



universität
wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

**Die personenzentrierte Pflegekompetenz in der praktischen
Ausbildung von Gesundheits- und Krankenpflegeberufen**

Eine qualitativ-deskriptive Studie mit der Ableitung von damit in Verbindung
stehenden Lernergebnissen

verfasst von / submitted by

Hans Peter Köllner

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Science (MSc)

Wien, 2022 / Vienna 2022

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

UA 066 330

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Masterstudium Pflegewissenschaft

Betreut von / Supervisor:

Univ.-Prof.ⁱⁿ Mag.^a Dr.ⁱⁿ Hanna Mayer

Kurzzusammenfassung

Hintergrund und Ziel: Personenzentrierung in der Pflege führt zu mehr Ganzheitlichkeit, einem wertschätzenden Miteinander, Nachhaltigkeit und Zufriedenheit. Während es für im Praxisfeld stehende Pflegepersonen bereits Schulungsprogramme zur Personenzentrierung gibt, so zeigt sich jedoch noch ein Nachholbedarf bei den diesbezüglichen berufsqualifizierenden Studien und Ausbildungen. Im Rahmen dieser Studie galt es aus der Sichtweise von Studierenden und Auszubildenden, Lehrenden sowie Praxisanleitenden abzubilden, woran Studierende und Auszubildende der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe ein personenzentriertes Pflegen erkennen. Daraus wurden kennzeichnende Eigenschaften einer personenzentrierten Pflegekompetenz abgeleitet und zudem zu erreichende Lernergebnisse für die praktische Ausbildung und der damit in Verbindung stehenden Lehrveranstaltungen, wie beispielsweise die Praxisreflexion, festgelegt, um für mehr Transparenz in den personenzentrierten Lernprozessen zu sorgen.

Methode: Im Zuge dieser qualitativ-deskriptiven Studie wurden Fokusgruppeninterviews sowohl mit Lehrenden, Praxisanleitenden sowie Studierenden und Auszubildenden durchgeführt. Insgesamt haben 35 Personen in sechs Fokusgruppen teilgenommen. Das damit erhobene Datenmaterial wurde mithilfe eines inhaltsanalytischen Verfahrens ausgewertet.

Ergebnisse: Anhand der Studie konnten die folgenden sechs kennzeichnenden Eigenschaften einer personenzentrierten Pflegekompetenz identifiziert werden: Selbstwirksamkeitserleben, zwischenmenschliche Achtsamkeit, Verstehen von Grenzen, professionelles Leben von Pflegebeziehungen, das Einnehmen einer Haltung und das reflektierte Umsetzen von Pflegehandlungen. Von diesen Eigenschaften wurden in weiterer Folge neun Lernergebnisse im Zusammenhang des personenzentrierten Pflegens abgeleitet.

Schlussfolgerung: Mit den Ergebnissen dieser Studie konnte ein Beitrag zum internationalen Diskurs zur Etablierung von personenzentrierten Curricula geleistet werden. Neben einer qualitätsgesicherten Implementierung der Studienergebnisse in den Ausbildungsprogrammen gilt es in Zukunft zudem, Lehrende und Praxisanleitende mit darauf abgestimmten Fort- und Weiterbildungsprogrammen zu bestärken, um den personenzentrierten Kompetenzerwerb von Studierenden und Auszubildenden effizienter und nachhaltiger zu fördern.

Schlüsselwörter: Personenzentrierung, Kompetenz, Pflege, Studium, praktische Ausbildung

Abstract

Person-Centred Care Competence during the Training of Student Nurses

A Qualitative-Descriptive Study with the Identification of Learning Outcomes

Background and Aim: Person-centred care in nursing leads to more holism, mutual appreciation, sustainability, and a feeling of well-being. Although, there are some educational programs for trained nurses to increase their person-centeredness in practice. Less of these programs address the particular needs and requirements of student nurses. The aim of this study was, on the one hand, to examine how student nurses recognise that they care in a person-centred way. Therefore, lecturers in nursing, nursing instructors, and the students themselves were questioned. On the other hand, based on these findings, specific characteristics of student nurses' competence in person-centredness were deduced. Moreover, learning outcomes were identified. Hence, more transparency during the acquisition of person-centred care competence of student nurses is ensured.

Method: In the course of this qualitative-descriptive study, focus-group interviews with lecturers in nursing, nursing instructors, and the student nurses in Austria were conducted. In sum, 35 persons in six focus-groups have participated. Subsequently, the compiled data were analysed through the summarising content analysis.

Results: Six specific characteristics may be distinguished in connection with a person-centred competence of student nurses. These are an awareness of self-efficiency, an interpersonal attentiveness, an understanding of boundaries, the living of professional relationships in nursing, having an attitude, and the implementation of reflexive nursing interventions. Furthermore, nine learning outcomes can be deduced of these specific characteristics.

Conclusion: The findings of this study may be seen as a contribution to the international discussion in terms of person-centred curricula development in nursing. Furthermore, the findings should be implemented in nowadays educational programmes in nursing. Besides, lecturers and nursing instructors should receive a special training. In doing so, the acquisition of a person-centred competence in student nurses gets promoted.

Key words: person-centredness, competence, nursing, academic studies, education, nursing training

INHALTSVERZEICHNIS

1	EINLEITUNG.....	1
1.1	Hintergrund und Problemdarstellung.....	2
1.2	Forschungsinteresse und Zielsetzung der Arbeit.....	5
1.3	Forschungsfragen und Kurzvorstellung der Arbeit	5
2	THEORETISCHER RAHMEN	7
2.1	Grundlagen einer personenzentrierten Pflegepraxis	7
2.2	Werte und Prinzipien einer personenzentrierten Pflegepraxis	8
2.3	Struktur und Aufbau des Person-Centred Practice Frameworks.....	9
2.4	Bildungstheoretischer Bezugsrahmen	14
2.4.1	Die soziokulturelle Entwicklungstheorie als Grundlage personenzentrierter Lernprozesse.....	15
2.4.2	Lerntheoretische Ansätze zum Erwerb einer personenzentrierten Pflegekompetenz	18
3	STAND DER FORSCHUNG	21
3.1	Systematische Literaturrecherche und Synthese	21
3.2	Aktueller Stand der Forschung.....	23
4	METHODIK	27
4.1	Qualitativ-deskriptives Forschungsdesign	27
4.1.1	Methode der Datenerhebung	28
4.1.2	Methode der Datenauswertung.....	35
4.1.3	Gütekriterien	41
4.1.4	Ethische Berücksichtigungen.....	42
4.2	Vorgehen beim Festlegen von Lernergebnissen.....	43
5	ERGEBNISDARSTELLUNG.....	47
5.1	Eigenschaften eines personenzentrierten Pflegens	47
5.2	Lernergebnisse einer personenzentrierten Pflegekompetenz	72
6	DISKUSSION	74
6.1	Eigenschaften einer personenzentrierten Pflegekompetenz und deren Bedeutung	74
6.2	Die personenzentrierte Pflegekompetenz aus pädagogisch-didaktischer Sicht.....	78
6.3	Limitationen	82
6.4	Schlussfolgerung und Ausblick.....	83
7	LITERATURVERZEICHNIS	87
8	ANHANG	92
8.1	Informationsblatt zur Studie	92
8.2	Einverständniserklärung	94
8.3	Interviewleitfäden.....	95

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Übersicht der kennzeichnenden Eigenschaften einer personenzentrierten Pflegekompetenz	49
---	----

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Komponenten und identifizierte Suchstrings im Rahmen der systematischen Literaturrecherche	22
Tabelle 2: Strukturelle Rahmenbedingungen der Fokusgruppen	30
Tabelle 3: Fokusgruppe Studierende und Auszubildende 1 (S ₁)	33
Tabelle 4: Fokusgruppe Studierende und Auszubildende 2 (S ₂)	33
Tabelle 5: Fokusgruppe Praxisanleitende 1 (P ₁)	34
Tabelle 6: Fokusgruppe Praxisanleitende 2 (P ₂)	34
Tabelle 7: Fokusgruppe Lehrende 1 (L ₁)	34
Tabelle 8: Fokusgruppe Lehrende 2 (L ₂)	35
Tabelle 9: Formales Notationssystem zur Transkription	37
Tabelle 10: Interpretationsregeln im Zuge der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse	39
Tabelle 11: Exemplarische Darstellung im Zuge der Inhaltsanalyse	40
Tabelle 12: Verbgruppen zur Definition von kompetenzorientierten Lernergebnissen	45
Tabelle 13: Exemplarische Analyse eines vom Studienautor definierten Lernergebnisses	46
Tabelle 14: Tabellarische Übersicht der Kategorien mit Häufigkeit der kodierten Segmente	48
Tabelle 15: Lernergebnisse einer personenzentrierten Pflegekompetenz	72

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

a	annus (lateinisch für Jahr)
B	befragte Person
bzw.	beziehungsweise
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
GuK	Gesundheits- und Krankenpflege
L	lehrende Person
P	praxisanleitende Person
S	studierende/auszubildende Person
Univ.	Universität
WHO	World Health Organisation
zit. n.	zitiert nach

1 EINLEITUNG

Die globalen Versorgungsansätze in Bezug auf Pflege, Gesundheit und Medizin sind seit einigen Jahren Gegenstand einer Grundsatzdiskussion. Eine tradierte und biomedizinisch dominierte Ausrichtung der Gesundheitssysteme, die durch Krankheits- und Defizitorientierung charakterisiert ist, weicht dabei zunehmend einer individualisierten, ressourcenorientierten und ganzheitlichen Gesundheitsversorgung. Der Mensch in seiner Ganzheit wird damit in den Mittelpunkt gestellt (Phelan et al., 2020).

Dabei gilt es zunächst zu berücksichtigen, dass es das prioritäre Ziel von Gesundheits- und Sozialsystemen sein müsste, die Gesundheitsversorgung für ihre Bevölkerungen auf bedürfnis- und bedarfsgerechte Weise sowie auf Basis des neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisstandes sicherzustellen (Pöttler, 2019). Damit wären auch die eingangs angeführten Versorgungsansätze von Ganzheitlichkeit, Ressourcenorientierung und Individualisation inbegriffen.

