich bei der Auswahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmern um Absolventinnen und Absolventen mit maximal dreijähriger Berufserfahrung.

Pflegende die maximal zwei bis drei Jahre im gleichen Berufsfeld arbeiten sind in der Lage Kompetenzen zu entwickeln die es ihnen ermöglichen ihr Handeln auf langfristige Ziele und Pläne auszurichten. Sie können Probleme analytisch betrachten und die Aufgaben des Berufes bewältigen und haben dabei das Gefühl mit den Anforderungen fertig zu werden. Demnach entsprechen die Interviewpartnerinnen und Interviewpartner aus der Stichprobe der Kompetenzstufe drei nach Benner. Sie werden als kompetente Pflegende bezeichnet.

5.4.1 Ethische Überlegungen

Wissenschaftliche Forschung wirft wenn sie sich auf Menschen bezieht immer auch ethische Fragen auf, (vgl. Mayer, 2007, S. 60) erwähnt werden drei grundlegende Faktoren des Personenschutzes nämlich: Umfassende Information und freiwillige Zustimmung aller Teilnehmer, Anonymität die von Seiten der Forschenden unbedingt gewährt und zugesichert werden muss und der Schutz des Einzelnen vor eventuellen psychischen und physischen Schäden. Der Erhalt von Forschungsergebnissen darf keinesfalls ein Risiko für eine Versuchsperson darstellen (vgl. Mayer, 2007, S. 62).

Die Interviewteilnehmerinnen und Interviewteilnehmer in der vorliegenden Arbeit konnten auf ein Vertrauensverhältnis mit der Interviewerin aufbauen da sie die Befragten als Lehrerin der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege begleitet und unterrichtet hatte.

5.5 Datenanalyse und Datenauswertung nach Philipp Mayring

Wie bereits im Kapitel Datenerhebung beschrieben erfolgte als Methodik der Datenerhebung halbstandardisierte leitfadengestützte Einzelinterviews um die Situation von Berufseinsteigerinnen und Berufseinsteigern nach der Grundausbildung in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege zu beleuchten. Gegenstand der Inhaltsanalyse ist Kommunikation. Die inhaltlichen Einzelheiten des fixierten Materials werden in der Datenanalyse systematisch bearbeitet.

Die Inhaltsanalyse hat zum Ziel Rückschlüsse auf bestimmte Aspekte der Kommunikation auf Grundlage des zu analysierenden Materials (vgl. Mayring, 2010, S. 13).

Die Datenanalyse erfolgt induktiv in Form einer qualitativen Inhaltsanalyse in Anlehnung nach Mayring. Die Kategorien wurden direkt aus dem Material abgeleitet ohne sich auf vorab formulierte Theorienkonzepte zu beziehen (vgl. Mayring, 2010, S. 83).

Mayring bietet dafür ein zehnstufiges allgemeines inhaltsanalytisches Ablaufmodell für das Vorgehen an. Es besteht aus folgenden Stufen (vgl. Mayring, 2010, S. 60):

1. Stufe: Festlegung des Materials
2. Stufe: Analyse der Entstehungssituation
3. Stufe: Formale Charakteristika des Materials
4. Richtung der Analyse
5. Theoretische Differenzierung der Fragestellung
6. Bestimmung der Analysetechnik
7. Definition der Analyseeinheiten
8. Analyseschritte gemäß Ablaufmodell
9. Zusammenstellung der Ergebnisse und Interpretation
10. Anwendung der inhaltsanalytischen Gütekriterien

Festlegung des Materials

Um zu entscheiden, was überhaupt aus dem Datenmaterial interpretierbar ist, muss am Beginn eine genaue Prüfung dieses Materials erfolgen. Zuerst muss definiert werden, welches Material der Analyse zugrunde liegen soll (vgl. Mayring, 2010, S. 52).

Anmerkung der Verfasserin: In den Interviews wurden die Teilnehmerinnen und die Teilnehmer gebeten zu einem bestimmten Thema ihre Erfahrungen und Meinungen einzubringen. Dabei kam es häufig vor, dass sie mit ihren Ausführungen weiter ausholten und auch für das Interview nicht wesentliche Dinge ansprachen. Diese Bereiche wurden aus der Analyse ausgeschlossen.

Analyse der Entstehungssituation

Hier muss genau beschrieben werden, von wem und unter welchen Bedingungen das Datenmaterial entstanden ist (vgl. Mayring, 2010, S. 53).

Die Interviews fanden in der Zeit von November 2012 – bis Ende Dezember 2012 in der Allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflegeschule am Allgemeinen Krankenhaus der Stadt Wien in einem Besprechungsraum statt.

Der Interviewzeitpunkt und der Ort des Interviews wurden telefonisch festgelegt.

Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurde per E-Mail eine Kurzfassung des Interviewleitfadens geschickt. Auch Kaffee oder Tee und Mehlspeisen wurde von der Interviewerin bereitgestellt.

Ein Termin musste verschoben werden, weil die Teilnehmerin den Termin falsch eingetragen hatte. Acht Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden interviewt. Sieben Interviews wurden regelrecht transkribiert. Die Dauer der Interviews variierte zwischen 26 und 42 Minuten. Es waren am Interview nur die Teilnehmerin bzw. der Teilnehmer und die Interviewerin beteiligt. Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer kamen in ihrer Freizeit. Zu Beginn des Interviews fand ein reger Austausch von Neuigkeiten statt. Die Teilnehmer freuten sich alle wieder einmal in der Schule zu sein und hatten an mich viele Fragen bzgl. Lehrerkollegium und ehemaligen Klassenkameradinnen und Klassenkameraden. Alle Interviews wurden zu einem späteren Zeitpunkt, als primär angesetzt, begonnen. Die Interviewatmosphäre war entspannt und locker. Es wurde viel gelacht. Vor Start des Interviews wurde noch einmal um die Zustimmung zur Aufnahme des Gespräches auf ein Tonband eingeholt. Die vertrauliche und anonyme Bearbeitung wurde noch einmal zugesichert. Ein Interviewprotokoll wurde pro Interviewteilnehmerin bzw. Interviewteilnehmer geführt.

Die sieben Interviewteilnehmer werden in der folgenden Tabelle kurz beschrieben:

Nr.	Code	Dauer	Besonderheiten
1	Frau A	38 Min	Nach dem Nachtdienst, wirkt müde. Erzählt viel und gerne über ihren Berufseinstieg.
2	Frau B	42 Min	Hat sich auf das Gespräch vorbereitet.
3	Frau C	26 Min	Wirkt sehr ruhig und konzentriert.
4	Frau D	39 Min	Lacht sehr viel, freut sich über ihren Berufseinstieg reden zu dürfen.
5	Herr E	33 Min	Wirkt etwas verhalten. Weiß nicht genau was er sagen soll.
6	Herr F	29 Min	Hofft darauf alles zu sagen was ich hören will.
7	Frau G	28 Min	Ruhig konzentriert und strukturiert im Gespräch.

Tabelle 1: Beschreibung der Interviewteilnehmer

Formale Charakteristika des Materials

In diesem Schritt wird beschrieben, in welcher Form das Material vorliegt (Mayring, 2010, S 53).

Alle Interviews wurden mit einem Tonbandgerät aufgenommen. Die anschließende Transkription wurde vom Autor selbst vorgenommen. Es wurden keine Textveränderungen vorgenommen. Auch grammatikalische inkorrekte Sätze wurden unverändert vom Tonband transkribiert. Längere Pausen wurden mit Auslassungspunkten in Klammer (...) transkribiert. Begriffe die besonders vom Interviewteilnehmer betont wurden, wurden unterstrichen. Lautäußerungen wie z.B. Lachen etc. wurde in Klammer transkribiert. Nach je ein bis zwei Seiten Transkription wurde vom Autor das Transkript nochmals auf Übertragungsfehler mit der Tonbandaufnahme überprüft und Korrekturen wurden vorgenommen. Die Zeilennummerierung dient zur Nachvollziehbarkeit der Auswertung. Das Datenmaterial sollte somit dem für die Analyse geforderte Ausführlichkeit und Genauigkeit entsprechen.

Richtung der Analyse

Laut Mayring lassen sich von sprachlichen Materialien ausgehend Aussagen in verschiedene Richtungen machen. Ohne die Bestimmung der Richtung der Analyse ist keine Inhaltsanalyse denkbar. Günstig ist daher eine spezifische Fragestellung welche die Richtung der Analyse bestimmt (vgl. Mayring, 2010, S. 56).

In dieser Arbeit ist die Analyse deutlich auf das persönliche Erleben der Absolventinnen und Absolventen und ihre erworbene Kompetenzen in der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung im Kontext ihrer Anwendbarkeit im Berufsalltag, bei ihrem Berufseinstieg ausgerichtet.

Theoretische Differenzierung der Fragestellung

Damit beschreibt Mayring (2010) ein System allgemeiner Sätze über den zu untersuchenden Gegenstand. Die theoretische Differenzierung der Fragestellung stellt nicht anderes als die gewonnenen Erfahrungen anderer über diesen Gegenstand dar. Man knüpft an diese Erfahrungen an um einen Erkenntnisfortschritt zu erreichen (vgl. Mayring, 2010, S 57 – 58).

Die Interviews enthalten Aussagen von sieben diplomierten Krankenschwestern und Krankenpflegern über ihre Erfahrungen beim Berufseinstieg in den Berufsalltag.

In dieser Arbeit sollen die unten angeführten Fragestellungen beantwortet werden:

Welche Erfahrungen haben Berufsanfängerinnen und Berufsanfänger beim Einstieg in den Berufsalltag gemacht?

Welche Überforderungen / Unterforderungen haben sie erlebt?

Welche Ausbildungsinhalte / Kompetenzen waren für den Berufseinstieg hilfreich?

Welche Ausbildungsinhalte / Kompetenzen waren für den Berufseinstieg wenig hilfreich?

Welche Ausbildungsinhalte / Kompetenzen fehlen den Berufsanfängerinnen und Berufsanfängern?

Gibt es Übereinstimmungen bei den Berufsanfängerinnen und Berufsanfängern?

Bestimmung der Analysetechnik

Im nächsten Schritt geht es darum festzusetzen, welche inhaltsanalytische Methode zur weiteren Datenverarbeitung zur Anwendung kommt. In diesem Fall wurde die zusammenfassende Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) gewählt. *„Ziel der Analyse ist es das Material soweit zu reduzieren, dass die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben, durch Abstraktion einen überschaubaren Corpus zu schaffen, der immer noch Abbild des Grundmaterials ist“* (Mayring, 2010, S. 65).

Der Grundsatz der zusammenfassenden Inhaltsanalyse ist es, dass die jeweilige Abstraktionsebene der Zusammenfassung genau festgelegt wird auf die das Datenmaterial durch Anwendung der Makrooperatoren (Paraphrase, Generalisierung, Reduktion) transformiert wird. Das kann nur mehreren Arbeitsschritten geschehen. Die Zusammenfassung wird dadurch immer abstrakter (vgl. Mayring, 2010, S. 67).

Definition der Analyseeinheit

In dieser Stufe der Inhaltsanalyse werden, um die Genauigkeit der Analyse zu erhöhen, Einheiten die analysiert werden sollen fixiert.

„Die Kodiereinheit legt fest, welches der kleinste Materialbestandteil ist, der ausgewertet werden darf, was der minimale Textteil ist, der unter eine Kategorie fallen kann.

Die Kontexteinheit legt den größten Textbestandteil fest, der unter eine Kategorie fallen kann.

Die Auswertungseinheit legt fest, welche Textbestandteile jeweils nacheinander ausgewertet werden“ (Mayring, 2010, S. 59).

Analyseschritte gemäß Ablaufmodell

Der Ablauf zusammenfassender qualitativer Inhaltsanalyse ist in einzelne definierte Schritte gegliedert.

Im ersten Schritt wird eine Bestimmung der Analyseeinheiten vorgenommen, das heißt, inhaltstragende Textstellen werden ausgewählt. Diese werden paraphrasiert,

was dem zweiten Schritt der Inhaltsanalyse entspricht. Die Bestimmung des angestrebten Abstraktionsniveaus sowie die Generalisierung der Paraphrasen unter diesem Abstraktionsniveau kennzeichnet die Vorgehensweise des dritten Schrittes.

Eine erste Reduktion der Paraphrasen erfolgt durch Selektion, das heißt durch das Streichen bedeutungsgleicher Paraphrasen was dem vierten Schritt entspricht, wenn sich mehrere Paraphrasen aufeinander beziehen, können sie zusammengefasst und durch eine neue Aussage wiedergegeben werden. Diese Vorgehensweise entspricht dem fünften Schritt der Analyse nach Mayring und wird auch mit zweiter Reduktion durch Bündelung, Konstruktion und Integration von Paraphrasen bezeichnet. Die neu gewonnenen Aussagen aus dem fünften Schritt werden als sogenanntes Kategoriensystem zusammengestellt. Der siebente Schritt fordert die Rücküberprüfung des zusammenfassenden Kategoriensystems am Ausgangsmaterial (vgl. Mayring, 2010, S. 68)

6 Darstellung der Ergebnisse

Nach Analyse des Interviewmaterials mit sieben Absolventinnen und Absolventen einer Gesundheits- und Krankenpflegeschule des Wiener Krankenanstaltenverbundes wurde ein Categoriesystem für erworbene Kompetenzen in der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung im Kontext ihrer Anwendbarkeit im Berufsalltag bei Berufseinsteigerinnen und Berufseinsteigern entwickelt.

Wie Berufseinsteigerinnen und Berufseinsteiger ihre Situation erleben, wird in der Ergebnisdarstellung anhand von drei zentralen Kategorien und acht Unterkategorien, die mittels der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring gebildet wurden, vorgestellt.