In diesem Zusammenhang definierte die World Health Organisation (2003) (WHO) in den frühen 2000er-Jahren die Responsivität der Gesundheitssysteme als eines seiner Rahmengesundheitsziele. Dabei betont die Organisation, dass die Gesundheitssysteme auf die Bedürfnisse der Bevölkerung vollumfänglich eingehen müssen. Einen besonderen Stellenwert haben dabei laut WHO die Würde und die Selbstbestimmung von Menschen.

In den letzten 20 Jahren erfolgte darauf aufbauend eine weitere Ausdifferenzierung dieser Bemühungen hin zu einer Personen- bzw. Bevölkerungszentrierung, um die Herausforderungen, Bedürfnisse und ökonomischen Bedingungen der Gegenwart und Zukunft auf individueller, systemisch-organisationaler und gesellschaftsbezogener Ebene besser adressieren zu können (World Health Organisation, 2015).

Neben der WHO propagiert auch der britische Interessensverband von professionellen Pflegepersonen, das Nursing and Midwifery Council (2018), in seinen leitenden Grundsätzen, dass die professionelle Pflege neben einer Evidenzbasierung außerdem durch eine Personenzentrierung gekennzeichnet sei.

Trotz dieser allgemeinen Entwicklungstendenzen hin zu personenzentrierten Pflege- und Gesundheitssystemen zeigen sich noch Defizite in den Umsetzungen. Um diesen Veränderungsprozess unterstützend voranzutreiben, können die pflegerischen

Ausbildungsinstitutionen einen entscheidenden Beitrag leisten, indem sie die angehenden Pflegepersonen bei der Herausbildung ihrer personenzentrierten Pflegekompetenz anleiten und fördern.

1.1 HINTERGRUND UND PROBLEMDARSTELLUNG

Die gesundheitspolitischen Entwicklungen der letzten Jahre deuten eine Bedeutungssteigerung der Personenzentrierung an. Diese Veränderung liegt vor allem im nachhaltigen Effekt dieses Versorgungs- und Betreuungsansatzes begründet. So betonen Brännström und Boman (2014), dass die Lebensqualität von Patient*innen verbessert werden kann. Zudem zeigen andere Autor*innen auf, dass das Entlassungsmanagement aus dem Krankenhaus günstig beeinflusst wird, da eine Reduktion des sogenannten Drehtüreffekts im Zuge von Wiederaufnahmen zu beobachten ist (Ulin et al., 2016). Des Weiteren kommt es zu einer Steigerung des patientenbezogenen Selbstmanagements (Fors et al., 2015). Außerdem führt ein solcher Versorgungsansatz zu einer höheren arbeitsplatzbezogenen Zufriedenheit im Pflege- und Gesundheitsbereich, womit er als ein Mittel zur Vorbeugung von Personalfluktuations angesehen werden kann (Edvardsson et al., 2011; Rosengren, 2016).

Es gilt zunächst zu hinterfragen, was unter einer Personenzentrierung bzw. einer dadurch entstehenden Pflegepraxis zu verstehen ist. Morgan und Yoder (2012) stellen fest, dass der Begriff der Personenzentrierung zwar, sowohl in wissenschaftlichen Publikationen als auch in der pflegerischen Praxis, häufig verwendet wird, es jedoch Mängel hinsichtlich einer klaren Abgrenzung und Definition gibt. Aufgrund dieses Umstandes führte das Autor*innenteam eine Konzeptanalyse durch, bei der vier bestimmende Merkmale der Personenzentrierung identifiziert werden konnten: Ganzheitlichkeit, Individualisierung, Respekt und Empowerment. Daraus leitet sich eine Definition ab, die Personenzentrierung als einen holistischen Ansatz sieht, der bio-psycho-spirituelle Bedürfnisse der zu versorgenden Menschen adressiert und eine respektvolle Pflege auf individueller Ebene ermöglicht. Ferner werden die tatsächlichen Pflegebedürfnisse zwischen dem*der Patienten*in und der betreuenden Pflegeperson im Zuge einer angebotenen therapeutischen Beziehung ausgehandelt, um somit Autonomieübertragung durch Empowerment zu ermöglichen. So können die versorgten Menschen selbstbestimmt Verantwortung für ihre gesundheitsbezogenen Entscheidungen übernehmen.

Während in dieser Definition der Fokus auf die Beziehung zwischen der betreuenden Pflegeperson und den zu versorgenden Menschen gelegt wird, erweitert die von McCormack und McCance (2017a) entwickelte Theorie der *Person-Centred Practice* diese Dyade. Die Theorie selbst besteht aus vier Komponenten, die auch als Dimensionen bezeichnet werden: personenbezogene Voraussetzungen, Umgebungsfaktoren, personenzentrierte Prozesse und personenzentrierte Outcomes. Die einzelnen Komponenten sind des Weiteren in einen Makrokontext eingebettet. Das Besondere des auf dieser Theorie basierenden *Person-Centred Practice Framework* ist die Verankerung und Verpflichtung zur Personenzentrierung, die auf mehreren Ebenen wirkt, von Gesundheitspolitik über Gesundheitssysteme bis hin zu den einzelnen Krankenhäusern oder Pflegeheimen. Das Ergebnis spiegelt sich in einer personenzentrierten Versorgungskultur zwischen allen beteiligten Akteur*innen wider. Das schließt Patient*innen oder Bewohner*innen, deren Familien sowie Mitarbeitende in den Versorgungseinrichtungen und deren Vorgesetzte mit ein. Damit wirkt dieser ganzheitliche und wertschätzende Betreuungsansatz durch Nachhaltigkeit in der Versorgungsqualität und führt zur Etablierung einer personenzentrierten Pflegepraxis. Voraussetzung hierfür ist neben dem Bestehen einer personenzentrierten Kultur auch, dass die Mitarbeitenden personenzentrierte Kompetenzen besitzen.

Basierend auf diesen theoretischen Vorannahmen entwickelten Mayer et al. (2019) das *PeoPLe* Modell. Dieses Rahmenkonzept skizziert eine personenzentrierte Versorgungspraxis im Langzeitpflegesetting. Unter Rückgriff auf dieses Modell entwickelte das Autor*innenteam in weiterer Folge ein Mentoringkonzept zur Förderung einer personenzentrierten Praxis. Ein Ziel von diesem Konzept ist es, die in der Praxis stehenden Pflegepersonen durch ausgebildete Mentor*innen und Fazilitator*innen zu kompetenten Anwender*innen einer personenzentrierten Pflegepraxis zu befähigen (Mayer et al., 2021).

In der zu Beginn der Einleitung angeführten Gesundheitspolitik und in der vorhin erwähnten pflegerischen Praxis sind bereits erste Umsetzungsbemühungen und -strategien einer personenzentrierten Pflegepraxis bzw. der daraus folgenden Pflegekultur zu erkennen. Diese Entwicklung gilt jedoch nicht gleichsam für die berufsqualifizierenden Studiengänge und Ausbildungen in Pflege- und Gesundheit (Phelan et al., 2020). Im Besonderen findet im tertiären Bildungsbereich eine rege Diskussion statt, ob, wie und inwiefern Personenzentrierung Inhalt der verschiedenen Ausbildungen des Gesundheitsbereichs sein könnte (Ananth & Jonas, 2013; Miles, Asbridge, & Caballero, 2015). Hier stellt sich vor allem

die Frage, wie Personenzentrierung auf eine institutionalisierte Art und Weise Einzug in die Curricula sowie Lehr- und Lernkonzepte von bestehenden Pflege- und Gesundheitsausbildungen halten kann (Manely, 2017; Phelan et al., 2020).

Ein Ansatzpunkt für die nachhaltige Etablierung und Institutionalisierung ist die praktische Ausbildung von angehenden Pflegepersonen. Sowohl in den Ausbildungen der pflegerischen Assistenzberufe als auch im Bachelorstudium Gesundheits- und Krankenpflege ist die praktische Ausbildung ein verbindendes Element und repräsentiert einen gewichtigen Anteil im Kontext der diesbezüglichen Gesamtausbildungen (Pfabisan et al., 2020; Pöttler, 2019). Aufgrund dieses Umstands kann die praktische Ausbildung und die damit in Verbindung stehenden Lehrveranstaltungen, beispielsweise die Einführung, Reflexion oder die Supervision, als eine Ansatzebene angesehen werden, um personenzentrierte Lernprozesse von angehenden Pflegepersonen anzustoßen.

Des Weiteren gilt es in diesem Zusammenhang auf der didaktischen Ebene zu berücksichtigen, dass Lehren, Lernen und der damit verbundene Wissenserwerb zielgesteuerte Prozesse darstellen. Allen Ausbildungsinstitutionen von Pflegeberufen, ob auf Universitäten, Fachhochschulen oder Schulen, ist gemeinsam, dass ihre Bildungsangebote mit bildungsbezogenen Zielen und einem Qualifikationsprofil verknüpft sein müssen. Diese Vorgabe hat mehrere Gründe. Beispielsweise dienen die Ziele als Orientierungsrahmen für die Lehrenden zur Planung und Durchführung von Lehrveranstaltungen sowie zur Bestimmung des passenden Prüfungsmodus. Zudem wird eine Vergleichbarkeit von einzelnen Ausbildungsprogrammen ermöglicht. Außerdem gilt es, ökonomische Überlegungen zu berücksichtigen, indem festgelegt wird, welche Lernziele in welcher Zeitspanne erreicht werden müssen (Oelke & Meyer, 2014).

Die in den Ausbildungsprogrammen zu erreichende Qualifikationsziele sind in den Curricula der unterschiedlichen Bildungsprogramme definiert. Im tertiären Bildungsbereich wird im Zuge dieser Qualifikationsziele von Lernergebnissen gesprochen. Dieser Begriff leitet sich vom Englischen *learning outcomes* ab. In diesem Zusammenhang findet auch die sogenannte Kompetenzorientierung im Zuge der Hochschullehre Erwähnung. Mit dem Erreichen von definierten Lernergebnissen wird eine bestimmte Form von beruflich-professioneller Kompetenz entwickelt (Den Ouden & Rottlaender, 2017).

Zusammenfassend kann daher für die institutionelle Verankerung von Personenzentrierung in der praktischen Ausbildung von Pflegepersonen festgestellt werden, dass die Identifikation von Lernergebnissen eine zwingende Voraussetzung ist, um die Lernprozesse hin zu einem personenzentrierten Pflegen planbar und in der vorgegebenen Ausbildungszeit der einzelnen Bildungsprogramme durchführbar zu gestalten. Darüber hinaus muss für dieses Vorhaben vorab einmal festgelegt werden, was unter einer personenzentrierten Kompetenz zu verstehen ist, die im Zuge von Ausbildung oder Studium entwickelt worden sein soll, bevor diesbezügliche Lernergebnisse definiert werden können.