Unterkategorien		Hauptkategorien
K1	Überforderung beim Berufseinstieg	Erste Erfahrungen beim Berufseinstieg
K2	Überforderung im mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich	
K3	Existentielle theoretische Ausbildungsinhalte für den Berufseinstieg	Duale Ausbildung aus Sicht der Berufseinsteigerinnen und Berufseinsteiger
K4	Weniger wichtige theoretische Ausbildungsinhalte für den Berufseinstieg	
K5	Ambivalente Aussagen zu Unterrichtsfächern der theoretischen Ausbildung	
K6	Praktische Ausbildung	
K7	Kompetenzzuschreibungen an diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen	Kompetenzen
K8	Selbsteinschätzung der durch die Ausbildung erworbenen Kompetenzen	

Tabelle 2: Kategorien der ersten und zweiten Reduktion nach Mayring (2010)

Das Erleben der Berufseinsteigerinnen und Berufseinsteigern lässt sich nach Analyse des Interviewmaterials und Bildung eines Categorieschemas in drei Dimensionen darstellen:

Die erste Hauptkategorie umfasst „erste Erfahrungen beim Berufseinstieg“. Die zweite Hauptkategorie wird als „duale Ausbildung aus Sicht der Berufseinsteigerinnen und Berufseinsteiger“ bezeichnet. Als dritte Kategorie werden „Kompetenzen“ genannt.

Die Hauptkategorie der Ersten Erfahrungen beim Berufseinstieg lässt sich wieder in zwei Unterkategorien gliedern: Überforderung beim Berufseinstieg (K1), Überforderung im mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich (K2).

Die Hauptkategorie der dualen Ausbildung aus der Sicht der Berufseinsteigerinnen und Berufseinsteiger lässt sich wieder in vier Unterkategorien gliedern: Existentielle theoretische Ausbildungsinhalte für den Berufseinstieg (K3), weniger wichtige theoretische Ausbildungsinhalte für den Berufseinstieg (K4), ambivalente Aussagen zu Unterrichtsfächern der theoretischen Ausbildung (K5), praktische Ausbildung (K6).

Die Hauptkategorie der Kompetenzen lässt sich wieder in zwei Unterkategorien gliedern: Kompetenzzuschreibungen an diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen (K7), Selbsteinschätzung der durch die Ausbildung erworbenen Kompetenzen (K8).

In Folge wird das Kategorieschema näher vorgestellt:

6.1 Erste Erfahrungen beim Berufseinstieg

Nur eine von sieben Absolventinnen und Absolventen gab an, bei ihrem Berufseinstieg nicht überfordert gewesen zu sein. Nach ihren eigenen Angaben waren die Gründe dafür das vorangegangene Praktikum auf der Organisationseinheit und das Wissen der Kolleginnen und Kollegen, dass es sich bei der Schülerin um eine zukünftige Kollegin handelt. Das Praktikum der Schülerin wurde vom Stationsteam auch dazu benutzt, sie für ihre zukünftige Tätigkeit als Mitarbeiterin einzuschulen. Somit kam es dann beim regulären Berufseinstieg zu keiner Überforderung mehr.

Sechs von sieben Absolventinnen und Absolventen gaben Überforderung beim Berufseinstieg an. Es kann die Vermutung geäußert werden, dass die erste Erfahrung im Berufseinstieg per se als Überforderung bezeichnet wird. Die Überforderungen sind hauptsächlich im mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich und im administrativ, organisatorischen Ablauf der Organisationseinheit (Station) im Akutkrankenhaus aufgetreten.

Auch Personalmangel und Zeitdruck beim einschulenden Personal auf der Organisationseinheit während der Einschulungsphase der Absolventinnen und Absolventen führt zu Überforderungen bei den Berufseinsteigerinnen und Berufseinsteigern.

Ein wesentlicher Meilenstein in der Einschulungsphase ist für die Absolventinnen und Absolventen der Gesamtüberblick im Stationsalltag.

Einer der Gründe für die Überforderungen beim Berufseinstieg ist, dass Auszubildende während der praktischen Ausbildung auf den Organisationseinheiten (Stationen) in der Rolle der Schülerinnen / Schüler agieren. Diese Rolle ermöglicht einen geschützten Rahmen der jedoch beim Berufseinstieg wegfällt. Die

Absolventinnen und Absolventen tragen nach ihrer Diplomierung die gesamte Verantwortung im mitverantwortlichen und eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich in der Pflege und Betreuung ihrer anvertrauten Patientinnen und Patienten. Dieser plötzliche Wechsel, vom geschützten Rahmen zur vollen Verantwortung, führt zu Unsicherheit und Angst.

Diese Unsicherheit und Angst ist begründet, weil die Absolventinnen und Absolventen angaben, sich speziell in dem Unterrichtsfach der allgemeinen und speziellen Pathologie, Diagnose und Therapie einschließlich komplementärmedizinischer Methoden, nicht ausreichend ausgebildet beim Berufseinstieg zu fühlen. Als Grund dafür wurden von den Absolventinnen und Absolventen die zu kurze Ausbildung (drei Ausbildungsjahre) und die damit verbundene Limitation der Ausbildungsinhalte angegeben.

Erschwerend wird auch noch erlebt, dass von Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege erwartet wird, dass sie zu jeder Zeit über alle ihnen anvertrauten Patientinnen und Patienten Auskunft geben können, insbesondere an Ärztinnen und Ärzte, vor allem Fakten die den mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich betreffen.

In Folge werden die Unterkategorien der ersten Erfahrungen beim Berufseinstieg näher beschrieben.

6.1.1 Überforderung beim Berufseinstieg

Bis auf eine Interviewpartnerin einen Interviewpartner geben alle eine Überforderung beim Berufseinstieg an.

Die Überforderungen werden in unterschiedlichen Bereichen erlebt.

Ein Bereich ist der organisatorisch administrative Ablauf einer Organisationseinheit (Station) im Akutkrankenhaus.

„Also die erste Woche katastrophal. Es waren viele Einflüsse vom Computersystem angefangen über Stationsablauf über Visiten mitgehen alles. Man weiß zwar wie es

funktioniert aber den Ablauf hat man nicht heraußen. Dann sucht man ewig und fünf Tage sucht man was. Dann kennt man sich nicht aus wie man was herrichten muss. Die Ärzte sind hektisch. Richte mir das und das geschwind her. Ja wo ist denn das Ganze. Dann ist niemand da.“ (Int.F/Z1552-1556)

„Und generell mit dem ganzen Administrativen, weil das ist in der Schule. Du lernst zwar, du schreibst Pflegedokumentationen ja die schreibst du dort nicht so, dort machst man ein paar Kreuzerl und ein paar Hackerl und dann war es das“. (Int.G/Z1797-1799)

Ein weiterer Grund warum es in der Einschulungsphase bei den Absolventinnen und Absolventen zu einer Überforderung kam, war der Zeitdruck unter dem die einschulenden Kolleginnen und Kollegen während der Einschulungsphase standen.

*„Total, total, es hatte keiner Zeit für eine Einschulung, weil in dem Moment der Zeit ein katastrophaler Stand war und einfach zuwenig Personal viel zu viel Patienten die viel zu pflegeaufwendig waren da bin ich einfach mitten reingerutscht und eine Einschulung gab es keine. Das war einfach immer Mitrennen und (,) Vollgas.“
(Int. A/Z17-20)*

„Mein Berufseinstieg war ein Schupser ins kalte Wasser. Da wo ich angefangen habe war Personalmangel. Die haben zu zweit gearbeitet“. (Int.D/Z902-903)

Da war damals Personalmangel. Die haben dann 2 Wochen nach mir gleich noch zwei neue Schwestern bekommen. Das war komplette Überforderung. Also Stress pur. Ich hab nach zwei Wochen gleich eine Gruppe übernommen. (Int.D/Z905-907)

Wesentlich für Berufseinsteigerinnen und Berufseinsteiger ist das Gewinnen von Orientierung im stationären Alltag was nahezu von allen Interviewpartnerinnen und Interviewpartnern mit dem Begriff Überblick oder Gesamtüberblick beschrieben wird.

„Nein, diesen Gesamtüberblick kriegt man nicht hin während der Berufsausbildung das kommt dann in der Praxis. Dass man alles zusammenfügen kann zu einem Ganzen diese ganzen Informationen zu einem Ganzen zusammenfügen kann. So geht es jetzt dem

Patienten, so ist es das kommt in der Praxis das kann man einfach noch nicht am Anfang“.
(Int.A/Z299 -303)

Auszubildende erleben sich während ihrer praktischen Ausbildung auf den Organisationseinheiten (Stationen) in der Rolle einer Schülerin eines Schülers, welche in einem geschützten Rahmen agieren können.

„Richtig, richtig ja man ist ja wenn man diplomiert ist verantwortlich für das Handeln für das was man tut und als Schüler genießt man so dieses ich stehe im Leo ich lerne noch ich darf noch Fehler machen und wenn man dann diplomiert ist und man macht etwas zum ersten. Mal da wird keine Rücksicht darauf genommen. Das muss sitzen und fertig. Und das ist (..) aber das vielleicht man in einem anderen Bereich beginnt zu arbeiten und der dann auch so seine eigenen Sachen hat, das wird nicht akzeptiert, von den meisten nicht. Das ist schade“.
(Int.B/Z573-778)

„Also wir haben Gruppenpflege und jeder von uns hat im Normalfall 14 Patienten wenn wir voll sind. Ganz einfach, dass ich dafür verantwortlich war wenn der irgendwas gebraucht hat, dass ich das dem Arzt mitteile oder zu den Physios gehe oder zu Untersuchungen sage der braucht das oder der braucht das. Einfach ich auf alles praktisch schauen habe müssen. Was früher meine Kollegen gemacht haben als ich noch Schüler war. Und das war halt am Anfang schon seltsam“. (Int.G/ 1807 – 1811)

Das Wegfallen der Rolle der Schülerin des Schülers und der nahtlose Übergang in die Funktion einer diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegeperson bringt somit große Unsicherheit und Angst in der Stationsroutine.

„Ja, die Kollegen oder die Ärzte. Natürlich wenn du kommst kennst ja alle noch nicht und hast Angst auch ob du jetzt eh nichts falsch machst. Ja komm mit hol das und mach das und dann stehst dort und hast keine Ahnung was will die jetzt von mir. Was ist ein xxx Punktionssset wie schaut das aus. Ich mein das weißt ja alles nicht. Deshalb ist das hammermässig gewesen am Anfang“. (Int.D/Z930 – 933)

Eine Absolventin gab an, dass sie keine Überforderung erlebt hat, dies lag vermutlich unter anderem auch daran dass es während ihres Praktikums schon bekannt war, dass sie nach ihrer Diplomierung ein Mitglied im Stationsteam sein würde. Sie wurde zu Teamsitzungen eingeladen und das gesamte Praktikum diente auch der Einschulung für zukünftige administrative und organisatorische Aufgaben auf der Station.

„I: Also wenn das jetzt noch einmal kurz rekapitulieren darf. Es gab so gut wie keine Überforderung am Anfang und der Grund dafür ist die gute Einschulung.“

„Vom ganzen Team. Vorher wurde ich schon zu Teambesprechungen eingeladen. Es auch da schon alles besprochen worden. Es wurden mir Standards mitgegeben. Konnte mich auf Berufseinstieg vorbereiten. Dadurch, dass ich Schülerin dort war, war der Einstieg überhaupt leichter. Es war die Station auf die ich wollte. Diese Station hat mich total interessiert. Dadurch war alles leichter.“ (Int.C/Z747-752)

6.1.2 Überforderung im mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich

Gesundheits- und Krankenpflegepersonen handeln nicht nur im eigenverantwortlichen sondern auch im mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich. Nach § 15 GuKG „der mitverantwortliche Tätigkeitsbereich umfasst die Durchführung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen nach ärztlicher Anordnung“ (Schwamberger/Biechl, 2011, S 90) Die Verantwortung der Anordnung liegt beim Arzt, die Verantwortung der Durchführung liegt bei den Angehörigen des gehobenen Dienstes der Gesundheits- und Krankenpflege.

Bei den Berufseinsteigerinnen und Berufseinsteigern herrschte bei sechs von sieben Interviewten Übereinstimmung darüber, dass mangelndes Wissen um theoretische Inhalte aus dem medizinischen Bereich und die praktische Durchführung im mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich zur Überforderung führte.

Dazu kommt beim Berufseinstieg noch die zunehmende Spezialisierung der Organisationseinheiten (Stationen) im medizinischen und somit auch im pflegerischen Bereich.

Als problematisch erlebten die Absolventinnen und Absolventen auch, dass aufgrund der gesetzlichen Bestimmungen im mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich (der mitverantwortliche Tätigkeitsbereich ist an den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege gebunden) die Einführung in den Praktika während der Ausbildung nicht so fundiert verläuft, dass Sicherheit für die Tätigkeit nach Abschluss der Ausbildung zu gewinnen ist.

Die Absolventinnen und Absolventen erlebten sich beim Berufseinstieg als Informationsträger für medizinische Daten wie Laborwerte, Untersuchungsergebnisse etc. die sie ständig präsent haben sollten.

„Kein Mensch hat xxxchirurgie so genau im Unterricht gehabt. Dass man jedes Krankheitsbild durch bespricht was es gibt, das musst du dir in der Praxis aneignen oder du wirst von Ärzten angeschrien wenn du Sachen nicht weißt (lacht) sofort und gleich und du wirst hart auf die Probe gestellt. Du musst alles wissen über jeden Patienten zu jeder Zeit und wie aus der Pistole geschossen. Das kann man am Anfang nicht. Jeden Wert, jedes bisschen Harn, und jedes bisschen Nuchtharn und weiß Gott was. Totale Überforderung am Anfang, aber situationsbedingt.“ (Int.A/Z33-37)

Drei Interviewte Absolventinnen und Absolventen gaben an, dass ihr pharmakologisches Wissen im Bezug auf Medikamente und Medikamentengabe beim Berufseinstieg nicht ausreichend war.

„Was ist das, für was ist das wann gebe ich es. Wann gebe ich es nicht. Wann frage ich halt nach.“ (Int.E/Z1306-1307)

„Ich würde jetzt sagen allgemein, es ist Blute herrichten, wie man Perfusoren herrichtet, wie man xxxspritzen herrichtet das mein ich.“ (Int.E/Z1559-1563)

„Ich weiß immer noch viele Sachen nicht oder kenne Medikamente wo ich mir denke schon hundertmal gelesen und noch immer nicht gemerkt.“ (Int.A/Z256-257)

Ein Interviewteilnehmer gibt auch an, dass er in Notfallsituationen nicht auf Schulwissen von der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung zurückgegriffen hat sondern auf Wissen aus seiner Zeit als Sanitäter.

„.....und total überfordert mit Notfallsituationen“ (Int.E/Z1313-1314)

„... in der Schule hat man nicht wirklich damit zu tun auch als Schüler. Ja einmal auf der Intensivstation nur da steht man eh 5 Meter weiter weg und schaut zu.

Ja aber das war auf der Intensivstation da ist es auch wieder was anders, als wie wenn ich zu zweit im Nachtdienst bin.“ (Int.E/Z1323-1333)

Drei Absolventinnen und Absolventen gaben an in der Laboradministration und Befundinterpretation beim Berufseinstieg nicht ausreichend qualifiziert gewesen zu sein.

„Alles was mit dem Labor zu tun hat. z.B. oder Bakteriologie MRSA wie nehme ich das richtig ab. Wie muss ich die Zettel ausfüllen. Was nehme ich bei OP ab gut das ist verschieden. Will wahrscheinlich jede xxx wieder was anderes. Das ist jetzt schwer zu vereinheitlichen.“ (Int.E/Z 1277 – 1279)

„...Ich würde jetzt sagen allgemein, es ist Blute herrichten...“(Int.F/Z1561)

„Eines ist mir noch eingefallen. Laborwerte so diese – wenn so ein einzelner Laborwert erhöht oder erniedrigt ist was für ein Organ z.B. könnte da betroffen sein. Da gibt es ja so viele Sachen ich sehe es nur in der Praxis da schlagen 2, 3 Werte aus und Arzt weiß ok das und das kann es sein. Was kann man dann dagegen tun. Ja, find ich auch sehr spannend wenn das irgendwie weiß genau. Manche Schwestern wissen da auch schon bescheid, klar das ist die Niere oder. Ja wäre ganz interessant.“ (Int.B/Z725-730)

In der Ausbildung wurde auch zuwenig auf diverse Untersuchungen und deren Ablauf eingegangen.

„Bei diversen Untersuchungen wie das abrennt, wie die Vorbereitung ist.“(Int.E/Z 1415)

Zwei Absolventinnen bzw. Absolventen gaben an, dass der chirurgische Bereich in dem Unterrichtsfach allgemeine und spezielle Pathologie, Diagnose und Therapie einschließlich komplementärmedizinische Methoden nicht ausreichend vorgetragen wurden. Sie machen dafür die zu kurze Ausbildung (drei Jahre) verantwortlich.

„Naja, es gibt schon OP oder OP-Techniken die ich in der Schule nicht gehört habe. Aber das ist dann wieder so stationsspezifisch gewesen dass das in der Schule viel zu übergreifend gewesen wäre. Das wäre niemals reingegangen in den Ganzen. Da brauchst vier Jahre Ausbildung wenn du jede OP-Technik so genau besprichst. Das sind schon Sachen die du am Anfang nicht weißt aber grundlegende Dinge.“ (Int.D/Z 943-946)

„Na, ja weil die xxxchirurgie natürlich untergeht und eigentlich nicht so wichtig ist.....“ (Int.AZ99)

„...und dann stehst aber da mit solchen Patienten und da mach. Also ich habe am Anfang viel nachgelesen – Pflege heute und Internet – damit ich mich ein bisschen schlau machen kann, damit ich überhaupt weiß worum es da geht und was die Leute haben.“ (Int.A/Z103-105)

Drei Absolventinnen und Absolventen erzählen während des Interviews, dass besonders das Unterrichtsfach allgemeine und spezielle Pathologie, Diagnose und Therapie einschließlich komplementärmedizinische Methoden wichtiges Hintergrundwissen darstellt, das man beim Berufseinstieg dringend braucht.

„Und auch viel Ärztesachen und viel medizinisches Wissen müssen und viel dahinter sein müssen.“ (Int.A/Z 12-14)

„...aber eben die Pathofächer sowie das ganze medizinische ist total wichtig ...“ (Int.C/Z765)

„Ja, die ganzen Diagnosen schon. Grob kann ich es einschätzen aber was das jetzt wirklich ist bei der Dienstübergabe. Dann ja wir haben auch interne Sachen auch sehr viel...“ (Int.D/Z1304-1305)

Zwei Absolventinnen bzw. Absolventen gaben auch an aus dem Unterrichtsfach allgemeine und spezielle Pathologie, Diagnose und Therapie einschließlich komplementärmedizinische Methoden im Bereich Psychiatrie zuwenig Wissen für den Berufseinstieg mitgebracht zu haben.

„Was sehr wichtig wäre ist der Umgang mit psychiatrischen Patienten das bekommt man in der Schule zuwenig mit. Auf jeder Station sind Patienten im Durchgang. Egal ob jung oder alt. Das gehört besser vermittelt.“ (Int.E/Z 1506-1508)

„Die Psychiatrie war mir ein bisschen zu wenig in der Gesundheits- und Krankenpflege. Bin ich froh, dass ich ein Praktikum auf der Psychiatrie habe wo ich viel mitnehmen habe können. Das war in der Schule zu wenig in meinen Augen.“ (Int.A/Z 86-88)

„....Schizophrenie, Psychosen, Depressionen Durchgangssyndrom. Ahaa. Speziell Durchgangssyndrom.. Was tut man mit psychotischen Patienten, was tut man mit aggressiven Patienten die halt gerade im Durchgang sind. Naja, da hat noch was gefehlt also da hat mir was gefehlt. Da habe ich den Vorteil gehabt, dass ich im Praktikum war auf der Psychiatrie und da viel mitgenommen habe.“ (Int.A/Z90-94)

Zwei Absolventinnen bzw. Absolventen gaben an, dass sie im mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich Defizite hatten, bezeichneten sie dennoch nicht näher.

„Die Überforderung im mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich, das war für mich das ausschlaggebende. Was mir halt schwer gefallen ist beim Einstieg auf der Station wo halt ich angefangen habe. Aber das wird halt ein jeder anders miterleben.“ (Int.F/Z1573 – 1575)

„In der Schule eigentlich nicht, eher im Praktikum, dass sie einem da mehr machen lassen in manchen Praktika. Weil so Praktika gibt, da habe ich im zweiten Ausbildungsjahr nicht einmal Blutzucker messen dürfen. Weil da verletzt du den Patienten“ (Int.G/Z1814 – 1816)

6.2 Duale Ausbildung aus Sicht der Berufseinsteigerinnen und Berufseinsteiger

Mehrmals wurden die Unterrichtsfächer Biologie, Anatomie, Physiologie und allgemeine und spezielle Pathologie, Diagnose und Therapie einschließlich komplementärmedizinische Methoden und auch Hygiene und Infektionslehre als besonders wichtige Unterrichtsinhalte für den Berufseinstieg genannt.

Alle interviewten Absolventinnen und Absolventen gaben an, dass das Unterrichtsfach Gesundheits- und Krankenpflege eines der wichtigsten Unterrichtsfächer für den Berufseinstieg war. Einige Interviewte differenzierten die Unterrichtsinhalte innerhalb der Gesundheits- und Krankenpflege. Explizit wurden Unterrichtsinhalte aus der onkologischen Pflege bzw. Palliativpflege angeführt. Die Unterrichtsinhalte aus der Gesundheits- und Krankenpflege wurden je nach Fachbereich in denen die Absolventinnen und Absolventen arbeiten, als unterschiedlich bedeutend angesehen.

Als besonders wichtig während der Ausbildung sehen die Absolventinnen und Absolventen das praktische Üben von Pflege Techniken in der Schule. Laut Angabe der Befragten war das praktische Üben in der Ausbildung in der Schule zwar vorhanden, hätte jedoch mehr sein können.

Das Thema Wundmanagement wurde zwar während der theoretischen Ausbildung angeschnitten, sollte jedoch laut den befragten Absolventinnen und Absolventen unbedingt vertieft werden. Auch sollten die pflegerischen Unterrichtsinhalte mit den Unterrichtsinhalten der allgemeinen und speziellen Pathologie, Diagnose und Therapie einschließlich komplementärmedizinischer Methoden besser abgestimmt sein.

Anmerkung der Verfasserin: Implizit hörte ich bei den Interviews heraus, dass sich die Absolventinnen und Absolventen die Unterrichtsinhalte in „medizinisches Fach“ und „dazugehörige Pflege“ gewünscht hätten, beispielsweise Neurologie und Pflege bei neurologischen Erkrankungen daraus abgeleitet.

Die Unterrichtsfächer Grundlagen der Pflegewissenschaft und Pflegeforschung und

Strukturen und Einrichtungen des Gesundheitswesens, Organisationslehre wurden von den Absolventinnen und Absolventen als wenig hilfreich für den Berufseinstieg eingestuft.

Das Unterrichtsfach Kommunikation, Konfliktbewältigung, Supervision und Kreativitätstraining wird von den Absolventinnen und Absolventen unterschiedlich hilfreich für den Berufseinstieg gesehen.

Bemerkbar ist, dass die Absolventinnen und Absolventen der praktischen Ausbildung Berufsrelevanz zuschreiben vor allem was Tätigkeiten im mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich betrifft.

Mehrere Absolventinnen bzw. Absolventen merkten kritisch an, dass vielen Organisationseinheiten außer im intensivmedizinischen Bereich, die praktische Schulung und Anleitung (Injektionen, Setzen eines transurethralen Dauerkatheters) hintangestellt wurde oder unterblieb. Diese praktischen Fertigkeiten werden beim Berufseinstieg vorausgesetzt und führen daher bei den Absolventinnen und Absolventen zu Unsicherheit und Angst im Stationsalltag.

Auch das eigenständige Arbeiten (z.B. das Führen einer Patientengruppe) wurde während der praktischen Ausbildung zuwenig geübt, was ebenfalls beim Berufseinstieg als großes Manko von den Absolventinnen und Absolventen gesehen wird.

Sehr gut ausgebildet in Theorie und Praxis erleben sich die Absolventinnen und Absolventen im eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich.

6.2.1 Existentielle theoretische Ausbildungsinhalte für den Berufseinstieg

Alle interviewten Absolventinnen und Absolventen gaben an, dass das Unterrichtsfach Gesundheits- und Krankenpflege eines der wichtigsten Unterrichtsfächer für den Berufseinstieg war.

Vier mal wurde das Unterrichtsfach Biologie, Anatomie und Physiologie, fünf mal wurde das Unterrichtsfach allgemeine und spezielle Pathologie, Diagnose und Therapie einschließlich komplementärmedizinische Methoden und zwei mal wurde das Unterrichtsfach Hygiene und Infektionslehre als theoretisches Unterrichtsfach,

wichtig für den Berufseinstieg angegeben. Es kommt immer wieder die Aussage dass „das Wissen über Krankheitsbilder existentiell für den Berufseinstieg ist“. Diese Aussage ist schwer zuzuordnen passt aber noch am besten in diese Kategorie.

„Für mich, Anatomie wobei ich der Meinung bin, dass man da mehr unterrichten hätte können was ich so von anderen Klassen mitbekommen habe Physiologie haben wir fast gar nichts durchgemacht.“ (Int.G/Z1835-1837)

„GuK, Anatomie und Physiologie und also Pathologie wobei ja Pathologie auch nicht alle Fächer“ (Int.E/Z1347)

„ganze Pathologie und Anatomie braucht man sowieso und zwar ein jedes bisschen was man kriegen kann.“ (Int.A/Z63-65)

„Also mit der Theorie hat mir sehr viel geholfen eben die gesamte GuK – alle Fächer die in der GuK dabei waren auf meiner Station sicherlich auch das Lernfeld Schmerz und ich glaube es ist egal wo man arbeitet die Pathologie und die Chirurgie und die Interne ist sicher wichtig in jedem Bereich ahmm. Was hat mir noch sehr geholfen? (..) ja auch die Hygiene. Es fällt mir nämlich extrem auf wie fahrlässig manche mit der Hygiene umgehen ja“ (Int.B/Z468-472)

„... aber eben die Pathofächer sowie das ganze medizinische ist total wichtig“ (Int.C/Z765)

„Anatomie, Biologie, Physiologie sind vollkommen wichtig“ (Int.D/Z976-977)

„Hygiene finde ich weil wir haben doch recht viel Keime oben so MRSA und ESBL und so von der Händehygiene her das war auch wichtig.“ (Int.G/Z1847 – 1849)

„Was mich betrifft, natürlich die Onkologie. Wir haben in der GuK ahh die Onko angeschnitten wir hatten nicht viele Stunden über die Onko aber das hat mir sehr viel weiter geholfen auch wir haben auch über Brachytherapie, Brustkrebs und diese Sachen gesprochen die haben mir auch sehr viel weiter geholfen.“ (Int.B/Z487-490)

„Ja sicher, eigentlich fast alles die ganze GuK kann man alles brauchen absolut habe ich irgendwo alles wieder rausfuzzeln können und lese Pflege heute immer noch heute noch.“

„Guk Onkopflege. Ja dadurch dass ich auf einer allgemein internen Station angefangen habe ist halt ein breiter Begriff da fällt halt alles rein. Von Herzgeschichten angefangen über Diabetes. Es fällt alles rein, aber hauptsächlich war es die Onko und die Onkopflege und Palliativpflege.“ (Int.F/Z1609-1611)

Andere Absolventinnen und Absolventen differenzieren innerhalb der Gesundheits- und Krankenpflege. Vordringlich werden Inhalte aus der onkologischen Pflege angeführt.

Von drei Absolventinnen bzw. Absolventen wird Palliativpflege ausdrücklich erwähnt vor allem der Umgang mit Schmerzpatientinnen und Schmerzpatienten.