Aus dieser Problemdarstellung und Ausgangslage sollen im nächsten Kapitel das Forschungsinteresse und die Zielsetzung dieser Studie abgeleitet werden.

1.2 FORSCHUNGSINTERESSE UND ZIELSETZUNG DER ARBEIT

Das Erkenntnisinteresse dieser Masterarbeit besteht in der Identifizierung von kennzeichnenden Eigenschaften eines personenzentrierten Pflegens. Diese stellen ihrerseits auch die Indikatoren einer personenzentrierten Pflegekompetenz dar. Von diesen gilt es in weiterer Folge die notwendigen Lernergebnisse abzuleiten, damit Studierende und Auszubildende der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe zum personenzentrierten Pflegen befähigt werden. Durch dieses Vorgehen soll ein Orientierungsrahmen geschaffen werden, der es ermöglicht, den ausbildungsbezogenen Kompetenzerwerb für Lehrende und Praxisanleitende transparent, planbar und nachvollziehbar zu gestalten. Zudem wird neben einer forschungsbasierten Professionalisierung in der Pflegedidaktik und -lehre zusätzlich ein Beitrag zur pflegewissenschaftlichen Grundlagenforschung geleistet, indem eine differenzierte Synthese des personenzentrierten Versorgungsansatzes im pflegewissenschaftlichen und ausbildungsbezogenen Diskurs erfolgt.

1.3 FORSCHUNGSFRAGEN UND KURZVORSTELLUNG DER ARBEIT

Die folgenden Forschungsfragen gilt es im Zuge dieser Studie zu bearbeiten:

- *Forschungsfrage 1:* Woran lässt sich ein personenzentriertes Pflegen von Studierenden und Auszubildenden der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe erkennen?

- *Forschungsfrage 2:* Was ist kennzeichnend für eine im Studium oder in der Ausbildung vermittelten personenzentrierten Pflegekompetenz und welche zu erreichenden Lernergebnisse können daraus abgeleitet werden?

Zur Beantwortung dieser Forschungsfragen gilt es im folgenden Teil dieser Arbeit das damit in Verbindung stehende Vorgehen kapitelweise vorzustellen.

Zunächst erfolgt die theoretische Einbettung des Untersuchungsgegenstandes unter Rückgriff auf einen im Kapitel zwei präsentierten *Theoretischen Rahmen*. Hierfür gilt es einerseits auf den *Person-Centred Practice Framework* nach McCormack und McCance (2017a) zurückzugreifen. Andererseits wird sich auch eines bildungstheoretischen Rahmens bedient, der durch die soziokulturelle Entwicklungstheorie nach Wygotski (1964) repräsentiert wird.

In weiterer Folge soll im nächsten Kapitel drei der *Stand der Forschung* abgebildet werden. Die personenzentrierte Pflegekompetenz wurde durch eine systematische Literaturrecherche eingegrenzt und die damit ausgehobenen Literaturbefunde als der aktuelle Stand der Forschung synthetisiert.

Da der zugrundeliegende Untersuchungsgegenstand der personenzentrierten Pflegekompetenz auch durch eine empirische Erhebung ergründet wurde, gilt es im Kapitel 4 *Methodik* das diesbezügliche Vorgehen zu erläutern. Die Studie wurde unter Rückgriff auf das qualitativ-deskriptive Design durchgeführt. Dabei erfolgte zum einen die Datenerhebung mit leitfadengestützten Fokusgruppeninterviews und zum anderen die Datenauswertung der damit erhobenen Befunde mit einem inhaltsanalytischen Verfahren. Außerdem wird in diesem Kapitel das methodische Vorgehen zum Ableiten von Lernergebnissen der personenzentrierten Pflegekompetenz erläutert.

Im nächsten fünften Kapitel erfolgt die *Ergebnisdarstellung*. Neben der Abbildung der kennzeichnenden Eigenschaften eines personenzentrierten Pflegens im Zuge des empirischen Teils dieser Arbeit, werden in diesem Kapitel zudem die abgeleiteten Lernergebnisse präsentiert.

Das sechste und letzte Kapitel wird durch die *Diskussion* der Studienergebnisse dargestellt. Hier gilt es die erhobenen Erkenntnisse dieser Studie unter Rückbezug auf den theoretischen Rahmen sowie den Forschungsstand zu diskutieren, um einerseits ein abschließendes Resümee zu ziehen und andererseits einen Ausblick auf die weitere Forschung, Lehre und Lehrpraxis zu geben.

2 THEORETISCHER RAHMEN

Im Rahmen dieses Kapitels wird zum einen der Ansatz des *Person-Centred Practice Framework* nach McCormack und McCance (2017a) als theoretischer Rahmen in Bezug auf die Personenzentrierung vorgestellt. Zum anderen gilt es, unter Berücksichtigung der zugrunde liegenden Fragestellung dieser Masterarbeit, einen bildungstheoretischen Bezugsrahmen zu schaffen, welcher durch die soziokulturelle Entwicklungstheorie nach Wygotski (1964) repräsentiert wird.

2.1 GRUNDLAGEN EINER PERSONENZENTRIERTEN PFLEGEPRAXIS

Der *Person-Centred Practice Framework* nach McCormack und McCance (2017a) bildet den Prozess ab, der zu einer personenzentrierten Pflegekultur führt. Der Ansatz ist betont partizipativ und impliziert ein gleichberechtigtes Rollenverständnis zwischen Pflegeperson und dem betreuten Menschen sowie dessen Familie bzw. An- und Zugehörigen. Der Mensch wird dabei in seiner Ganzheitlichkeit wahrgenommen, um nachhaltige Lösungen für dessen Gesundheitsprobleme zu finden und umzusetzen (McCormack & McCance, 2017a).

Die Personenzentrierung als Versorgungsansatz ist nicht neu. Sie kann auch auf die gesellschaftlichen Veränderungen der letzten Jahrzehnte zurückgeführt werden. Als Beispiel wäre hier unter anderem eine zunehmende Individualisierung anzuführen (Martin & Félix-Bortolotti, 2014).

Verwandte Konzepte, wie beispielsweise die Patientenzentrierung, unterscheiden sich vom Konzept der Personenzentrierung in einem zentralen Punkt: Diese Ansätze reduzieren den Menschen auf eine einzige Rolle, und zwar die des*der Patienten*in. Zudem besteht ein eindeutiges vorgegebenes Hierarchieverhältnis. Der versorgte Mensch wird dadurch ausschließlich zum*zur Empfänger*in von pflegerischer Versorgung und Betreuung. Im Gegensatz dazu sind im Grundverständnis der Personenzentrierung der versorgte Mensch und die Pflegeperson gleichberechtigt (McCormack, McCance, & Martin, 2021).

Das Personsein ist das zentrale Konzept im theoretischen Verständnis der Personenzentrierung. Die Grundlage hierfür bildet zum einen der von Carl Rogers (1902–1987) entwickelte klientenzentrierte Ansatz, der sich auf ein humanistisch-personenzentriertes Menschenbild bezieht, und zum anderen das daraus weiterentwickelte Konzept des

Personseins von Tom Kitwood (1937–1998), welches den Einfluss von dementiellen Veränderungen auf dieses thematisiert (McCormack & McCance, 2017c).

Im nächsten Unterkapitel gilt es, die grundlegenden Werte und Prinzipien dieses Personseins darzulegen, die ihrerseits die Voraussetzung für ein personenzentriertes Pflegen sind.

2.2 WERTE UND PRINZIPIEN EINER PERSONENZENTRIERTEN PFLEGEPRAXIS

Das grundlegende Selbstverständnis des Menschseins ist auch die Essenz des Personseins, welches in Verbindung mit Gefühlen, Emotionen, Gedanken, Werten und Wünschen des Individuums steht. Die Person bleibt zwar immer ein Individuum, sie ist aber gleichzeitig in einem sozialen Kontext mit anderen Menschen bzw. Personen verbunden (McCormack & McCance, 2017c; McCormack, McCance, & Dewing, 2021).

Auf Grundlage der Definition des Personseins durch Tom Kitwood hat McCormack (2004) vier Kernmodi des Seins im Sinne eines *Existentseins als Person* identifiziert, die im Zentrum der Personenzentrierung stehen. Der erste Modus ist das *Sein in Beziehung* und alle damit in Verbindung stehenden relationalen und interpersonellen Prozesse. Der zweite Modus wird durch ein *Sein als soziales Wesen* in einer sozialen Welt dargestellt. Der dritte Modus ist das *Sein innerhalb einer Örtlichkeit oder Umgebung* und die Wirkung von dieser auf die Person. Der vierte Modus des Personseins wird als *Selbstsein* bezeichnet, das als eine Form des Angenommenseins als eine Person Abbildung findet, der Vertrauen und Respekt entgegengebracht wird (McCormack & McCance, 2017c).

Neben diesen Kernmodi lassen sich zudem sieben grundlegende Werte identifizieren, die das Grundgerüst für eine personenzentrierte Pflegepraxis bilden: (1) Respekt für das Personsein, (2) Authentizität, (3) Autonomie, (4) die Bereitschaft, eine Person respektvoll und entsprechend ihrer individuellen Fähigkeiten, Präferenzen, ihres Lebensstils sowie ihrer Lebensziele im Pflege- und Betreuungsprozess zu integrieren, (5) gegenseitiger Respekt und Verständnis füreinander, (6) therapeutisches *Caring* und (7) die Verpflichtung zur Heilsamkeit in allen Prozessen und Ergebnissen von Pflege und Betreuung (McCormack, McCance, & Martin, 2021).

Aus diesen personenzentrierten Werten lassen sich die folgenden vier grundlegenden Prinzipien für eine personenzentrierte Pflegepraxis ableiten: (1) den Menschen in seiner Individualität wahrnehmen, (2) das grundlegende Recht einer Person respektieren, (3)

gegenseitiges Vertrauen, um gegenseitiges Verstehen zu fördern und (4) eine spezielle Form der pflegerischen Beziehung, die sich vorteilhaft auf das Betreuungsverhältnis auswirkt, indem ein gegenseitiges nachkommen von Bedürfnissen und Bedarfen gewährleistet wird (McCormack & McCance, 2017c).