„... ja sicherlich Pflege alter Menschen, Palliativpflege“ (Int.B/Z681)

„...dabei waren auf meiner Station sicherlich auch das Lernfeld Schmerz und ich glaube es ist egal wo man arbeitet“ (Int.B/Z469)

„Also die Pflegefächer waren für mich sehr wichtig. Dann finde ich auch wichtig die Palliativpflege, weil auf jeder Station sterben irgendwie vorkommt und gerade wenn man so jung ist kann man mit dem Sterben noch nicht so viel (..) ich meine schon aber das ist eher so ein Tabuthema noch immer und finde ich ganz wichtig die Sterbebegleitung und Palliativpflege.“ (Int.C/Z761-764)

Abhängig davon auf welchen der fachspezifischen Stationen (Chirurgie oder konservativer Bereich) die Absolventinnen und Absolventen arbeiteten wurden die Unterrichtsgegenstände aus dem pflegerischen Bereich (Palliativpflege, Gesundheits- und Krankenpflege, Pflege alter Menschen) als wichtig angesehen.

Das Wissen aus der Ausbildung im Umgang mit Notfällen und Überwachung von Vitalfunktionen zeigt sich besonders bei Berufseinsteigerinnen und Berufseinsteigern im chirurgischen Bereich als existentiell.

Für den internen Bereich werden Unterrichtsinhalte der Palliativpflege, Pflege alter Menschen und der Gesundheits- und Krankenpflege (Onkologie, Schmerz) als besonders notwendig für die Praxis angesehen.

Wissen und praktische Fertigkeiten aus dem Pflegebereich Neurologie und Psychiatrie ist für alle Berufseinsteigerinnen und Berufseinsteiger praxisrelevant und nötig.

„Neurologie braucht man immer wieder. So wie die Pathologie und die Pflege von neurologischen Patienten. Weil Schlaganfälle hat jeder, wurscht auf welcher Station.“
(Int.A/Z81-84)

„Die der Neurologie habe ich sehr gut empfunden. Die Psychiatrie war mir ein bisschen zu wenig in der GuK. Bin ich froh, dass ich ein Praktikum auf der Psychiatrie habe wo ich viel mitnehmen habe können. Das war in der Schule zu wenig in meinen Augen.“ (Int.A/Z87-94)

Folgende Unterrichtsinhalte hätte nach Aussagen der Berufseinsteigerinnen und Berufseinsteiger einer theoretischen als auch praktischen Vertiefung bedurft.

Als besonders wichtig erachten mindestens drei Absolventinnen und Absolventen das praktische Üben in der Schule von verschiedenen Pflege Techniken und Pflegemethoden.

„Ganz wichtig sind praktische Übungen da finde ich, dass die in der Schule nicht so gemacht worden sind.“(Int.C/Z778)

„Ja, natürlich ahh alleine schon (..) klingt jetzt vielleicht blöd ich sehe es anhand eines Schülers der gerade bei uns auf der Station Praktikum macht ahh so grundlegende Sachen wie einen Patienten zu waschen und wenn der z.B. Einschränkungen hat und der im Bett gewaschen werden muss wie man dann ein Leintuch überzieht stellt manchen vor die schwierige Aufgabe und ja wie diesen Schüler z.B. ja wie mach ist das jetzt,...“(Int.B/Z536-540)

*„Gestört hat mich dass in der Schule das praktische Arbeiten untergegangen ist.“
(Int.C/Z840-841)*

„Aber die Ganzen, also alles was ich dann für die Prüfungen gebraucht habe wurde auch praktisch geübt. Es hätte ruhig mehr sein können“. (Int.D/Z1260-1261)

Drei Absolventinnen bzw. Absolventen fühlten sich zu ihrem Arbeitsbeginn im Wundmanagement zuwenig ausgebildet.

„Pflegerisch eigentlich war ich mir schon immer sicher, außer dem Wundmanagement da hat mir was gefehlt. Aber sonst pflegerisch.“ (Int.A/Z237-243)

„... das Einzige was mir wirklich auch gefehlt hat und teilweise noch heute fehlt ist Wundmanagement, weil da auch sehr viele Patienten mit Wunden liegen und da hätte ich mehr Wissen gebraucht aber ansonsten war ich eigentlich gut vorbereitet“. (Int.B/Z424-426)

„Verbandslehre könnte man näher darauf eingehen“ (Int.E/Z1356)

Zwei Absolventinnen bzw. Absolventen gaben an, dass die medizinischen Fachunterrichte und die Unterrichtsinhalte der Gesundheits- und Krankenpflege besser miteinander abgestimmt sein hätten können.

„Ich finde, dass man den medizinischen Teil noch ein bisschen erweitern könnte. Das war bei uns irgendwie so durcheinander. Und dann Anatomie, Physiologie im ersten Jahr und im dritten bist auf einmal bei der Niere und weißt nicht einmal mehr wie die aufgebaut ist. So medizinisch finde ich könnte man noch ein bisschen ausweiten.“ (Int.D/Z1201-1204)

„Die Krankheitsbilder verknüpft mit der med. und pflegerischen Seite, weil es gehört zusammen. Man kann das nicht trennen und sagen wir konzentrieren uns nur auf die GuK weil wir sind Krankenschwestern. Das geht nicht, man muss beides beherrschen. Das Zusammenfügen ist natürlich viel interessanter. Damit man auch wirklich versteht warum was wieso. Warum ein Parkinsonpatient die und die Medikamente schluckt das wäre ja interessant. Und nicht sagen die haben das und das Problem in der Pflege und auf der

medizinischen Seiten des und das kriegen sie. Das krieg einmal zusammen. Warum wieso.“
(Int.A/Z335-340)

6.2.2 Weniger wichtige theoretische Ausbildungsinhalte für den Berufseinstieg

Drei der Absolventinnen und Absolventen gaben an, dass das Unterrichtsfach Strukturen und Einrichtungen des Gesundheitswesens, Organisationslehre für den Berufseinstieg nicht relevant war.

„Strukturen und Einrichtungen des Gesundheitswesens es war gut das zu hören aber ich kann es nicht nachvollziehen warum es ein Diplomfach war. Man lernt es und ja ich weiß nicht für was ich das natürlich das Einzige was ich beibehalten habe wenn ich eine Beschwerde habe oder was brauche, dass ich den Dienstweg einhalten muss aber ob das jetzt mehrlinige Stabstellen oder was es da alles gegeben hat keine Ahnung – brauch ich eigentlich nicht“ (Int.B/Z 496-500)

„Strukturen und Einrichtungen des Gesundheitswesens. Wobei ich mein ich brauch es jetzt nicht wissen vielleicht werde ich irgendwann mal irgendwo in der anderen Gesundheitseinrichtung tätig ...“ (Int.D/Z1222-1224)

„SEG das war (..)nein nicht wirklich“ (G1851 – 1855)

Auch das Unterrichtsfach Grundlagen der Pflegewissenschaft und Pflegeforschung wird von fünf Absolventinnen und Absolventen für den Berufseinstieg als nicht relevant beschrieben.

„Ansonsten (,) die Pflegeforschung betreiben wir momentan keine. Auf der Station haben wir kein Projekt.“ (Int.A/Z66-67)

„Ist ein interessantes Fach, aber ich denke ohne Prüfung hätte es auch gut getan. Ich finde halt die Sachen die man später im Pflegealltag braucht, wenn man die Prüfungen ablegt ist es in Ordnung aber alles andere (..) ich weiß nicht wozu dann die Prüfungen da sind ja, das

ich das lerne und nachher habe ich wieder alles vergessen und das ist schade“. (Int.B/Z521-532)

Pflegeforschung habe ich nicht so anwenden können (Int.C/Z889)

„Ja, man sollte es zwar nicht sagen, aber Pflegewissenschaft“. (Int.F/Z1587)

„Pflegeforschung brauche ich jetzt nicht so“. (Int.E/Z1359-1364)

6.2.3 Ambivalente Aussagen zu Unterrichtsfächern der theoretischen Ausbildung

Anmerkung der Verfasserin: Ganz speziell beim Unterrichtsfach der Kommunikation; Konfliktbewältigung, Supervision und Kreativitätstraining ist es sehr abhängig vom Vortragenden ob die Unterrichtsinhalte als hilfreich oder wenig hilfreich für die Praxis erlebt wurden.

Drei Absolventinnen und Absolventen haben das Unterrichtsfach Kommunikation, Konfliktbewältigung, Supervision und Kreativitätstraining kritisch erwähnt und beschrieben.

*„Ja, Gesprächstechniken da gibt es soviel Möglichkeiten wie kommt man oder Konfliktbewältigung wie kommt man da gut zurecht. Ja, wenn man Probleme hat mit seinen Patienten, mit seinen Kollegen mit seinen Vorgesetzten was kann man tun wie kann man reagieren. Tipps und Tricks und für den Alltag wirklich für den Berufsalltag. Schwierige Patienten, Sonderklassepatienten, dämliche Ärzte da stehts manchmal da und musst dich anschreien lassen denkst dir muss ich mir das jetzt gefallen lassen. Wurscht von wem ob jetzt von einem Kollegen ist vom Arzt vom Professor vom Patienten und da hätte ich dann gern einmal ein Wissen im Hintergrund wie könnte ich da jetzt am Besten reagieren“
(Int.A/Z343-350)*

Ja, schon wichtig aber es war zuviel, oder es hätte spezieller sein müssen. Mit Fallbeispielen aus der Praxis mit Situationen wo man vielleicht als Schwester dasteht und sich denkt ok,

*was sag ich jetzt wie reagiere ich jetzt aber so war es schon ein nettes Unterrichtsfach.
(Int.B/Z504-506)*

„... noch superwichtig finde ist Kommunikation.

Aber jetzt nicht nur das Fach Kommunikation sondern auch wie sag dem Patienten, wie er z.B. einer Schulung. Wie kann ich das dem Patienten klar sagen. Natürlich jeder Mensch ist jede Pflegeperson ist anders aber ich finde man muss ein Grundempathie mit andere Menschen haben damit man überhaupt gescheit kommunizieren kann“ (Int.D/Z988-995)

6.2.4 Praktische Ausbildung

Die Absolventinnen und Absolventen gaben beim Interview folgende praktische Ausbildungsinhalte an die sie als besonders wichtig für den Berufseinstieg ansehen.

Bemerkbar war, dass die Absolventinnen und Absolventen der praktischen Ausbildung Berufsrelevanz zuschreiben vor allem was Tätigkeiten im mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich betrifft wie subcutane Injektionen, Blutabnahmen, Wundmanagement und das Setzen des transurethralen Dauerkatheters. Weitere praktische Ausbildungsinhalte werden in den Interviews von ein bis zwei Personen erwähnt wie Umgang mit zu- und ableitenden Systemen, Umgang mit Medikamenten und Umgang mit der Pflegedokumentation.

Mehrere Absolventinnen bzw. Absolventen merkten kritisch an, dass aufgrund der gesetzlichen Lage (mitverantwortlicher Tätigkeitsbereich ist an diplomiertes Pflegepersonal gekoppelt) auf vielen Abteilungen außer im intensivmedizinischen Bereich, die praktische Schulung und Anleitung der oben genannten Tätigkeiten hintangestellt wurde oder unterblieb. Dies fehlte den Absolventinnen und Absolventen beim Berufseinstieg, was sie als Faktor großer Unsicherheit erlebten.

„... wenn man das was man in der Schule gehört hat und in der Praxis umsetzen durfte dann war das super. Dann hat man sich das gemerkt für das Leben, aber wenn man das nicht umsetzen durfte aus welchen Gründen auch immer weil z.B. also was ich noch stark in Erinnerung habe – Infusionen anhängen z.B. bei ZVK oder Port durfte ich nie machen auch nicht im dritten Ausbildungsjahr außer auf der Station wo ich jetzt arbeite weil viele gesagt

haben nein das ist viel zu heikel also wenn da was passiert um Gotte willen aber man diplomiert dann steht im Berufsleben man muss damit umgehen können und wenn man dann nachher nicht damit umgeht das ist furchtbar.“(Int.B/Z559-565)

„... ja man ist ja wenn man diplomiert ist verantwortlich für das Handeln für das was man tut und als Schüler genießt man so dieses ich stehe im Leo ich lerne noch ich darf noch Fehler machen und wenn man dann diplomiert ist und man macht etwas zum 1. mal da wird keine Rücksicht darauf genommen. Das muss sitzen und fertig“ (Int.B/Z59-578)

„Für den Berufseinstieg – einfach alles das was man in der Schule gelernt hat, dass man das einfach alles in der Praxis macht, z.B. Blut abnehmen weil das haben wir da nicht üben können oder Katheter setzen oder so. Einfach dass man ein Gefühl dafür bekommt und das man das halt irgendwie lernt.“

„Eigentlich schon, für das war die Intensiv recht gut, weil die haben da wirklich alles machen lassen angefangen von Magensonden setzen über Katheter setzen da hast wirklich alles tun können.“

„Das Intensivpraktikum das war wirklich da habe ich eigentlich das meiste gelernt.“

„Weil dort darf man einfach alles machen was man auf andere Station manchmal nicht darf.“

„Da darf man Blut abnehmen den ZVK verbinden was ich als Schüler auf anderen Stationen nicht durfte. Die Intensiv war wirklich da habe ich viel gelernt.“ (Int.G/Z1869-1882)

Von den Absolventinnen und Absolventen wird die praktische Ausbildung als sehr hilfreich für den Berufseinstieg angesehen. Als großes Manko der praktischen Ausbildung war allerdings das fehlende eigenständige Arbeiten (z.B. das Führen einer Patientengruppe unter Supervision einer diplomierten Krankenpflegeperson, eigenständiges Planen von Tagesabläufen einer Patientengruppe, Ausarbeitung von Visiten etc.) um auf die spätere Tätigkeit im Sinne von organisatorischem und administrativem Überblick, vorbereitet zu sein. Der mangelnde Überblick (nicht die Ausbildungsinhalte des ersten Ausbildungsjahres der Gesundheits- und Krankenpflege betreffend) über Stationsabläufe wurde auch in der Kategorie 1 (Überforderung als erste Erfahrung beim Berufseinstieg) benannt.

Anmerkung der Verfasserin: Explizit nur einmal formuliert (Siehe Kategorie 1) aber implizit mehrmals angesprochen wurde die Tatsache, dass die Einschulung im organisatorischen und administrativen Tätigkeitsbereich, die essentiell ist für den oben genannten „Überblick“, in anderer Weise verlief, wenn die Absicht des Auszubildenden bekannt war nach Beendigung der Ausbildung auf der Organisationseinheit zu arbeiten. Maßgeblich für einen Unterschied in der Einschulung war anscheinend die Annahme einer zukünftigen Kollegenschaft durch den Auszubildenden.

Eine Absolventin gab auch an, dass der Lernerfolg in der Praxis auch sehr vom zwischenmenschlichen Umgang am Lernort abhängig ist.

„Was mir sehr geholfen hat – es war meistens so, dass die Praxisanleiter sehr freundlich waren und also wenn jemand einen Schüler wert geschätzt hat dann hat mir das sehr viel weiter geholfen, dann wurde mir auch viel gezeigt und dann konnte ich mir auch viele Sachen anschauen in Ruhe ahh aber war an manchen Stationen so, dass die Schüler nicht wert geschätzt wurden die waren einfach nur lästig weil sie noch nicht alles wussten und das war nicht angenehm und man hat da wenig mitgenommen“. (Int.B/Z548-557)

Evident wird aus den Aussagen der Interviewten, dass es ein Phänomen in der dualen Ausbildung gibt, was mit dem Ausdruck Theorie- Praxisdifferenz umrissen werden kann.

Bemängelt wurde von zwei Absolventinnen bzw. Absolventen, dass die Schule nicht auf die Realität als diplomierte Pflegeperson vorbereitet.

„Die Realitätsnähe. Wie es dann wirklich abrennt, das hat mir gefehlt.“(Int.F/Z1720)

„Schule und Praxis 100 und 1. 100 und 1. In der Schule wird zwar viel theoretisches Wissen gelehrt, was man aber in der Praxis oben nicht umsetzen kann. Es geht nicht. Es ist interessant und man weiß wie es gehen sollte oder könnte nur es funktioniert nicht.“ (Int.F/Z1616-1625)

„In der Schule wird der Unterricht so beigebracht es geht alles und man hat Zeit und es ist alles locker leicht und so hin und her. Das ist es nicht. Du bist ein kleiner Fisch der da oben anfängt. Du wirst in das Aquarium reingesetzt und wirst gefressen, wenn du dich nicht zu wehren weißt wirst gefressen. Das geht mir ein bisschen ab. Ich meine das Abhärten.“
(Int.F/Z1723-1726)

„Aber oben es funktioniert nicht anders. Berufsleben es ist hart. Friss oder stirb. So ist es leider Gottes.“ (Int.F/Z1768-1769)

„... ein Tag einfach als wäre man eine Krankenschwester. Damit man einmal sieht was für einen richtigen Stress man hat. Also ich finde das kann man eben in der Schule schwer rüberbringen, dass es nachher wirklich schwierig ist. Dass man wirklich viel. Man muss stark sein, man muss das alles irgendwie bewältigen können. (Int.D/1171-1173)

Das was als Übereinstimmung zwischen theoretischer und praktischer Ausbildung von Berufseinsteigerinnen und Berufseinsteigern beschrieben wurde, kann vor allem auf den eigenverantwortlichen Bereich bezogen als Theorie- Praxiskongruenz in der Ausbildung bezeichnet werden.

Sechs Absolventinnen bzw. Absolventen gaben an, dass sie prinzipiell die Ausbildung gut erlebten. Sie fühlten sich mit der Ausbildung gut auf die Praxis vorbereitet. Besonders der eigenverantwortliche Tätigkeitsbereich war beim Berufseinstieg klar und das in der Ausbildung erworbene Wissen konnte gut angewandt werden.

„Mir hat nichts gefehlt sag ich jetzt einmal. Von der GuK hat mir nichts gefehlt.“(Int.D/Z1201)

„Also der eigenverantwortliche Tätigkeitsbereich war so und so klar. Also Pflege ist gesessen“ (Int.F/Z1564)

(...) *„nein fällt mir nichts ein“* (Int.G/Z1971)

„Von den Lerninhalten wirklich nichts.“ (Int.C/Z892)

„Man hat Wissen von der Schule mitgenommen das man umsetzen konnte in der Praxis. Auch wenn man frisch diplomiert ist hat man sein Wissen man weiß so und so lagert man die Leute und das macht man auch. Und das passt auch. Das hat schon Sinn und die Ausbildung war auch ziemlich aktuell. Auf einen ziemlich aktuellen Stand. Obwohl sich immer wieder viel tut in diesem Bereich.“(Int.A/Z290-296)

Eine Absolventin gab an, dass in der Ausbildung zwar keine Ausbildungsinhalte gefehlt haben, die gesamte Ausbildung jedoch zu kurz war und damit zuwenig Zeit war die Ausbildungsinhalte zu verinnerlichen.

„Nein, also so gefehlt hat mir nichts ich finde die Ausbildung war zu kurz. Es wurde in kurzer Zeit viel Unterrichtsstoff in die Gehirne reingepresst und man vergisst das sehr sehr schnell. Wenn man mehr Zeit hätte diese Sachen zu verinnerlichen dann wäre man sicher kompetenter wenn man einsteigt in diesem Beruf dann wenn man anfängt zu arbeiten. Wenn man 4 Wochen Anatomie z.B. hat und nachher legt man eine Prüfung ab ahhm über einen Stoff der eine dicke Mappe ist 300 Seiten das vergisst man so schnell wieder und das ist einfach schade. Wenn man noch ein Jahr mindestens anhängen könnte wäre es glaube ich ganz gut.“ (Int.B/Z665-671)

6.3 Kompetenzen

Anmerkung der Verfasserin: Interessant war bei den Interviews, dass alle Absolventinnen und Absolventen bei der Frage: „Was ist für sie eine kompetente Pflegeperson?“ ohne Zögern ausführlich antworteten und die Antworten nahezu gleich waren. Diese beschriebenen Pflegepersonen haben neben ihrer fachlichen und organisatorischen Kompetenz auch empathische Fähigkeiten im Umgang mit den Patientinnen und Patienten.

Übereinstimmend sagten die Absolventinnen und Absolventen auch, dass sie mindestens eine kompetente Pflegeperson kennen.

„...Sehr gut mit Menschen umgehen sie ist sehr menschlich, was ihr aber manchmal zum Verhängnis wird weil sie zuviel mit leidet manchmal, und sie hat sehr viel Wissen.

Medizinisches Wissen aber auch pflegerisches Wissen und das bewundere ich an ihr. Sie ist jetzt schon seit 40 Jahren in dem Beruf aber trotzdem sie ist nicht...was ich an ihr bewundere sie eben schon so lange im Beruf und viele sind dann schon so verzweifelt also abgestumpft sag ich jetzt einmal sie nicht sie ist nach wie vor ihr gehen Schicksale nach wie vor ans Herz so wie mir und ich bin erst zwei Jahre dabei und das bewundere ich so an ihr. Dass sie einfach Mensch geblieben ist sie ist diplomierte Krankenschwester. Aber trotzdem ist sie Mensch geblieben und sie verhält sich auch dem Patienten so gegenüber und das finde ich sehr kompetent sie lässt auch Trauer bei ihr selbst zu (..) kann aber auch sehr streng mit den Patienten umgehen, was ich vielleicht noch lernen muss und weiß einfach in jeder Situation was zu tun ist.

I: Also könnte man vielleicht sagen Empathie?

B: Ja, richtig richtig

I: ist das das passende Wort?

B: Sie ist auch sehr tolerant ahhm was vielleicht auch andere Pflegepersonen nicht unbedingt haben nämlich auch anderen Nationen gegenüber ahm ja das bewundere ich auch an ihr. Und sie ist auch sehr geduldig. Was ich merke das ist, dass manche sehr ungeduldig werden relativ schnell und sie hat die Geduld und wenn sie mit einem Patienten und dem zur Dusche begleitet und der braucht eine halbe Stunde bis er sich geduscht hat das ist ihr egal. Er hat sich selbst geduscht ja, und sie hat ihn nur minimal unterstützt. Eine andere Schwester ist ungeduldig weil sie schon die Arbeit im Hintergrund hat die noch zu erledigen ist und duscht ihn selbst geschwind ab. Das bewundere ich an ihr, dass sie trotzdem da eben diese Ruhe hat diese Ausgeglichenheit.“ (Int.B/Z581-616)

Sechs Absolventinnen und Absolventen haben sich beim Berufseinstieg, in von ihnen selbst definierten Bereichen, kompetent gefühlt. Die pflegerischen Bereiche umfassen offenes Ohr für die Patientinnen und Patienten, Kommunikation mit den Patientinnen und Patienten, Gesundheits- und Krankenpflege Unterrichtsinhalte des ersten Ausbildungsjahres und soziale Kompetenz.

„Kommunikation mit den Patienten war nie ein Problem. Die Körperpflege sowieso nicht. Hautzustand beurteilen war (..) haben wir ja alles gelernt. Es ist ja jetzt nicht wirklich schwer, so viele Farben gibt es ja nicht. Den Allgemeinzustand und Ernährungszustand kann man auch immer wieder beurteilen überwachen also pflegerisch hat mir wenig gefehlt. Nur die speziellen Sachen für diesen Bereich“ (Int.A/Z240-243)

6.3.1 Kompetenzzuschreibungen an diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen

Anmerkung der Verfasserin: Interessant war bei den Interviews, dass alle Absolventinnen und Absolventen bei der Frage: „Was ist für sie eine kompetente Pflegeperson?“ ohne Zögern ausführlich antworteten und die Antworten nahezu gleich waren. Übereinstimmend sagten sie auch, dass sie mindestens eine kompetente Pflegeperson kennen.

„Kompetent ist man wenn man mit den Leuten zu recht kommt und weiß was mit den Leuten los ist mit den Patienten ob es ihnen gut geht oder nicht und nicht dass man auswendig weiß welche Medikamente die haben wie viel die schlucken und. Wichtig ist den Leuten muss es gut gehen und wie man das macht und welche Stärken man wo hat muss man ausnutzen. Die eine kennt sich gut aus mit den ganzen Vitalparametern interessiert sich dafür und schaut sich da alles an und die andere redet lieber mit den Patienten oder kümmert sich um die Wundversorgung. Kompetent ist man wenn man einen Überblick über den Patienten hat und weiß was zu tun ist.“ (Int.A/Z173-180)

„Ah, das sich die Pflegeperson auf der Station auf der sie arbeitet auskennt nämlich was die stationsspezifischen Sachen betrifft. Also so wie es jetzt bei mir ist mit der Stationxxx das man bescheid weiß was ist eine xxx was für verschiedene Arten gibt es bei was für Krankheiten werden sie eingesetzt aber auch was für Nebenwirkungen können entstehen ah (..)“ (Int.B/Z581-584)

„...Sehr gut mit Menschen umgehen sie ist sehr menschlich, was ihr aber manchmal zum Verhängnis wird weil sie zuviel mit leidet manchmal, und sie hat sehr viel Wissen. Medizinisches Wissen aber auch pflegerisches Wissen und das bewundere ich an ihr. Sie ist jetzt schon seit 40 Jahren in dem Beruf aber trotzdem sie ist nicht...was ich an ihr bewundere sie eben schon so lange im Beruf und viele sind dann schon so verzweifelt also abgestumpft sag ich jetzt einmal sie nicht sie ist nach wie vor ihr gehen Schicksale nach wie vor ans Herz so wie mir und ich bin erst ein Jahr dabei und das bewundere ich so an ihr. Dass sie einfach Mensch geblieben ist sie ist diplomierte Krankenschwester Aber trotzdem ist sie Mensch geblieben und sie verhält sich auch dem Patienten so gegenüber und das finde ich sehr kompetent sie lässt auch Trauer bei ihr selbst zu (..) kann aber auch sehr

streng mit den Patienten umgehen, was ich vielleicht noch lernen muss und weiß einfach in jeder Situation was zu tun ist.

I: Also könnte man vielleicht sagen Empathie?

B: Ja, richtig richtig

I: ist das das passende Wort?

B: Sie ist auch sehr tolerant ahm was vielleicht auch andere Pflegepersonen nicht unbedingt haben nämlich auch anderen Nationen gegenüber ahm ja das bewundere ich auch an ihr. Und sie ist auch sehr geduldig. Was ich merke das ist, dass manche sehr ungeduldig werden relativ schnell und sie hat die Geduld und wenn sie mit einem Patienten und dem zur Dusche begleitet und der braucht eine halbe Stunde bis er sich geduscht hat das ist ihr egal. Er hat sich selbst geduscht ja, und sie hat ihn nur minimal unterstützt. Eine andere Schwester ist ungeduldig weil sie schon die Arbeit im Hintergrund hat die noch zu erledigen ist und duscht ihn selbst geschwind ab. Das bewundere ich an ihr, dass sie trotzdem da eben diese Ruhe hat diese Ausgeglichenheit.“ (Int.B/Z581-616)

„Eine kompetente Sr. ist für mich eine die Spaß hat im Beruf ganz wichtig ist das man die Probleme wenn man zu Hause welche hat dass man die nicht in den Beruf mitnimmt. Das man sich für die Pat. Zeit nimmt wenn es einen einmal nicht so gut geht. Es kann ja einmal ein vorzeitiger xxxx oder irgendwas passieren oder wenn man halt einmal schlecht drauf ist, dass man für den Patienten halt Zeit nimmt so gut es halt geht wenn genug Personal da ist oder eben dass ich es weiterleite an den Psychologen dass man halt auf die Pat. halt richtig schaut. Dann ist für mich wichtig eine Kompetente dass sie den Pflegeprozess und die Anamnese genau macht einen ganzen Pflegebericht – auch wichtig. Kompetent alles weiterleiten was man delegiert kriegt dass man das gut ausführt und kompetent (..) pünktlich sein hilfsbereit das man ja, gut im Team arbeiten kann das ist eine ganz ganz wichtig. Schüler anleiten.“(Int.C/Z812-821)

„Die muss wirklich einfach zuhören können, erklären können sich Zeit nehmen und das ist das allerschwierigste heute zu tage sich Zeit nehmen und das geht meistens nur im Nachtdienst. Und dann ist es halt auch blöd weil die müssen ja dann irgendwann schlafen auch. Aber, das sich Zeit nehmen und hinsetzen wirklich, dass vermissen die Pat. Die wollen dann wirklich gar nicht mehr aufhören zu reden. Weil jetzt nicht über ja ich habe eine Frau und zwei Kinder sondern wirklich warum bin ich da und das ist mir schon passiert und der Arzt hört ja heute zu tage auch nicht mehr zu. Grunderkrankung ja, wie oft operiert, das da

dort da. Da kann der Pat. auch nimmer erzählen und reden und im Endeffekt du musst ja eigentlich dem Pat. schon ein bisschen kennen und seine Vorgeschichte kennen dass du ordentlich auf ihn eingehen kannst. Weil wenn der einen Schlaganfall gehabt hat und dann alleine zu Hause lebt und überhaupt keine Hilfe hat dann versandelt sonst. Und du denkst wau der ist ungepflegt und Hilfe und so und in Wirklichkeit weißt du das noch nicht weil du hast ja noch nicht mit ihm geredet. Ich meine dann kannst ihm ja wieder helfen im Endeffekt wenn du das dann alles weißt. Aber es sind halt so Sachen am allerwichtigsten ist das Reden.“ (Int.D/Z1088-1100)

Wenn ich mich nicht auskenne mir weiter helfen kann. Ich muss nicht alles wissen ich muss nur wissen wo ich nachschaue oder wen ich frage.