Im nun folgenden Teil gilt es, auf Basis dieser zugrundeliegenden Werte und Prinzipien die Struktur und den Aufbau des *Person-Centred Practice Framework* nach McCormack und McCance (2017a) näher zu erläutern.

2.3 STRUKTUR UND AUFBAU DES PERSON-CENTRED PRACTICE FRAMEWORKS

Der von McCormack und McCance (2017a) entwickelte *Person-Centred Practice Framework* besteht aus vier Dimensionen, die von einem Makrokontext umgeben werden. Der Makrokontext stellt den Rahmen dar, in dem alle Aspekte der Personenzentrierung eingebettet sind. Das sind beispielsweise gesetzliche Rahmenbedingungen, institutionsbezogene Strategieplanungen bis hin zu Strukturvorgaben durch die bestehenden Gesundheitssysteme.

Die erste Dimension besteht in den personenbezogenen Voraussetzungen für eine personenzentrierte Pflegepraxis. Das sind beispielsweise die Eigenwahrnehmung oder die interpersonellen Fähigkeiten der Pflegepersonen. In der zweiten Dimension geht es um die Umgebungsfaktoren. Dabei wird abgebildet, welche Arbeitsbedingungen auf die personenzentrierte Pflegepraxis einwirken. Exemplarisch kann hier Berücksichtigung finden, wie der *Skill-and-grade-Mix* der tätigen Pflegepersonen geregelt ist oder ob es zwischen Vorgesetzten und Mitarbeitenden eine sogenannte Kultur des *Power-Sharings* gibt. Die personenzentrierten Prozesse stellen die dritte Dimension im Framework dar. Hier geht es beispielsweise um das Anbieten einer holistischen Pflege oder das empathisch-achtsame Auftreten durch die Pflegepersonen. Die vierte und letzte Dimension sind die personenzentrierten Outcomes, die die Ergebnisse der personenzentrierten Pflege darstellen. Neben dem Bestehen einer personenzentrierten Versorgungskultur sind zudem das Einbezogensein der versorgten Menschen in Betreuungsentscheidungen, eine positive Pflege- und Betreuungserfahrung im Zuge der pflegerischen Versorgung und das sich daraus einstellende Wohlbefinden aller Beteiligten zu nennen.

In den nächsten Kapiteln gilt es, diese Dimensionen sowie den Makrokontext des *Person-Centred Practice Framework* nach McCormack und McCance (2017a) näher darzustellen und ihre Bedeutung für diese Masterarbeit zu erläutern. Dabei wird im Besonderen auf die personenbezogenen Voraussetzungen, Prozesse und Outcomes näher eingegangen, da diesen Dimensionen eine größere Relevanz im Rahmen des beabsichtigten Forschungsvorhabens innewohnt.

MAKROKONTEXT UND DIE EINBETTUNG DER PERSONENZENTRIERTEN PFLEGEPRAXIS

Der Makrokontext wurde im Zuge einer Überarbeitung des Frameworks hinzugefügt. Dieser beeinflusst mit, wie der *Person-Centred Practice Framework* in der Praxis, Ausbildung, Forschung oder Politik genutzt bzw. umgesetzt wird (McCormack & McCance, 2017b). Damit adressiert diese Theorie die durch die WHO angeführte Forderung einer personenzentrierten Transformation der Gesundheitssysteme, die auf allen Ebenen der gesundheitsbezogenen Versorgung Wirkung zeigen soll.

Die einzelnen Bestandteile des Makrokontextes sind die zugrundeliegende Gesundheits- und Sozialpolitik, Aspekte der Personalentwicklung im Gesundheitswesen, ein strategisches Leadership der Organisationen und die strategische Ausrichtung der einzelnen Organisationen (McCormack & McCance, 2017b).

PERSONENBEZOGENE VORAUSSETZUNGEN FÜR EINE PERSONENZENTRIERTE PFLEGEPRAXIS

In diesem Abschnitt geht es um personenbezogene Voraussetzungen, die die Pflegenden erfüllen müssen, damit eine personenzentrierte Versorgungspraxis entstehen kann. Diese lassen sich in fünf zentrale Eigenschaften unterteilen: professionelle Kompetenz, entwickelte interpersonelle Fähigkeiten und Fertigkeiten, die Eigenwahrnehmung und Selbstkenntnis, Klarheit über die eigenen Überzeugungen und Werte sowie der Einsatz und die Bemühtheit in der beruflichen Tätigkeit (McCormack & McCance, 2017a).

Bei der ersten Eigenschaft, der professionellen Kompetenz, geht es nicht nur um die technischen Voraussetzungen und Kompetenzen einer professionellen Pflege, sondern um einen reflexiven und holistischen Ansatz, der Wissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie eine einschlägige personenzentrierte Haltung umfasst. Können diese einzelnen Aspekte im Sinne einer personenzentrierten Pflegepraxis umgesetzt werden, dann ist es möglich,

unterschiedliche Vorgehensweisen durch die Pflegeperson und den versorgten Menschen auszuhandeln, um den effektivsten Ansatz zu wählen und eine ganzheitliche Pflege zu ermöglichen. Die professionelle Kompetenz wird vor allem im Studium und in der Ausbildung vermittelt, stellt aber gleichzeitig auch einen fortwährenden bzw. lebenslangen Verbesserungs- und Entwicklungsprozess dar. Eine weitere personenbezogene Voraussetzung sind die von den Pflegepersonen zu entwickelnden interpersonellen Fähigkeiten und Fertigkeiten, um auf die kommunikativen Herausforderungen im Praxisfeld reagieren zu können. Das schließt sowohl verbale und nonverbale Interaktion als auch ein situationselastisches und situationsadäquates Kommunizieren mit ein. Die nächste Voraussetzung besteht darin, dass die Pflegeperson Eigenwahrnehmung und Selbstkenntnis besitzt. Es handelt sich hierbei um die Kompetenz der Selbstreflexion, die eine entscheidende personenbezogene Voraussetzung für eine personenzentrierte Pflegepraxis ist. Die eigene Lebensgeschichte und die erworbenen Erfahrungen sind prägend. Diese personenbezogene Voraussetzung kann nicht einfach vermittelt werden, sondern wird in einem lebenslangen Entwicklungsprozess erworben, der auf Selbstreflexion beruht. Die vierte personenbezogene Voraussetzung besteht darin, Klarheit über die eigenen Überzeugungen und Werte zu besitzen. Hier ist es wichtig, dass die Pflegeperson bezüglich ihrer eigenen Vorannahmen oder Vorurteile sensibilisiert ist. Darauf basierend soll ein Set aus professionellen Werten entwickelt werden, die auch Anwendung in der täglichen Pflegepraxis finden. Ferner gilt es, diese Werte auch in Konkordanz mit den arbeitsplatzbezogenen Werten zu bringen, um somit eine personenzentrierte Pflegekultur und schließlich eine personenzentrierte Pflegepraxis als Teamkollektiv gewährleisten zu können. Die fünfte und letzte personenbezogene Voraussetzung für eine personenzentrierte Pflegepraxis stellen der Einsatz und die Bemühtheit der Pflegepersonen im Zuge ihrer beruflichen Tätigkeit dar. Die Überzeugung und die moralische Verpflichtung durch die Pflegeperson sind von zentraler Bedeutung, müssen jedoch immer im Rückbezug auf die bestehende Teamkultur verstanden werden (McCormack & McCance, 2017a).

BEEINFLUSSENDE UMGEBUNGSFAKTOREN FÜR EINE PERSONENZENTRIERTE PFLEGEPRAXIS

Im Folgenden geht es um die Effekte der unmittelbaren Umgebung, in der eine personenzentrierte Pflegepraxis Anwendung findet. In diesem Zusammenhang gilt es die bestehenden Ablaufprozesse und die zugrunde liegenden Strukturen zu erwähnen. Dabei

lassen sich im Framework sieben beeinflussende Faktoren unterscheiden. Diese sind (1) ein angemessener *Skill-and-grade-Mix*, (2) Organisationssysteme, die eine partizipative Entscheidungsfindung zulassen, (3) Effektivität und Wertschätzung in den Beziehungen im Team, (4) Beteiligung und Ermöglichen gegenseitiger Einflussnahme, (5) räumlich-strukturelle Umgebung der Organisation, (6) Unterstützungssysteme innerhalb der Organisation und (7) das Erkennen von Potenzialen für Innovation und Risikobereitschaft (McCormack & McCance, 2017a).

PERSONENZENTRIERTE PROZESSE IM RAHMEN EINER PERSONENZENTRIERTEN PFLEGEPRAXIS

Die nächste Dimension des *Person-Centred Practice Framework* wird durch die personenzentrierten Prozesse repräsentiert. Hier findet die unmittelbare Pflege und Betreuung im Rahmen der personenzentrierten Pflegepraxis statt. Die aus fünf Prozessen bestehende Dimension des Frameworks stehen in einer gegenseitigen Interdependenz und lassen sich im Praxisfeld nicht immer trennscharf unterscheiden. Im ersten personenzentrierten Prozess, dem Einbeziehen von Überzeugungen und Werten der versorgten Menschen, gilt es sicherzustellen, dass die Lebenswelt der zu Pflegenden Berücksichtigung findet. Dabei sollen ihre Lebensprioritäten und die zugrunde liegenden Werte, die individuelle Sichtweise auf das Leben und die Krankheit sowie der psychosoziale Kontext einbezogen werden. Im zweiten Prozess findet die partizipative Entscheidungsfindung statt. Hier werden die versorgten Menschen und ihre An- und Zugehörigen aktiv und unter Berücksichtigung ihrer Werte, Erfahrungen, Sorgen sowie Ziele, Hoffnungen und Bestrebungen in den pflegerischen Entscheidungsfindungsprozess einbezogen. Beim dritten personenzentrierten Prozess geht es um die interpersonelle Verbundenheit zur Steigerung von Authentizität im Zuge der Versorgung. Voraussetzung hierfür ist ein umfassendes Wissen über die versorgte Person in Bezug auf ihre Werte und Überzeugungen, ihre Selbstwahrnehmung und Selbstkenntnis sowie die bestehenden Erfahrungen im Zuge des Versorgungsprozesses. Im Rahmen des nächsten personenzentrierten Prozesses wird eine empathisch-achtsame Präsenz vonseiten der Pflegeperson dargeboten. Durch die Berücksichtigung der von der versorgten Person priorisierten Lebensziele und Lebensperspektiven können Ressourcen mobilisiert werden, die sich nachhaltig und vorteilhaft auf den Versorgungsprozess auswirken. Beim letzten personenzentrierten Prozess werden eine ganzheitliche Pflege und Betreuung bereitgestellt. In diesem Zusammenhang

können psychologische, soziokulturelle, entwicklungsbedingte und spirituelle Bedarfe adressiert werden, um eine ganzheitliche Pflege zu gewährleisten (McCormack & McCance, 2017a).