I: Was kann der noch? An wen denkst du speziell? Was kann die noch?

Die ist einfach auf Grund dadurch, dass sie schon seit 10 Jahren auf der xxxchirurgie arbeitet weiß sie einfach schon Dinge die wer anderer nicht weiß. Wo ich z.B. einen gewissen Laborwert ankreuzen muss auf welchen Beleg. Im Umgang mit dem Pat. was sie mit gewissen Krankheitsbilder auskennt, mit Medikamenten auch.(...) (Int.E/Z1385-1391)

„Die sich in dem Fachgebiet auskennt. Mit den Krankheitsbildern auskennt. Was für Therapiemöglichkeiten schon wären bevor irgendein junger Assistenzarzt der sonst noch nie was zu tun gehabt hat. Das ich ihm sagen könnte höre dort und da müsstest aufpassen drauf so was ist für mich eine kompetente Sr. und die auch den Pat. als Menschen sieht und nicht einfach als irgendwas. Das ist für mich eine kompetente Schwester.(Int.F/Z1666-1671)

„Also ich habe jetzt eine Kollegin direkt im Kopf. Die ist von der Chirurgie auf die Interne gegangen. Wundmanagement ein Traum. Sie kennt sich aus. Sie weiß wie das in der Chirurgie abrennt. Sie hat menschlich was über. Sie hat fachlich auf der Station ein großes Wissen. Sie hat im palliativen Bereich – sie ist einfühlsam. Ich habe jetzt genau konkret eine Kollegin direkt im Kopf.“ (Int.F/Z1679-1682)

„Ich finde meine Praxisanleiterin war kompetent. Die war zu den Patienten freundlich war empathisch wenn sie was nicht gewusst hat, hat sie gesagt sie weiß es jetzt nicht und geht fragen und hat es ihnen dann gesagt. Sie finde ich zumindest alle gleich behandelt egal ob das ein Türke war oder von den ethnischen Rassen her. Also die war kompetent sie hat auch immer gesagt was sie gerade tut beim Patienten das finde ich sehr wichtig die redet nicht mit

der anderen Kollegin was sie am Wochenende getan hat sondern sagt wirklich so jetzt mache ich das jetzt mach ich das es könnte kalt werden es ist warm. Die hat gleich erkannt wenn es irgendwem nicht gut gegangen ist nach einer OP oder so. Die hat einen Blick dafür gehabt. Obwohl die noch nicht so lange im Beruf eigentlich ist. Aber die, da habe ich das Gefühl die weiß was sie tut.“

Neben der fachlichen, organisatorischen und administrativen Kompetenz haben diese beschriebenen Pflegepersonen auch empathische Fähigkeiten die ihnen den Umgang mit Patientinnen und Patienten erleichtern.

6.3.2 Selbsteinschätzung der durch die Ausbildung erworbenen Kompetenzen

Sechs Absolventinnen und Absolventen haben sich beim Berufseinstieg, in von ihnen selbst definierten Bereichen kompetent gefühlt.

„Kommunikation mit den Patienten war nie ein Problem. Die Körperpflege sowieso nicht. Hautzustand beurteilen war (...) haben wir ja alles gelernt. Es ist ja jetzt nicht wirklich schwer, so viele Farben gibt es ja nicht. Den Allgemeinzustand und Ernährungszustand kann man auch immer wieder beurteilen überwachen also pflegerisch hat mir wenig gefehlt. Nur die speziellen Sachen für diesen Bereich.

„... Genau da war ich mir sicher und vom pflegerischen Bereich ungefähr 10% war ich mir nicht sicher weil das wieder speziell Krankheitsbilder sind. Wo man nicht weiß dürfen sie aufstehen oder wie sollen sie aufstehen wie sollen sie gehen nach diversen OP dürfen sie das Bein Strecken oder nicht. Mühsam zum Lernen und durchfuzzeln diese Kleinigkeiten was man aber wissen muss, was sitzen muss dann. Oder Amputationen versorgen, das sind so Sachen buh bist am Anfang auch überfordert. Und vom medizinischen war es halt auch so fifty fifty“. (Int.A/Z229-235)

„Ich glaube auch, dass ich kompetent bin es ist nur so, dass ich auch noch wenig Berufserfahrung habe und finde jeder der schon einiges an Berufserfahrung mitbringt wesentlich kompetenter ist als jemand frischer wie ich. Ahh, kompetent ist jemand der sein Wissen gezielt einsetzen kann und wenn er das Wissen nicht hat über irgendeine fachspezifischen Sache, dass er weiß wo er sich dieses Fachwissen aneignen kann, dass

er ein offenes Ohr für die Patienten hat dass er effizient arbeitet ah wirtschaftlich auch arbeitet richtig arbeitet ah und gewissenhaft und in der heutigen Zeit auch sicher schnell arbeitet aber ja wie soll man sagen (..) sowenig Fehler wie möglich, klingt irgendwie ein bisschen blöd, aber so in der Richtung. Ah, sicherlich auch ja“ (.....) (Int.B/Z587-589)

„Na sicher, ahm durch die 3 Jahre hat man eh sehr viel Wissen mit bekommen und durch die Praxis aber als Frischdiplomierte ist man halt immer ein bisschen unsicher das hat man schon. Aber eben durch die gute Einschulung und durch meine Kollegen war es eigentlich (..) habe ich mich schon kompetent gefühlt“. (Int.C/Z864-866)

„Soziale Kompetenz dazu erworben etwas. Ich glaube ich war vorher schon sehr sozial engagiert. Na diese praktischen Fähigkeiten und Fertigkeiten. Das weißt ja vorher nicht. Wie mach ich einen Verband. Welche Techniken kann ich anwenden dass der Pat. leichter atmet. Wie mobilisiere ich jemanden. Das sind Sachen die man alle in der Schule lernt die auch von großer Bedeutung sind. Weil wenn ich nicht weiß wie ich einen Pat. vom Bett auf den Rollstuhl mobilisier dann habe ich ein Problem. Weil der Physiotherapeut ist nicht den ganzen Tag da. Da muss ich ihn natürlich selber hineinsetzen. Also diese ganzen praktischen Übungen die man in der Schule erlernt und nachher auch übt. Das ist auch super wichtig. Weil sonst kann ich den Beruf nicht ausüben.“ (Int.D/Z1144-1148)

„... bin als sozial engagierter Mensch gekommen, aber jetzt bin ich als sozial kompetenter Mensch also nicht gegangen, weil damit habe ich dann auch noch nicht soviel soziale Kompetenz gehabt. Aber mittlerweile das erweitert sich das immer das Spektrum der sozialen Kompetenz.“ (Int.D/Z1155-1157)

„In der Gesprächsführung würde ich sagen. Es gibt wenige sehr sehr wenige mit denen ich absolut nicht zurecht komme. Ich habe auch viele pos. Feedbacks erhalten von Pat. .Die gemeint bitte bleiben sie so wie sie sind. Bleiben sie so freundlich wie sie sind. Und schauen sie, dass sie auch mit den Leuten reden. Was ich halt leider nicht garantieren kann. Man verändert sich mit der Zeit aber da probiere ich dran zu bleiben. Die Gesprächsführung würde ich sagen die Kompetenz die habe ich beibehalten. Ich hoffe, dass ich sie nicht verliere.“ (Int.F/Z1688-1693)

„Ja, auch so im normalen Gespräch mit dem Patienten wenn es jetzt nicht gerade um spezielle Dinge gegangen ist war ich auch nicht so schlecht glaube ich“ ... (Int.G/Z1936-1937)

7 Zusammenfassung

Diese vorliegende Arbeit möchte die in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege erworbenen Kompetenzen von Berufseinsteigerinnen und Berufseinsteigern bezüglich der Bewältigung des Berufsalltages beleuchten.

Im theoretischen Teil der Arbeit wird der Kompetenzbegriff näher vorgestellt und der Versuch unternommen diesen Begriff im Zusammenhang mit der grundständigen allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung in Österreich darzustellen. Allgemein kann gesagt werden, dass der Begriff Kompetenz nicht nur in der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung eine große Rolle spielt sondern auch in anderen Berufsausbildungen eine wesentliche Bedeutung hat. Bei der Sichtung der Literatur zu diesem Begriff fällt auf, dass es eine Vielfalt von Definitionen zur Kompetenz gibt. Prinzipiell kann gesagt werden, dass vor allem in der berufspädagogischen Auseinandersetzung mit nahezu übereinstimmenden Kompetenzbegriffen gearbeitet wird, die sich im Sinne Rosenstiels (2007) auf Grundkompetenzen beziehen: Personale Kompetenz, Handlungskompetenz, Fachlich-methodische Kompetenz und sozial-kommunikative Kompetenz.

Die beiden Pflegewissenschaftlerinnen Christa Olbrich (2010) und Benner (2012) haben sich in ihren wissenschaftlichen Studien intensiv mit Kompetenzen im Berufsfeld der Gesundheits- und Krankenpflege auseinandergesetzt. Ihre Ausführungen über Pflegekompetenz werden im Kapitel vier dieser Arbeit dargestellt.

Der empirische Teil der Arbeit geht der Frage nach, ob die in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege erworbenen Kompetenzen von Berufseinsteigerinnen und Berufseinsteigern bezüglich der Bewältigung des Berufsalltages ausreichen. Dazu wurden mit einem halb standardisierten Interviewleitfaden sieben Absolventinnen und Absolventen einer allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflegeschule befragt.

Nach Analyse des Interviewmaterials kann festgehalten werden, dass die Absolventinnen und Absolventen sich in dem Ausbildungsfach Gesundheits- und

Krankenpflege gut ausgebildet fühlen. Eine Einigkeit bei den Absolventinnen und Absolventen besteht auch darin, dass sie in den Ausbildungsfächern allgemeine und spezielle Pathologie, Diagnose und Therapie einschließlich komplementärmedizinischer Methoden und Pharmakologie über Ausbildungsdefizite berichten.

Weiters konnten auch noch Ausbildungsdefizite in der praktischen Ausbildung aus den Interviews analysiert werden, diese betreffen hauptsächlich den mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich nach dem GuKG § 15 (Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe Gesundheits- und Krankenpflegegesetz GuKG, BGBl. I Nr. 61/210 und BGBl. I Nr. 74/2011).

8 Diskussion

Die Ergebnisse der Untersuchung werden im Folgenden mit der in dieser Arbeit verwendeten Literatur in Verbindung gebracht.

Zudem werden die Limitationen dieser Arbeit dargelegt.

Hinsichtlich dessen, was in der grundständigen Ausbildung der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege zu verändern ist, um den Absolventinnen und Absolventen den Berufseinstieg zu erleichtern schließt dieses Kapitel ab.

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit weisen darauf hin, dass Absolventinnen und Absolventen für den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege während ihrer Ausbildung Kompetenzen für den Beruf erworben haben.

Untersucht wurden welche Ausbildungsinhalte der theoretischen und praktischen Ausbildung (duales Ausbildungssystem) von den Absolventinnen und Absolventen beim Berufseinstieg als hilfreich empfunden wurden.

Eindeutig benannt wurden die Inhalte aus der Gesundheits- und Krankenpflege und verwandten Fächern wie z.B. Palliativpflege oder onkologische Pflege.

Auch Inhalte aus der allgemeinen speziellen Pathologie, Diagnose und Therapie einschließlich komplementärmedizinische Methoden, Biologie, Anatomie und Physiologie sowie Pharmakologie wurden als sehr hilfreich für den Berufseinstieg beschrieben. Letzteren Inhalten konnte erst nachträglich (bereits nach dem Berufseinstieg) die Wichtigkeit zugewiesen werden.

Die fehlenden Ausbildungsinhalte sind hauptsächlich dem mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich zuzuschreiben. Das ist darauf zurückzuführen, dass in der praktischen Ausbildung aufgrund der gesetzlichen Bestimmung, (der mitverantwortliche Tätigkeitsbereich ist gesetzlich dem gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege vorbehalten) diese Fähigkeiten und Fertigkeiten wie z.B. das Setzen eines transurethralen Blasenkatheters nicht oder nur unzureichend vermittelt wurde. Die Schwierigkeiten die sich daraus ergeben sind, dass diese Fähigkeiten und Fertigkeiten bei den Berufseinsteigerinnen und

Berufseinsteigern nach ihrer Diplomierung eingefordert werden und daher in ihrer Ausführung bei dem in Berufsalltag mit Überforderung und Angst besetzt sind. Diese Verantwortung ist den Berufseinsteigerinnen und Berufseinsteigern bewusst und sie empfinden sie als sehr belastend.

Bei der Untersuchung mit der Forschungsfrage *„Leisten die Ausbildungen diplomierte Gesundheits- und Krankenpflege, Pflegehilfe und Sonderausbildungen was die Pflegepraxis benötigt?“* (durchgeführt von Gesundheit Österreich GmbH 2010/2011) ergeben sich ähnliche Ergebnisse. Die praktische Ausbildung vor allem im mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich für den gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege weist Mängel auf. Dies führt zu einem Plädoyer Rottenhofers für eine Ansiedlung der grundständigen Ausbildung in den tertiären Bereich und eine Reform der gesamten Ausbildung der Gesundheitsberufe mit Durchlässigkeit zum universitären System

(www.goeg.at/cxdata/media/download/reformansaetze_pflegerberufslandschaft.pdf,

12. 02. 2013)

Einige Absolventinnen und Absolventen erwähnten auch in den Interviews, dass sie immer wieder nachlesen in ihren Unterrichtsunterlagen bzw. im Internet um ihre fachlichen Kenntnisse zu erweitern und ihr somit erworbenes Wissen sinnvoll einzusetzen.

Rosenstiel sieht in Kompetenzen *„Dispositionen zum selbstorganisierten Handeln“* (Erpenbeck & Rosenstiel, 2007, S. 19). Für Kompetenz muss eine Disposition im Sinne eines Potentials einer Grundbegabung gegeben sein die Entwicklung und Ausformung erfolgt in der Auseinandersetzung mit der Umwelt.

Die deutsche Pflegewissenschaftlerin Christa Olbrich ging im Rahmen ihrer Dissertation der Frage nach, was sich im Pflegealltag de facto an Wissen und Können der Pflegeperson manifestiert und welche Anforderungen und Bedingungen der Pflege in der Praxis zugrunde liegen (vgl. Menche, 2011, S. 24). Mit Hilfe eines wissenschaftlich methodisch qualitativen Ansatzes – Olbrich bediente sich der Grounded Theory, entwickelt die Autorin eine Theorie der Pflegekompetenz, in der sich die Komplexität der Pflege und des pflegerischen Handelns zeigt (vgl. Olbrich,

1999, S. 36). Sie konnte folgende Dimensionen des pflegerischen Handelns beschreiben:

Regelgeleitetes Handeln

Situativ-beurteilendes Handeln

Reflektiertes Handeln

Aktiv-ethisches Handeln

Eine Absolventin beschreibt dies sehr trefflich in dem Interview. Wobei das aktiv-ethische Handeln von ihr hier nicht beschrieben wird:

„Nein, diesen Gesamtüberblick kriegt man nicht hin während der Berufsausbildung das kommt dann in der Praxis. Das man alles zusammenfügen kann zu einem Ganzen diese ganzen Informationen zu einem Ganzen zusammenfügen kann so geht es jetzt dem Patienten so ist es das kommt in der Praxis das kann man einfach noch nicht am Anfang. Da müssen sich einige Sachen verbinden im Kopf damit man da versteht (lachen). Mir ist aufgefallen, dass man in der letzten Klasse im dritten Ausbildungsjahr dann schon wirklich viel verknüpfen hat können. Das heißt es hat immer wieder einen aha – Effekt gegeben. Wenn das und das so ist dann ist das und das so das ist dann logisch und ich habe immer wieder einen aha Effekt gehabt habe das auf der Station aber auch ständig wieder und denk immer wieder ach deswegen kriegt er das und so und so. Das fehlt aber alles. Dass man diesen Gesamtüberblick hat das ist sehr schwierig. Wie was zusammenhängt wo was wann. Das Fach wird ja doch jedes einzeln für sich unterrichtet und dann musst du es aber verknüpfen können. Die Pflege zur Pathologie und umgekehrt das muss man einmal verbinden können. Das ist nicht so einfach zu den verschiedenen Krankheitsbildern. Diesen Gesamtüberblick. Man bekommt das Hintergrundwissen und braucht diesen Überblick muss man sich selber erlernen. Den muss man selber hinkriegen.“(Int.A/Z299-312)

Wie Benner in ihrem Buch (2012) beschreibt befanden sich die Absolventinnen und Absolventen bei ihrem Berufseinstieg auf der Stufe der Anfängerin bzw. Anfängers oder der fortgeschrittenen Anfängerin bzw. des fortgeschrittenen Anfängers. Die Anforderungen die an sie gestellt wurden waren allerdings die an eine kompetente Pflegende bzw. kompetenten Pflegenden oder an eine erfahrene Pflegende bzw. erfahrenen Pflegenden (vgl. Benner, 2012, S. 63 - 69).

“ du wirst von Ärzten angeschrien wenn du Sachen nicht weißt sofort und gleich und du wirst hart auf die Probe gestellt. Du musst alles wissen über jeden Patienten zu jeder Zeit und wie aus der Pistole geschossen. Das kann man am Anfang nicht. Jeden Wert, jedes bisschen Harn, und jedes bisschen Nichtharn und weiß Gott was. Totale Überforderung am Anfang, aber situationsbedingt.“ (Int.A/Z34-37).

„Also wir haben Gruppenpflege und jeder von uns hat im Normalfall 14 Patienten wenn wir voll sind. Ganz einfach, dass ich dafür verantwortlich war wenn der irgendwas gebraucht hat, dass ich das dem Arzt mitteile oder zu den Physios gehe oder zu Untersuchungen sage der braucht das oder der braucht das. Einfach ich auf alles praktisch schauen habe müssen. Was früher meine Kollegen gemacht haben als ich noch Schüler war. Und das war halt am Anfang schon seltsam“. (Int.G/ 1807 – 1811)

Anmerkung der Verfasserin: Interessant war bei den Interviews, dass alle Absolventinnen und Absolventen bei der Frage: „Was ist für sie eine kompetente Pflegeperson?“ ohne Zögern ausführlich antworteten und die Antworten nahezu gleich waren. Diese beschriebenen Pflegepersonen haben neben ihrer fachlichen und organisatorischen Kompetenz auch empathische Fähigkeiten im Umgang mit den Patientinnen und Patienten.

Laut Benner (2012) haben Pflegeexpertinnen / Pflegeexperten und auch laut Olbrich (2010) haben Pflegepersonen die über die Kompetenz des aktiv-ethischen Handelns verfügen, solche empathischen Fähigkeiten.

Laut Benner werden unter Pflegeexpertinnen /Pflegeexperten Pflegepersonen verstanden, die über sehr viel Erfahrung in ein und demselben Pflegebereich verfügen. Sie sind aufgrund ihrer Erfahrung in der Lage Situationen intuitiv zu erfassen und direkt den Kern des Problems zu erkennen ohne viel Zeit zu verlieren. Es ist nicht immer einfach aus Pflegeexpertinnen und Pflegexperten schlau zu werden, da sie viel Verständnis für die gesamte Situation haben und danach handeln. Beispielweise werden bedrohliche Situationen von Patientinnen und Patienten verspürt, bevor es noch messbare klinische Zeichen gibt. Pflegexpertinnen und Pflegeexperten sind in der Lage dies zu erfassen und zu interpretieren ohne

dafür genaue Gründe nennen zu können. Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten sind nicht überall vorzufinden, sie sind nicht häufig (vgl. Benner, 2012, S. 71 - 72).

„Da wird es dann schon interessant, die haben das auf einen Blick. Die wissen schon vorher, dass das Kalium zu niedrig ist bevor wir einen Blutbefund haben. Fasziniert mich jedes mal. Die sehen das. Einige das sind aber meistens die die schon ein paar Jahre Berufserfahrung haben auf der Station. So zehn oder fünf Jahre. Und die sich auch dafür interessieren. Und die kommen auch super mit den Patienten aus. Klar wenn ich den Pat. ansehe und sagen kann. „Ihnen ist schlecht oder“ kommt das besser als wenn ich ihn frage haben sie irgendwelche Beschwerden. Wenn der sich eh schon fast „anspeipt“ die sehen das schon. Ihnen ist schlecht, was wollen sie haben“. (Int.A/Z219-227)

Laut Olbrich vollzieht sich in der Dimension des aktiv-ethischen Handelns Kompetenz. Hier werden Pflegepersonen durch Handeln auf der Grundlage von Werten aktiv. Das Motiv dafür kann z.B. sein, dass eine Patientin oder ein Patient in seiner Würde verletzt wurde oder die Pflegeperson nicht nach den Werten ihres Pflegeverständnisses handeln konnte. Die Pflegeperson hat hier nicht immer die Unterstützung vom Pflorgeteam und handelt auch hier nicht immer innerhalb der stationsüblichen Normen.

Diese Pflegepersonen haben Wissen, denken nach, können Werte wahrnehmen und aufgrund ihrer Einschätzung passend handeln. Wird Kompetenz in diesen Dimensionen des pflegerischen Handelns betrachtet, so ist nicht das Wissen an sich schon Kompetenz, sondern muss auch in adäquater Weise zur Anwendung kommen. Das Fachwissen ist die Basis, erst darauf aufbauend kann eine Sachlage beurteilt und Entscheidungen getroffen werden. Es ist notwendig, dass alle Aspekte einschließlich der eigenen Person reflektiert werden um aktiv-ethisch handeln zu können. Ethisch kann auch nur jemand handeln, der über Wissen verfügt, Werte reflektiert und als Mensch willensstark genug ist, dass er das als richtig Erkannte auch aktiv umsetzen kann (vgl. Olbrich 2005, S. 10 – 11). Aktiv-ethisches Handeln in pflegerischen Situationen kann als ein bewusstes, reflektiertes, aktives Umgehen mit ethischen Werten, die für die Patientinnen und den Patienten wichtig sind, bezeichnet werden. Dieses Handeln überschreitet die übliche Routine und zeigt sich als stellvertretendes Handeln für den Patienten. Die Frage nach dem

Selbstverständnis der Pflege lautet hier: „Warum wird Pflege ausgeführt?“ (vgl. Olbrich 2010, S 65)

„Sehr gut mit Menschen umgehen sie ist sehr menschlich, was ihr aber manchmal zum Verhängnis wird weil sie zuviel mit leidet manchmal, und sie hat sehr viel Wissen. Medizinisches Wissen aber auch pflegerisches Wissen und das bewundere ich an ihr. Sie ist jetzt schon seit 40 Jahren in dem Beruf aber trotzdem sie ist nicht...was ich an ihr bewundere sie eben schon so lange im Beruf und viele sind dann schon so verzweifelt also abgestumpft sag ich jetzt einmal. Sie nicht sie ist nach wie vor ihr gehen Schicksale nach wie vor ans Herz so wie mir und ich bin kurz dabei und das bewundere ich so an ihr. Dass sie einfach Mensch geblieben ist sie ist diplomierte Krankenschwester aber trotzdem ist sie Mensch geblieben und sie verhält sich auch dem Patienten so gegenüber und das finde ich sehr kompetent sie lässt auch Trauer bei ihr selbst zu (..) kann aber auch sehr streng mit den Patienten umgehen, was ich vielleicht noch lernen muss und weiß einfach in jeder Situation was zu tun ist. Sie ist auch sehr tolerant ahm was vielleicht auch andere Pflegepersonen nicht unbedingt haben nämlich auch anderen Nationen gegenüber ahm ja das bewundere ich auch an ihr. Und sie ist auch sehr geduldig. Was ich merke das ist, dass manche sehr ungeduldig werden relativ schnell und sie hat die Geduld und wenn sie mit einem Patienten und dem zur Dusche begleitet und der braucht eine halbe Stunde bis er sich geduscht hat das ist ihr egal. Er hat sich selbst geduscht ja, und sie hat ihn nur minimal unterstützt. Eine andere Schwester ist ungeduldig weil sie schon die Arbeit im Hintergrund hat die noch zu erledigen ist und duscht ihn selbst geschwind ab. Das bewundere ich an ihr, dass sie trotzdem da eben diese Ruhe hat diese Ausgeglichenheit. Und das ist finde ich auch in der heutigen Zeit eine Kompetenz. (Int. B/Z596-616)

8.1 Limitation der Studie

Den Ergebnissen dieser Untersuchung liegen sieben Interviews mit Absolventinnen und Absolventen einer allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflegeschule zugrunde. Die Aussagekraft der Untersuchung ist aufgrund der Größe der Stichprobe als gering einzureihen. Dazu kommt noch, dass die Absolventinnen und Absolventen alle an derselben allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflegeschule ihre Ausbildung abgeschlossen haben. Da die Aussagen der Absolventinnen und Absolventen zu den Fragen aus dem Interviewleitfaden sehr ähnlich sind, erhöht sich die Glaubwürdigkeit der Daten.

8.2 Ausblick

Aufgrund der Angaben der Absolventinnen und Absolventen bei dieser Untersuchung, sollten bei einer Überarbeitung von Ausbildungsinhalten in Theorie und Praxis vermehrt auf Ausbildungsinhalte der Administration und Organisation einer Organisationseinheit hingewiesen werden. Derartig formulierte Lehr und Lernziele könnten nicht mit allzu großem Aufwand in die Ausbildung (theoretisch und praktisch) mit hineingenommen werden.

Vom Vorteil wäre auch noch, wenn die praktische Ausbildung dem mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich mehr Beachtung schenken würde.

Eine klare Aussage darüber, ob eine Anleitung von Auszubildenden durch eine diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson bei Tätigkeiten im mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich gesetzeskonform nach dem GuKG ist, wäre wünschenswert. Da das GuKG ein Pendantgesetz zum österreichischen Ärztegesetz ist und die Delegation von Handlungen aus dem mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich durch Ärzte erfolgen muss, bleibt nach Ansicht der Verfasserin für Personal des gehobenen Dienstes der Gesundheits- und Krankenpflege die Frage ungeklärt, ob eine Anleitung von Auszubildenden beispielsweise beim Setzen eines transurethralen Dauerkatheters oder dem Verabreichen von Infusionen durch sie zulässig ist. Aus dieser Situation ergibt sich, so auch Aussagen der Interviewten, eine mangelnde Gelegenheit theoretisch gelehnte Inhalte während der praktischen Ausbildung zu üben und dabei Sicherheit zu gewinnen. Diese These wird davon unterstützt, dass im Intensivbehandlungsbereich (ständige Anwesenheit einer Ärztin eines Arztes) Auszubildende sehr wohl Gelegenheit hatten, Tätigkeiten aus dem mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich zu praktizieren.