PERSONENZENTRIERTE OUTCOMES DURCH EINE PERSONENZENTRIERTE PFLEGEPRAXIS

Die personenzentrierten Outcomes stehen im Zentrum des Frameworks und zeigen die zu erwarteten Ergebnisse einer personenzentrierten Pflegepraxis an. Zudem lassen diese Outcomes auch die Evaluierung einer damit entstehenden Praxis zu, womit sie sich im Zuge dieser Masterarbeit auch als eine passende theoretische Grundlage für die zu entwickelnden pflegerischen Kompetenzen eignen. Es lassen sich vier Outcomes unterscheiden (McCormack & McCance, 2017a).

Das erste Outcome besteht in einer positiven Erfahrung mit der Pflege und Betreuung. Hier geht es um das unmittelbare Erleben im Zuge der pflegerischen Versorgung. Es ist mehr als eine bloße Zufriedenheitsbefragung oder Kennzählerhebung. Außerdem schließt es die versorgte Person und deren An- und Zugehörige sowie die versorgenden Pflegepersonen selbst mit ein, deren Ziel natürlich auch die Bereitstellung guter Pflege ist. Das zweite Outcome einer personenzentrierten Pflegepraxis besteht in einem Einbezogensein in die Pflege und Betreuung. Die partizipative Entscheidungsfindung ist hierfür grundlegend. Außerdem sollte ein Rollenpluralismus zwischen Pflegeperson und versorgten Menschen akzeptiert werden und dieser auch in der unmittelbaren pflegerischen Versorgung adressiert und wertgeschätzt werden. Beim dritten Outcome steht das Wohlbefinden im Vordergrund. Dieses ist auch in anderen pflegetheoretischen Ansätzen, beispielsweise dem *Caring*, präsent. Bei der personenzentrierten Pflegepraxis muss das Wohlbefinden aber, wie auch schon bei der eingangs angeführten positiven Pflegeerfahrung, auf zwei Seiten gedacht werden: einerseits aus der Perspektive der versorgten Menschen und ihrer An- und Zugehörigen, deren Bedürfnis es ist, sich wohlfühlen, und andererseits aus der Perspektive der versorgenden Pflegepersonen, deren Ziel es ebenso ist, für alle beteiligten Personen Wohlbefinden sicherzustellen. Hierfür wird Wertschätzung und Anerkennung für die Fürsorge, das Engagement und die Betreuungskompetenz benötigt. Dieses Verständnis der Gegenseitigkeit unterscheidet die Personenzentrierung von anderen diesbezüglichen theoretischen Ansätzen. Das vierte und letzte Outcome einer personenzentrierten Pflegepraxis stellt die Entstehung einer förderlichen und heilsamen Unternehmens- und Organisationskultur dar. Diese Form

der arbeitsplatzbezogenen Kultur ist gekennzeichnet durch eine partizipative Entscheidungsfindung in Bezug auf die Organisation und das Management, kollaborative Beziehungen unter den Mitarbeitenden und ihren Vorgesetzten, ein situatives Leadership sowie die Unterstützung von Innovation und Andersartigkeit (McCormack & McCance, 2017a).

Damit endet die Darstellung des theoretischen Rahmens in Bezug auf die Personenzentrierung. Da die Fragestellung dieser Masterarbeit auch einen bildungsbezogenen Charakter hat, gilt es im folgenden Kapitel, den personenzentrierten Kompetenzerwerb auch aus einer bildungstheoretischen Perspektive heraus zu betrachten.

2.4 BILDUNGSTHEORETISCHER BEZUGSRAHMEN

Der traditionelle Fokus von Ausbildungen im Pflege- und Gesundheitsbereich zielt weitgehend auf die Vermittlung von praktischem und theoretischem Wissen, Fertigkeiten und Kompetenzen ab, die sich am defizitären biomedizinischen Paradigma orientieren (Phelan et al., 2020). Der didaktische Lehr- und Lernansatz ist inhaltsbezogen und der Lernerfolg wird abschließend anhand von klassischen Prüfungsformaten wie Klausuren punktuell überprüft (Oelke & Meyer, 2014).

Diese Defizitorientierung steht teilweise im Widerspruch zur Herausbildung der für die personenzentrierte Kompetenz benötigten Fähigkeiten und Fertigkeiten. Denn hier geht es um das aktive Modellieren und Gestalten einer personenzentrierten Kultur, die grundsätzlich voraussetzt, dass die beteiligten Personen mehrere Rollen und Funktionen einnehmen. Voraussetzung für diesen Prozess ist die Fähigkeit zum kritischen Denken und zur Selbstreflexion (Manely, 2017).

Die bildungstheoretische Grundlage zur Vermittlung einer personenzentrierten Kultur stellt der von Paulo Freire (1921–1997) postulierte Ansatz einer Pädagogik der Transformation und der radikalen Bewusstwerdung dar. Die Beziehung zwischen Studierenden bzw. Auszubildenden und deren Lehrenden ist hier partizipativ im Rahmen eines dialogischen Prozesses zu verstehen und der Wissenserwerb erfolgt durch kollaborative Lernprozesse. Zudem müssen Lehrende ihre klassischen Rollenbilder überdenken und eine Rollentransition hin zu einem*r Mediator*in vollziehen (Manely, 2017).

Das Lehr- und Lernverständnis ist der soziokonstruktivistischen Didaktik zuzuordnen. Die bloße Wissensübertragung von einer Person auf die andere Person weicht bei diesem

kollaborativen Ansatz einem interaktions-, handlungs- und erfahrungsorientierten Lehren und Lernen. Der Lernvorgang findet durch aktive mentale Konstruktionsprozesse statt, die von einem Lernindividuum erzeugt werden, indem Wissen an eigenem Wissen abgeglichen wird und nicht an der von einer anderen Person erzeugten Realität (Kunter & Trautwein, 2013).

Dieser soziokonstruktivistische Ansatz kann auf den Lehr- und Lernprozess zum Erwerb einer personenzentrierten Pflegekompetenz übertragen werden und eignet sich zudem um diesen zu skizzieren. Im Zuge dieser Überlegungen sollen im Besonderen auch die Lehrenden in ihren didaktischen Umsetzungen unterstützt und befähigt werden, um einen personenzentrierten Kompetenzerwerb voranzutreiben.

Als ein theoretischer Ausgangspunkt der soziokonstruktivistischen Strömungen in der Lehre können die Arbeiten des russischen Psychologen Lew Wygotski (1896–1934) mit seiner soziokulturellen Entwicklungstheorie angesehen werden (Kunter & Trautwein, 2013). Diese Theorie gilt es nun erweiternd zur Position von Paulo Freire, als den bildungstheoretischen Rahmen im Zuge des personenzentrierten Kompetenzerwerbs näher zu beschreiben.

2.4.1 DIE SOZIOKULTURELLE ENTWICKLUNGSTHEORIE ALS GRUNDLAGE PERSONENZENTRIERTER LERNPROZESSE

Wygotski (1964) entwickelte die soziokulturelle Entwicklungstheorie, die auch als kulturhistorische Theorie bezeichnet wird. Die Grundannahme von dieser besteht darin, dass im Erleben, Denken und Verhalten von Menschen sowohl ein sozialer Kontext als auch ein kultureller Kontext berücksichtigt werden muss. Für die menschliche Entwicklung sind zwei Faktoren von Bedeutung, zum einen die *biologischen Funktionen*, zum Beispiel das Heranwachsen oder die biologische Reifung eines Kindes, die zu einer biologischen Funktionalität des Individuums führen, und zum anderen die *soziokulturellen Funktionen*, die erst durch die kontextuellen Bedingungen vermittelt werden, denen ein Individuum ausgesetzt ist – das kann die Familie, die Schule oder die Gesellschaft selbst sein. Das damit in Verbindung stehende Lernen und der Kompetenzerwerb werden durch zwei höhere psychische Prozesse ermöglicht: die *Beherrschung* und die *Bewusstwerdung*. Das Beherrschen bezieht sich auf kulturelle Fähigkeiten in Form von Symbolsystemen wie Sprechen, Rechnen oder Schreiben. Diese Fähigkeiten müssen vom Lernsubjekt beherrscht werden, damit die Bewusstwerdung überhaupt gelingen kann. Die Bewusstwerdung dann ist nicht nur auf das bloße Wahrnehmen von Reizen und deren Verarbeitung beschränkt, sondern betrifft auch das Bewusstsein, dass ein Lernsubjekt über diese Fähigkeit überhaupt verfügt. Sie stellt somit eine

metakognitive Strategie dar, die ein Denken über das Denken ermöglicht. Eigenschaften wie das Planen oder das Antizipieren stehen im Zusammenhang mit der Bewusstwerdung und benötigen davor ein diesbezügliches Beherrschen. Das grundlegende Werkzeug für diese psychischen Prozesse von Beherrschung und Bewusstwerdung ist, wie bereits oben erwähnt, die zwischenmenschliche Interaktion, die aus dem sozialen Kontext und der Kultur heraus resultiert. Sie ist somit der in der Theorie postulierten soziokulturellen Funktion zuzuordnen. Damit ist das Lernsubjekt nicht als passiv innerhalb des Lernprozesses zu verstehen, sondern konstruiert aktiv durch zwischenmenschliche Interaktion seinen Wissens- und Kompetenzerwerb.

Wygotski (1964) differenzierte diese Werkzeuge zum Wissens- und Kompetenzerwerb im Zuge von Beherrschung und Bewusstwerdung in einer konzeptionellen Weiterentwicklung seiner Theorie als sogenannte Denkwerkzeuge weiter aus. Sie stehen in ihrer Abstraktion höher als die bloße Interaktion und erlauben es dem Individuum, über diese zu reflektieren. Zudem sind sie als ein von Menschen erschaffenes Hilfsmittel zu verstehen, die beim Steuern von mentalen Prozessen unterstützend wirken. So ist unter anderem die Impulskontrolle, die Merkfähigkeit, die Fähigkeit zum Antizipieren und das Planen oder die geistige Flexibilität damit gemeint. Wenn das Lernsubjekt die Denkwerkzeuge zur Kontrolle seiner mentalen Prozesse vorteilhaft einsetzt, so wird eine Basis für ein erfolgreiches Lernen geschaffen. Dadurch kann das Lernsubjekt bestärkt werden, immer rascher auf die Probleme der Umwelt zu reagieren bzw. die daraus erwachsenden Herausforderungen zu bewältigen.

Denkwerkzeuge können im alltäglichen Leben beispielsweise bereits durch eine Einkaufsliste repräsentiert werden. Sie unterstützt den Menschen in seinen mentalen Prozessen von Erinnerung oder Strukturierung, damit Nahrungsmittel nicht aus der Impulsivität heraus erworben werden, sondern in geplanter Art und Weise, um die Nachhaltigkeit des Einkaufs sicherzustellen. Denkwerkzeuge können aber auch abstrakter verstanden werden. Ein Beispiel hierfür wäre das Symbolsystem der Sprache. Mit der Sprache wird es dem Menschen möglich, Kognition, Verhalten und Emotionen zu steuern. Dadurch kann der Mensch zum Beispiel zu sich selbst sprechen, um für Beruhigung zu sorgen. Ein anderes Beispiel wäre die Anwendung von Sprache für komplexe Planungen. Das Denken passiert hier nicht in Bildern, sondern durch Sprache (Barrs, 2021).

Je öfter nun dem Lernsubjekt die Kontrolle der eigenen mentalen Prozesse anhand der verschiedenen Denkwerkzeuge gelingt, umso weniger ist das Individuum auf die

Unterstützung dieser bzw. die Unterstützung der Umwelt angewiesen. Das Denkwerkzeug wird durch die permanente Anwendung von der sozialen Ebene durch das Werkzeug der zwischenmenschlichen Interaktion, wo es von der Lehrperson vorgelebt wird, auf die eigene individuelle intrapsychische Ebene übertragen und kann somit als inkorporiert angesehen werden. In der Folge ist es für das Lernsubjekt auf lange Sicht nicht mehr notwendig, dass das Werkzeug durch die Umwelt angeboten wird. Wenn diese Inkorporation von der sozialen auf die individuelle Ebene gelungen ist, dann stellt das Denkwerkzeug einen Teil der intrapsychischen Prozesse dar. Durch die interne Repräsentation des Werkzeugs und die kontinuierliche Wiederholung der damit gesteuerten Abläufe und Prozesse kommt es zu einer Bewusstwerdung des Denkwerkzeuges und der damit in Verbindung stehenden gesteuerten Prozesse. Damit wird das Lernsubjekt zur* zum kompetenten Anwender*in des Denkwerkzeuges und seiner gesteuerten Prozesse (Wygotski, 1964).

Als nächstes gilt es, die Aufgabe und Rolle von Lehrenden im Zusammenhang mit den soziokulturellen Lernprozessen zu hinterfragen. Zunächst ist vorab zu erwähnen, dass die Lehrenden zum sozialen Kontext des Lernsubjektes gehören und damit dessen Entwicklung und Lernprozesse aktiv steuern können. Sie stellen die Denkwerkzeuge bereit. Dabei wählen die Lehrenden die für den Lernprozess am besten geeigneten Denkwerkzeuge aus, vermitteln die dafür notwendigen Kompetenzen und begleiten den Lernprozess. Hierbei sind zwei Aspekte zu beachten: das Prinzip des Wissenserwerbs zwischen Lehrenden und Lernsubjekten als eine Form des ko-konstruktiven Prozesses und das Ausmaß der Lernunterstützung. Beim ersten Prinzip ist das Lehrverständnis der Lehrenden so zu verstehen, dass nicht das soziale Umfeld allein das zu erwerbende Wissen bestimmt, sondern dass dieses in einem gemeinsamen Prozess (Ko-Konstruktion) von Lehrperson und Lernsubjekt bestimmt wird. Die Lehrperson gestaltet zwar die Lernumgebung und entscheidet, welches Wissen notwendigerweise vermittelt werden muss, jedoch wird bei diesem Ansatz davon ausgegangen, dass das Lernsubjekt die angebotenen Impulse mit dem bereits vorhandenen Vorwissen abgleicht und in der Folge die Konstruktion von neuem Wissen selbst steuert. Der zweite Aspekt betrifft die Lernunterstützung. Hierfür müssen die Lehrenden wissensvermittelnd und unterstützend sein, aber zugleich eine graduell zunehmende Selbstständigkeit der Lernsubjekte in der Anwendung der Denkwerkzeuge gewährleisten. Dies bedeutet, dass die Lehrenden immer nur genau so viel Unterstützung und Hilfestellung anbieten sollten, wie in der individuellen Lernsituation gerade notwendig ist. Das Ziel ist, dass

die Lernsubjekte nach einer Zeit keine Unterstützung mehr benötigen und die Denkwerkzeuge selbstständig anwenden können, sobald diese als intrapsychische Prozesse repräsentiert werden (Daniels, 2016).

Wygotski (1964) bezeichnet diesen Lernprozess im Zuge der soziokulturellen Entwicklungstheorie als die *Zone der nächsten Entwicklung*. Der Begriff der Zone ist dabei als die Distanz zwischen einem aktuell vorhandenen Kompetenzniveau und einem potenziellen Kompetenzniveau zu verstehen. Das *aktuelle Kompetenzniveau* ist dahingehend gekennzeichnet, dass das Lernsubjekt Aufgaben und Herausforderungen ohne die Unterstützung von Lehrenden lösen und bewältigen kann. Für das Erreichen des *potenziellen Kompetenzniveaus* bedarf es der Unterstützung durch eine Lehrperson. Diese wird in der Theorie als kompetente*r Partner*in bezeichnet und strukturiert den Lernprozess.

Da der zugrunde liegende Kompetenzerwerb im Zuge des Lernens einen ko-konstruktiven Prozess darstellt, gilt es im Folgenden, die Rolle des Lernsubjekts zu analysieren. Dessen Ziel ist es, dass es die vorhin angeführten Denkwerkzeuge, wie beispielsweise die Fähigkeit zum Antizipieren oder das Planen, beherrscht, damit ein Bewusstwerden stattfinden kann. Ist das der Fall, so kann von einem aktuellen Kompetenzniveau gesprochen werden. Eine Lehrperson zeigt dann die Zone der Entwicklung auf. Das Lernsubjekt hat in weiterer Folge den Auftrag, sein potenzielles Kompetenzniveau zu ergründen, um durch einen Lern- und Wissenserwerb das aktuelle Kompetenzniveau zu erweitern. Hat das Lernsubjekt keine Denkwerkzeuge zur Verfügung, so ist es den Reizen der Umwelt zwar ausgesetzt, kann diese aber nicht verarbeiten bzw. darauf adäquat reagieren. Daher ist das Lernsubjekt auf die Lehrperson angewiesen, damit die kontextuelle Wirkung der Lernumgebung für den Lernprozess optimal genutzt werden kann (Wygotski, 1964).

2.4.2 LERNTHEORETISCHE ANSÄTZE ZUM ERWERB EINER PERSONENZENTRIERTEN PFLEGEKOMPETENZ

Werden die theoretischen Grundannahmen aus der im Vorkapitel abgebildeten soziokulturellen Entwicklungstheorie auf den Erwerb von einer personenzentrierten Pflegekompetenz übertragen, so lässt sich eine Verbindung zwischen den derzeit diskutierten lerntheoretischen Ansätzen im Zusammenhang des *Person-Centred Practice Framework* nach McCormack und McCance (2017a) und den Denkwerkzeugen im Verständnis von Wygotski (1964) herstellen.

Exemplarisch gilt es im folgenden Teil, vier dieser lerntheoretischen Ansätze näher vorzustellen. Mayer et al. (2021) führen das *aktive Lernen*, das *reflexive Lernen*, das *handlungsorientierte Lernen* sowie die *Critical Creativity* als zentrale lerntheoretische Ansätze zur Förderung und Entwicklung einer personenzentrierten Praxis an.

Beim ersten lerntheoretischen Ansatz, dem *aktiven Lernen*, muss zunächst eine Bewusstwerdung stattfinden, dass es zum Personsein dazugehört, einen lebenslangen Lern- und Werdungsprozess durchzumachen. Grundlegend ist beim aktiven Lernen, dass dieser Prozess erst mit der Anwendung der im theoretischen Training vermittelten Inhalte im Zuge des Praxisfelds vervollständigt wird. Es lassen sich sechs Prinzipien des aktiven Lernens unterscheiden. Wichtig ist zunächst als erstes Prinzip ein bewusstes Nutzen von primären Sinneswahrnehmungen wie Sehen, Wahrnehmen und Beobachten anzuführen sowie das Heranziehen von sogenannten multiplen Intelligenzen. Hier finden neben der logisch-mathematischen Intelligenz auch andere Intelligenzformen, wie sprachliche oder moralische Intelligenz, Berücksichtigung. Das zweite Prinzip ist die Anwendung eines kritischen Dialogs, der mit sich selbst und mit anderen stattfinden muss. Das bewusste Umsetzen und Handeln der gelernten Inhalte in der Praxis beschreibt dann das dritte Prinzip. Beim vierten Prinzip geht es darum, dass das Lernen ins Personsein inkorporiert werden muss, um Reflexivität und Normalität in allen Handlungsabläufen zu erreichen. Beim fünften Prinzip gilt es, Strategien zu entwickeln, wie der Prozess des aktiven Lernens über einen längeren Zeitraum hinweg konsequent in das Verhaltensrepertoire aufgenommen werden kann, damit die persönliche Entwicklung gefördert wird. Das letzte Prinzip bezieht sich auf ein Ermöglichen oder Unterstützen von gleichartigen Lernprozessen bei Kolleg*innen im Praxisfeld (Dewing & Lynch, 2021).