9 Literaturverzeichnis:

Ackerl, Jakob (2011): Die Pflegeausbildung im Spannungsfeld zwischen Berufung und Verdienst , Situation und Motive der Pflegeausbildung. Graz: Medizinische Universität Graz, Institut für Erziehungs- und Bildungswissenschaft.

Arens, Frank (2007): Entwicklung emotionaler Kompetenz in der Pflegeausbildung. Konzepte und Methoden. PR-Internet für die Pflege 9 (5) 293-303.

Benner, Patricia (1994): Stufen der Pflegekompetenz. From Novice to Expert. Huber Verlag, Bern.

Benner, Patricia (2012): From Novice to Expert. Huber Verlag, Bern, 2. Auflage.

Bischoff-Wanner, Claudia (2002): Empathie in der Pflege. Huber Verlag, Bern.

Cohen, Zichi Marlene Einführung in die qualitative Forschung. In: LoBiodo-Wood, Geri / Haber, Judith (Hrsg.) (2005): Pflegeforschung. Methoden, Bewertung, Anwendung, Urban & Fischer, München, 2. Auflage.

Darmann, Ingrid Keuchel, Regina Gesundheit/Pflege. In Felix, Rauner (Hrsg) (2005): Handbuch der Berufsbildungsforschung, W. Bertelsmann, Bielefeld.

Dostal, Werner Berufsentwicklung In Felix, Rauner (Hrsg) (2005): Handbuch der Berufsbildungsforschung, W. Bertelsmann, Bielefeld.

Angie, Dröber et. al (Hrsg.) (2004): Springer Lexikon Pflege. Springer, Berlin, 3. Auflage.

Erpenbeck, John und Rosenstiel, Lutz (Hrsg.) (2007): Handbuch Kompetenzmessung. Erkennen, verstehen und bewerten von Kompetenzen in der betrieblichen, psychologischen Praxis. Schäffer Poeschel, Verlag Stuttgart.

Groppenberger Lisa (2011): Vermittlung beruflicher Kompetenzen in der Grundausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege. Situationsadäquate Anpassung von Lehr- und Lernmethoden und reflektiertes Handeln des Lehrpersonals in der Gesundheits- und Krankenpflegeschule im Unterricht mit Schülern und Schülerinnen mit universitärem Fachwissen. Graz: Medizinische Universität Graz, Institut für Pflegewissenschaft.

Köhl, Markus Eduard, David (2010): Bewusstseinszustand der Pflegekraft während einer empathischen Wahrnehmungsleistung. Bedeutung der Wahrnehmung in der Pflege und Förderung der Empathiefähigkeit durch bewusste Ausrichtung des körperlichen und psychischen Zustandes. Pflegewissenschaft, 12 (1), 5-11.

Mayer Hanna (2007): Pflegeforschung kennenlernen. Elemente und Basiswissen für die Grundausbildung, Facultas, Wien, 4. Auflage.

Mayer, Hanna (2007): Pflegeforschung anwenden, Elemente und Basiswissen für Studium und Weiterbildung, Facultas, Wien, 2. Auflage.

Mayring, Philipp (2010): Qualitative Inhaltsanalyse, Grundlagen und Techniken. Beltz, Weinheim, 11. Auflage.

Menche, Nicole Hrsg. (2011): Pflege heute. Lehrbuch für Pflegeberufe, Urban und Fischer, München, 5. Auflage.

Olbrich, Christa (2010): Pflegekompetenz. Hans Huber Verlag, Bern, 2. Auflage.

Olbrich, Christa (1999): Pflegekompetenz. Huber Verlag, Bern.

Olbrich, Christa (2005): In: Schneider Helga (Hg) Pflegekompetenz durch Pflegeexpertinnen, facultas Wien

Olbrich, Christa: Was versteht man unter Kompetenz? In Schneider Helga (Hrsg) (2005): Pflegekompetenz durch PflegeexpertInnen. Facultas Wien.

Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG 2003) offenes Curriculum für die Ausbildung in Allgemeiner Gesundheits- und Krankenpflege. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend. Wien

Petek, Cäcilia (2011): Projektbericht Kompetenzmodell NEU für Pflegeberufe in Österreich, erarbeitet vom ÖGKV Landesverband Steiermark. In: Österreichische Pflegezeitschrift Nr. 11, Jahrgang 64, S15

Röben, Peter: Kompetenz- und Expertisenforschung: In Felix, Rauner (Hrsg) (2005): Handbuch der Berufsbildungsforschung, W. Bertelsmann, Bielefeld.

Scheu, Peter (2010): Empathie statt „Mitleid“. Eine theoretische Grundlage zur Förderung empathischer Kompetenz in der pflegerischen Bildung. Padua, 5 (11), 45 – 47.

Scheu, Peter (2012): Empathie lehren und lernen. Einführung in ein Trainingskonzept zur Förderung empathischer Kompetenz in der pflegerischen Ausbildung. Padua 7 (1), 23-25.

Schwamberger, Helmut Biechl, Reinhard (2011): Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz GuKG), 6. Auflage.

Straubenmüller, Viola (2011): Ambiguitätstoleranz – eine zentrale Kompetenz für Pflegende von heute und morgen? Pflegewissenschaft, 13 (4), S 223 – 232.

Weiss-Faßbinder, Susanne, Lust, Alexandra: Gesundheits- und Krankenpflegegesetz, Durchführungsverordnung Ergänzungsband 2009, FH-GuK-

AV, GuK-TAV, GuK-WV, GuK-AusweisV, GuK-EWRV 2008, Manzsche Verlags- und Universitätsbuchhandlung, Wien.

Wied, Susanne Warmbrunn, Angelika (Hrsg.) (2012) Pschyrembel Pflege. De Gruyter, 3. Auflage

Wiener Krankenanstaltenverbund – Generaldirektion AG-KQNW (2006): Kompetenz- und Qualifikationsnachweis in der praktischen Ausbildung für die allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege

Zimmermann, Gudrun (2009): Förderung der Sozialkompetenz in der Schule und praktischer Pflegeausbildung. In: Sahmel, Karl-Heinz (Hrsg.) Pflegerischen Kompetenzen fördern. W. Kohlhammer GmbH Verlag, Stuttgart.

Internetadressen:

International Council of Nurses ICN www.icn.ch/definition.htm (abgerufen 09. 08. 2012 15:45)

www.fh-campuswien.ac.at/studium/gesundheits/bachelor/gesundheits_und_krankenpflege/ueberblick/ (abgerufen am 09. 08. 2012 16:30)

(http://ec.europa.eu/education/policies/educ/eqf/eqf08_de.pdf (abgerufen 15. 08. 2012 23:25)

(<http://neu.oeibf.at/db/calimero/tools/proxy.php?id=12756> (abgerufen 15. 08. 2012 23:46)

http://pfliegewissenschaft.univie.ac.at/fileadmin/user_upload/inst_pfliegewiss/Homepage_neu/Home/Studium_und_Lehre/Materstudium/Curriculum_I_Mitteilungsblatt_2009_2010_48.pdf abgerufen 19. 08. 10:00

Lutz von Rosenstil, Kompetenzen erkennen und entwickeln in der Krise
http://www.psy.lmu.de/spx/spx-ks/studium/downloads_folien/ws_09_10/muf_09_10/von_rosenstiel_krise.pdf (abgerufen am 10. 01. 2013)

Die OECD-Bildungsminister <http://www.oecd.org/pisa/35693281.pdf> Definitionen und Auswahl von Schlüsselkompetenzen. Eine Zusammenfassung, 10.01.2013

Peter, Martin et.al Zukunftsperspektiven für die Ausbildung in der gehobenen Gesundheits- und Krankenpflege

Begründungszusammenhänge für eine Einordnung der Ausbildung zum gehobenen Dienst in der Gesundheits- und Krankenpflege auf der tertiären Ebene eines Fachhochschullehrgangs

(bag.braintrust.at/download.php?id=27, 16. 02. 2013)

Der Europäische Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (EQR)
(http://ec.europa.eu/education/pub/pdf/general/eqf/broch_de.pdf, 10.02.2013)

Sahmel, Karl-Heinz (2011) Wandel der Pflege – Neue Kompetenzen für Pflegekräfte
(www.paritaet-alsopfleg.de/index.php?option=com...16..., 12. 02. 2013).

Europäische Kommission: Vorschlag für eine Empfehlung des europäischen Parlaments und des Rates zur Einrichtung eines Europäischen Qualifikationsrahmens für lebenslanges Lernen.
http://ec.europa.eu/education/policies/educ/eqf/com_2006_0479_abgerufen am 10.01.2013

Rappold, Elisabeth et.al Reformansätze für die Bildungslandschaft der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe in Österreich
http://www.goeg.at/cxdata/media/download/reformansaetze_pflegerberufslandschaft.pdf, 12. 02. 2013

http://pflegewissenschaft.univie.ac.at/fileadmin/user_upload/inst_pflegewiss/Homepage_neu/Home/Studium_und_Lehre/Materstudium/Curriculum_Ilt_Mitteilungsblatt_2009_2010_48.pdf abgerufen 19. 08. 2012, 10:00)

Masch, Gottfried Hannes, Diem Österreichisches Hochschulrecht Heft 6, Fachhochschulstudiengesetz
(http://www.bmwf.gv.at/fileadmin/user_upload/wissenschaft/naric/fhstg.pdf, 16. 02. 2013)

(portal.wko.at/wk/dok_detail_file.wk?AngID=1&DocID...StID..., abgerufen am 01. 03. 2013).

http://www.goeg.at/cxdata/media/download/wende_rottenhofer_vortrag.pdf, 01. 03. 2013

Engel, Roswitha: Die Grundausbildung als Bachelor-Studium

<http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00735-009-0153-x#page-1>, 01. 03. 2013

Lohrmann, Christa: In: Ein neuer Weg für die Pflege – Das Studium der Pflegewissenschaft an der Medizinischen Universität Graz

www.akstmk.at/bilder/d58/Pflegeausbildung.pdf, 01. 03. 2013

Mayer, Hanna (2009) „Akademische Pflege“ – Auswirkungen auf das österreichische Gesundheitssystem

http://www.oegkv.at/fileadmin/docs/Hygienetage_2009/Mayer_hygienetage.pdf, 01. 03, 2013

10 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Beschreibung der Interviewteilnehmer.....	80
Tabelle 2: Kategorien der ersten und zweiten Reduktion nach Mayring (2010).....	84

11 Anhang

Interviewleitfaden für Einzelinterviews

1. Wie erlebten sie die gestellten Anforderungen im Rahmen des Berufseinstieges?

Haben sie Überforderungen in der Zeit nach dem Berufseinstieg erlebt?	Was kennzeichnet für sie eine Überforderung und welche Art waren die Überforderungen? oder Warum denken sie, dass es bei ihnen zu keinen Überforderungen kam?
Haben sie Unterforderung in der Zeit nach dem Berufseinstieg erlebt?	Was kennzeichnet für sie eine Unterforderung und worin liegen die Gründe für die Unterforderung?

2. Welche Ausbildungsinhalte (Theorie und Praxis) waren für den Berufseinstieg von existentieller Bedeutung?

Gab es Ausbildungsinhalte in der Theorie die sie für den Berufseinstieg als besonders existentiell ansehen?	Welche Ausbildungsinhalte waren dies? Warum glauben sie, sind gerade diese Ausbildungsinhalte besonders existentiell für den Berufseinstieg gewesen? Warum glauben sie, waren keine theoretischen Ausbildungsinhalte existentiell für den Berufseinstieg?
Gab es Ausbildungsinhalte in der Praxis die sie für den Berufseinstieg als existentiell ansehen?	Welche Ausbildungsinhalte waren dies? Warum glauben sie sind gerade diese Ausbildungsinhalte existentiell für den

	Berufseinstieg gewesen sind? oder Warum denken sie waren die theoretischen Ausbildungsinhalte nicht existentiell für den Berufseinstieg?
--	---

3. Welche in der Berufsausbildung erworbenen Kompetenzen sind für die Berufsanfängerinnen und Berufsanfänger bei ihrem Berufseinstieg besonders wichtig?

Was verstehen sie unter dem Begriff Kompetenz in der Pflege?	
Was ist für sie eine kompetente Pflegeperson?	Was kann diese Pflegeperson besonders gut?
Haben sie sich nach ihrer Ausbildung für den Berufseinstieg kompetent gefühlt?	Was konkret waren diese Kompetenzen die sie während ihrer Ausbildung erworben haben? oder Welche Kompetenzen haben ihnen als Berufsanfängerin / Berufsanfänger gefehlt?

4. Welche Ausbildungsinhalte bzw. welche Kompetenzen sollten während der Pflegeausbildung unbedingt vermittelt werden um für den Berufseinstieg fit zu sein?

Curriculum Vitae

Vor- und Nachname:	Elisabeth Wiesinger geb. Kadrnoschka
Staatsangehörigkeit:	Österreich
Schulbildung:	1965 – 1974 Volksschule, Hauptschule 1974 – 1975 Lehranstalt der Stadt Wien für humanitäre Berufe 1975 – 1978 Allgemeine Krankenpflegeschule am Kaiserin Elisabeth-Spital der Stadt Wien 2005 Abschluss der Berufsreifeprüfung
Berufliche Tätigkeit:	1978 – 1984 Klinik für Anaesthesie und Intensivmedizin (Intensivstation) am allgemeinen Krankenhaus der Stadt Wien 1984 – 1990 zweite chirurgische Klinik (Operationssaal) am allgemeinen Krankenhaus der Stadt Wien Seit 1990 – Schule für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege am allgemeinen Krankenhaus der Stadt Wien 1978 – 2013 Teilnahme an verschiedenen berufsspezifischen Fortbildungen und Kongressen
Sonderausbildungen:	1982 – 1983 Sonderausbildungskurs zur Heranbildung von Intensivpflege- und Dialyseschwestern und –pflegern 1987 – 1988 Sonderausbildungskurs zur Heranbildung von Operationsschwestern und –pflegern 1992 – 1993 Sonderausbildungskurs zur Heranbildung von lehrenden Krankenpflegepersonen und lehrenden Angehörigen der medizinisch- technischen Dienste

Studium: seit 2005 Individuelles Diplomstudium der
Pflegewissenschaft an der Universität Wien