Der zweite zentrale lerntheoretische Ansatz für die Ausbildung einer personenzentrierten Kultur ist das *reflexive Lernen*. Hier geht es darum, dass eine Bewusstwerdung des eigenen Selbst stattfinden soll. Die eigenen Erfahrungen, die Lebensgeschichte und die entwickelten Werte der Pflegeperson nehmen ebenso Einfluss auf die pflegerische Beziehung wie die Erfahrungen der betreuten Personen und die Umstände, unter denen die Versorgung stattfindet. Damit die Pflegeperson Authentizität als personenzentrierte*r Praktiker*in entwickeln kann, sollte sie Strategien aufbauen, durch die sie reflexiv aus der Erfahrung lernen kann. Dieses Lernen passiert sowohl kognitiv als auch emotional und beinhaltet

Eigenbewusstsein, Neugierde und die Fähigkeit, Voreingenommenheit oder akzeptierte Annahmen zu hinterfragen (Brown & Mountain, 2021).

Der dritte lerntheoretische Ansatz ist das *handlungsorientierte Lernen*. Dieser Lernprozess findet im Wechsel zwischen Theorie- und Praxisphasen statt. Das Konzept wird auch als Praxislernen bezeichnet, durch das eine Lernkultur der Nachhaltigkeit entsteht. Die einzelne Person oder eine kleine Gruppe arbeitet projektorientiert Lernaufgaben ab und reflektiert dabei gleichzeitig den eigenen Lernprozess. Primär ist das handlungsorientierte Lernen ein kollaborativer Lernvorgang. Dieses setzt sich aus den Komponenten des facheinschlägigen Wissens und des Fragenstellens zusammen (Revans, 2011).

Beim vierten und letzten lerntheoretischen Ansatz geht es um den Einsatz einer *Critical Creativity*. Es handelt sich hier im eigentlichen Sinne um eine besondere Form der Aktionsforschung, bei der kreative Künste, beispielsweise Malen, systematisch in den Forschungsprozess integriert werden, um eine transformative Praxisentwicklung in Richtung einer personenzentrierten Praxis anzustoßen. Die Grundlage stellt das kritische Paradigma dar, das die Anwender*innen zu reflektierten Praxishandlungen befähigt (McCormack & Titchen, 2006).

Damit endet die Darstellung des theoretischen Rahmens und seiner Implikationen für dieses Forschungsvorhaben. Im nächsten Kapitel gilt es, den zugrunde liegenden aktuellen Forschungsstand in Bezug auf eine personenzentrierte Pflegekompetenz aufzuzeigen. Hierfür erfolgt neben der Dokumentation eines systematischen Literaturrechercheprozesses zudem eine Synthese der daraus hervorgegangenen Literaturbefunde, um anschließend den aktuellen Stand der Forschung zum Thema personenzentrierte Pflegekompetenz abzubilden.

3 STAND DER FORSCHUNG

Für die Erhebung des aktuellen Forschungsstands in Bezug auf eine in Ausbildung und Studium vermittelte personenzentrierten Pflegekompetenz wurde anhand der von Mayer (2019) beschriebenen drei Phasen zur systematischen Literaturrecherche vorgegangen. Die erhobenen Literaturbefunde wurden im Rahmen einer interpretativ-reduktiven Synthese zusammengefasst und unter Rückbezug auf die zugrunde liegenden Forschungsfragen als aktueller Stand der Forschung abgebildet. Die nächsten Kapitel sollen das dahingehende Vorgehen abbilden.

3.1 SYSTEMATISCHE LITERATURRECHERCHE UND SYNTHESE

In der *ersten Phase* der systematischen Literaturrecherche nach Mayer (2019) geht es um eine Grobeingrenzung und eine Grobrecherche, damit eine Forschungslücke bzw. ein Forschungsbedarf identifiziert werden kann. Durch die Eingrenzung eines bestimmten Untersuchungsgegenstandes soll eine zentrale Fragestellung abgeleitet werden.

Dieser Schritt hat in Rahmen der Problemdarstellung und der Darlegung des Hintergrunds für diese Masterarbeit stattgefunden. Als Suchmaschinen für den Recherchevorgang wurden Google Scholar® und die wissenschaftliche Datenbank CINAHL® verwendet. Außerdem wurde Literatur in den elektronischen Bibliothekskatalogen der FH Campus Wien und der Universität Wien gefunden. Dabei wurde zunächst nicht systematisch-linear vorgegangen, sondern anhand der Berrypicking-Methode und des Schneeballprinzips. Dadurch wurde beabsichtigt, den Untersuchungsgegenstand schrittweise aufzuarbeiten, um ihn damit besser umreißen zu können. Außerdem wurde diese Methode gewählt, um möglichst umfassende Schlüsselbegriffe identifizieren zu können, was die effiziente Rechercheabdeckung des Untersuchungsgegenstands für die zweite Phase verbessern sollte. Die Recherche und das Einlesen in das Thema fanden zwischen Oktober und Dezember 2021 statt.

Die *zweite Phase* stellt den eigentlichen systematischen Rechercheprozess nach Mayer (2019) dar. Hier wurden aus der Forschungsfrage Suchbegriffe identifiziert und innerhalb einschlägiger elektronischer Datenbanken eingepflegt. Als Datenbanken kamen die Onlineportale von CINAHL®, PsycINFO® und PubMed® zur Anwendung. Aus den Forschungsfragen wurden die folgenden Komponenten in Form von Suchbegriffen identifiziert. Die erste Komponente stellt die Personenzentrierung dar, die zweite

Komponente die dahingehende Kompetenz und die dritte Komponente ist das Setting, das durch die Ausbildungsinstitution repräsentiert wird. Die letzte Komponente bezieht sich auf die Zielgruppe, die durch die Studierenden und Auszubildenden dargestellt wird. Die einzelnen Begriffe wurden mit Entsprechungen in die englische Sprache übersetzt. Außerdem erfolgte die Identifizierung von Synonymen für alle Komponenten, die auch im weiteren Rechercheprozess Berücksichtigung fanden.

Im darauffolgenden Rechercheprozess wurden die Suchkomponenten untereinander mit dem Booleschen Operator *AND* versehen. Bei den zugehörigen Synonymen innerhalb der einzelnen Komponenten kam der Boolesche Operator *OR* zur Anwendung. Daraus ergaben sich die folgenden Suchstrings, die identisch in alle Onlinedatenbanken eingegeben wurden.

Tabelle 1:

Komponenten und identifizierte Suchstrings im Rahmen der systematischen Literaturrecherche

Komponente	Identifizierte Suchstrings
Komponente: <i>Personenzentrierung</i>	personcentred OR person-centred OR personcentred care OR person centered care OR personcentered care OR personcentered nursing OR personcentred nursing
AND	
Komponente: <i>Kompetenz</i>	competency OR competencies OR skills OR abilities
AND	
Komponente: <i>Setting</i>	education OR school OR learning OR teaching OR classroom OR education system OR curriculum OR pedagogy OR methods OR practice OR internship
AND	
Komponente: <i>Zielgruppe</i>	nursing students OR student nurses OR undergraduate student nurses

Anmerkung: Eigene Darstellung, 2022

Vorab wurden die folgenden Ein- und Ausschlusskriterien der zu berücksichtigenden Literatur festgelegt. Es wurden Publikationen ab dem Jahr 2000 berücksichtigt. Als Publikationsarten wurden alle wissenschaftlichen Veröffentlichungen in Form von Metasynthesen, Metaanalysen, evidenzbasierten Guidelines, quantitativen und qualitativen Einzelstudien, Pilot- und Machbarkeitsstudien sowie Expert*innenabhandlungen zugelassen. Bezogen auf die Publikationssprache konnten deutsche und englische Arbeiten berücksichtigt werden. Die Zielgruppe sind die in Ausbildung stehenden Pflegepersonen und das Setting wird durch die damit in Verbindung stehenden Institutionen repräsentiert. Im Besonderen gilt es, in diesen Zusammenhang die praktische Ausbildung anzuführen. Alle Publikationen, die den angeführten Kriterien nicht entsprachen, wurden ausgeschlossen. Als weitere Einschränkung

wurde festgelegt, dass die Komponente der Personenzentrierung wie auch die Komponente der Kompetenz ebenfalls im Titel oder zumindest im Abstract Erwähnung finden mussten.

Durch dieses Vorgehen konnten in der Datenbank CINAHL® 70 Publikationen gefunden werden. Nach einer ersten Sichtung wurden für die Volltextprüfung 21 Publikationen ausgewählt. In der Datenbank PsycINFO® konnten 15 Publikationen gefunden werden und vier von diesen wurden einer Volltextprüfung unterzogen. In der letzten Datenbank PubMed® wurden 39 Publikationen gefunden und nach einer ersten Sichtung konnten neun von diesen bei der Volltextprüfung berücksichtigt werden. Von diesen 45 Publikationen blieben nach dem Entfernen von Duplikaten 24 Publikationen für die Volltextprüfung übrig.

In der *dritten und letzten Phase* der systematischen Literaturrecherche erfolgte neben der Volltextüberprüfung die Qualitätsbeurteilung der ausgewählten Publikationen. Hierfür wurden diese kritisch gelesen und mit standardisierten Bewertungsinstrumenten auf ihre wissenschaftliche Qualität hin überprüft und systematisch geordnet (Mayer, 2019). Für die Qualitätseinschätzung wurden die von Mayer (2019) angeführten Fragen zur Qualitätsbewertung von quantitativen und qualitativen Forschungsarbeiten zur Orientierung verwendet. Nach Anwendung dieser Methode konnten acht Publikationen berücksichtigt werden. Vier weitere Publikationen wurden zwar nicht unmittelbar durch die systematische Literaturrecherche gefunden, konnten aber aufgrund ihrer Relevanz in Bezug auf den Untersuchungsgegenstand zum aktuellen Forschungsstand gezählt werden.

Im Zuge des *interpretativ-reduktiven Syntheseprozesses* wurden diese zwölf Publikationen gesichtet und unter Rückbezug auf die Forschungsfragen dieser Masterarbeit zusammengefasst, um somit den aktuellen Stand der Forschung zum Untersuchungsgegenstand zu ermitteln. Die Ergebnisse dieses Syntheseprozesses können im folgenden Kapitel eingesehen werden.

3.2 AKTUELLER STAND DER FORSCHUNG

Aus der gesichteten Literatur ist generell abzuleiten, dass der Begriff einer personenzentrierten Pflegekompetenz in berufsqualifizierenden Pflegeausbildungen keine wesentliche Erwähnung im aktuellen Forschungsstand erfährt.

Die Literaturbefunde zeigen, dass die Ausbildungsprioritäten in der Gesundheits- und Krankenpflege in großen Teilen auf das Kompensieren von Bedarfen, Bedürfnissen und

Defiziten im Rahmen von Pflege und Betreuung reduziert sind. In den letzten Jahren werden aber eine Neuausrichtung dieser Pflegeausbildungen auf Personenzentrierung und die Vermittlung von humanistischen Werten gefordert, um die pflegerische Versorgung ganzheitlicher und damit auch nachhaltiger zu machen (Haugland & Giske, 2016). In diesem Zusammenhang ist jedoch festzustellen, dass die derzeitige Forschung in Bezug auf die Förderung von Personenzentrierung auf bereits qualifizierte Pflegepersonen abzielt und nicht auf die in Ausbildung stehenden Pflegepersonen (Lood et al., 2020). Ein Beispiel hierfür ist das von Mayer et al. (2021) entwickelte Mentoringkonzept zur Förderung einer personenzentrierten Praxis. Dessen zugrunde liegendes Ziel ist es, eine personenzentrierte Kultur zu erschaffen, indem alle Gesundheitsfachpersonen mit der Unterstützung von Mentor*innen und Fazilitator*innen zu *Person-Centred Practitioners* weitergebildet werden. Die Mentor*innen sollen die Gesundheitsfachpersonen in der Umsetzung von personenzentrierter Pflege bestärken, damit diese in weiterer Folge auch als kompetente Anwender*innen von Personenzentrierung angesehen werden können.

Dem Konzept der Personenzentrierung liegen unterschiedliche Ursprünge und Denkhaltungen zugrunde, wodurch es kein begrifflich klar abgegrenztes und einheitliches Konzept gibt (Leplege et al., 2007). Dewing und McCormack (2017) betonen, dass das uneinheitliche Begriffsverständnis eine der größten Herausforderungen im Zuge der Implementierung einer personenzentrierten Praxis ist.

Aufgrund der fehlenden begrifflichen Schärfe bestehen auch keine einheitlichen Vorgaben in Bezug auf die Art und Weise der curricularen Verankerung von Personenzentrierung in den bestehenden Gesundheits- und Krankenpflegeausbildungen. So reichen die Empfehlungen von der Berücksichtigung von personenzentrierten Aspekten in ausgewählten Lehrveranstaltungen bis hin zur kompletten personenzentrierten Ausrichtung der Curricula (O'Donnell, Cook, & Black, 2017).

Park und Choi (2020) führen außerdem an, dass für die in Ausbildung stehenden Pflegepersonen keine einschlägige berufs- bzw. tätigkeitsbezogene personenzentrierte Kompetenz definiert ist. Aufgrund dieses Umstands führten sie eine Querschnittstudie bei südkoreanischen Pflegestudierenden durch. Das intendierte Ziel der Studie war es, definierte Attribute abzuleiten, die mit einer personenzentrierten Pflegekompetenz in Verbindung gebracht werden können. Für dieses Vorgehen wurden 213 Studierende befragt. Die Studie hat gezeigt, dass die Befragten eine personenzentrierte Pflegekompetenz vor allem mit

professionell-fachlicher Kompetenz, tieferem Verständnis für das Menschsein und Kommunikationsfähigkeiten in Verbindung bringen. Die Autor*innen empfehlen auf Basis ihrer Untersuchung, dass zur Verbesserung der personenzentrierten Kompetenz von Pflegestudierenden vor allem deren Empathie- und Kommunikationskompetenz gefördert werden müsse. Einschränkend ist bei dieser Untersuchung anzuführen, dass für die Messung der personenzentrierten Kompetenz ein Instrument zur Anwendung gekommen ist, das primär für die Messung von individualisierter Pflege konzipiert wurde. Dieses Messinstrument wurde von Suhonen et al. (2010) als *Individualized Care Scale (ICS)* entwickelt. Mit diesem Instrument wird zwar eine Art von personenzentriertem bzw. individualisiertem Pflegeverständnis ermittelt, identisch sind die beiden Konzepte jedoch nicht.

Die von Park und Choi (2020) identifizierten Attribute einer personenzentrierten Pflegekompetenz lassen sich aber mit den von McCormack und McCance (2006) in der Dimension der personenbezogenen Voraussetzungen definierten Eigenschaften einer personenzentrierten Versorgungspraxis in Verbindung bringen. Damit können die Erkenntnisse von Park & Choi (2020) in Bezug auf die Attribute einer personenzentrierten Pflegekompetenz trotz der Kritik des Messinstruments zumindest in Teilen als bestätigt angesehen werden.

In einer weiteren südkoreanischen Untersuchung durch Ahn und Kim (2021) wurden Einflussfaktoren auf die Herausbildung einer personenzentrierten Kompetenz untersucht. Im Zuge der Studie wurde ein signifikanter Einfluss der beruflichen Werte der angehenden Pflegepersonen auf deren personenzentrierte Pflegekompetenz festgestellt. An der Untersuchung haben 158 Studierende teilgenommen. Einschränkend ist auch bei dieser Studie anzuführen, dass die Messung der personenzentrierten Kompetenz mit dem von Suhonen et al. (2010) entwickelten Fragebogen zur Erhebung von individualisierter Pflege durchgeführt wurde. Ob damit also tatsächlich auch der vollständige Einfluss auf eine personenzentrierte Kompetenz gemessen werden konnte, muss kritisch hinterfragt werden.

Zur Förderung einer personenzentrierten Kompetenz wird von Knudsen Oddvang et al. (2021) das Simulationstraining als didaktische Umsetzungsstrategie empfohlen. Im Zuge eines aktiven und spielerischen Lernens können die Studierenden, die für die pflegerische Beziehungsarbeit notwendigen Voraussetzungen und Anforderungen abschätzen, um Reflexionsprozesse anzuregen, was den Autor*innen zufolge deren personenzentrierte

Kompetenz fördert. Das Autor*innenteam hat hierfür eine Beobachtungsstudie vorgenommen.

Des Weiteren beschreibt Kleiman (2007) im Zuge ihrer Abhandlung ein humanistisches Lehrmodell, das auf einem imperativen Humanismus, einer phänomenologischen Reflexion und der Berücksichtigung von Kontextbedingungen beruht, um bei den Studierenden und Auszubildenden der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe personenzentrierte Lernprozesse im Sinne eines nachvollziehenden Verstehens anzuregen. Die Autorin betont dabei die Wichtigkeit des Humanismus als grundlegende normative Orientierungsströmung, damit die Studierenden und Auszubildenden nicht bloß die wissenschaftlichen und technischen Anforderungen im Zuge der pflegerischen Versorgung priorisieren lernen, sondern die personenbezogenen Bedürfnisse des versorgten Menschen im Sinne des humanistischen Imperativs adressieren. Mit der Anwendung dieses humanistischen Lehrmodells, kann nach Auffassung der Autorin eine personenzentrierte Kompetenz gefördert werden.

Cronin und Ojo (2021) stellen außerdem fest, dass vor allem eine bestimmte Sozialisation im Praxisfeld ausschlaggebend ist, um die Entwicklung einer personenzentrierten Pflegekompetenz vorteilhaft zu beeinflussen. Für die Datenerhebung führten die Autor*innen bei 81 Pflegestudierenden Fokusgruppenbefragungen durch.

Zusammenfassend kann aus dem Forschungsstand festgestellt werden, dass die personenzentrierte Pflegekompetenz bisher nicht mit der nötigen begrifflichen Strenge diskutiert wurde, womit auch die Ableitung von definierenden Eigenschaften erschwert wird. Zudem liegen die Forschungsprioritäten für eine pädagogisch-didaktische Vermittlung von Personenzentrierung bei bereits qualifizierten Pflegepersonen. Dieser limitierende Umstand unterstreicht den im Kapitel 1.1 *Hintergrund und Problemdarstellung* begründeten Forschungsbedarf für diese Studie.

Dem Forschungsinteresse dieser Masterarbeit folgend, leitet sich im Zuge des folgenden Kapitels auch der dafür notwendige methodische Zugang ab, um einen Erkenntnisgewinn zum Untersuchungsgegenstand zu ermöglichen.

4 METHODIK

Das methodische Vorgehen zur deskriptiven Darstellung von kennzeichnenden Eigenschaften einer personenzentrierten Pflegekompetenz von Studierenden und Auszubildenden der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe und der damit in Verbindung stehenden Ableitung von Lernergebnissen gilt es in den folgenden Kapiteln darzulegen. Hierfür wird zunächst das Forschungsdesign für den empirischen Teil dieser Studie vorgestellt. Anschließend soll das Vorgehen in Bezug auf die Ableitung von Lernergebnissen für eine personenzentrierte Pflegekompetenz näher erläutert werden.

4.1 QUALITATIV-DESKRIPTIVES FORSCHUNGSDESIGN

Grundsätzlich gilt es festzustellen, dass das gewählte methodische Vorgehen im Rahmen einer Studie immer dem Forschungsgegenstand gegenüber angemessen sein muss. Damit soll es ermöglicht werden, den Untersuchungsgegenstand in seiner Ganzheit sowie in seinem alltäglichen Kontext zu beschreiben und zu betrachten. Im Besonderen gilt es dabei, verschiedene Perspektiven zum Untersuchungsgegenstand aufzudecken sowie dessen sozialen und subjektiven Bedeutungen zu hinterfragen. Dieser Ansatz für den wissenschaftlichen Erkenntnisgewinn ist der qualitativen Forschung zuzuordnen (Flick, 2019).

Da im Zuge dieser Studie die subjektiven Sichtweisen der Lehrenden, Praxisanleitenden sowie Studierenden und Auszubildenden der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe auf deskriptiver Ebene eingefangen werden sollen, kann somit der qualitative Forschungsansatz als geeignet angesehen werden, um dem beabsichtigten Erkenntnisgewinn nachzukommen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass bei diesem Vorgehen auf bereits bestehendes Wissen in Bezug auf die Personenzentrierung aus dem Forschungsstand sowie den theoretischen Vorannahmen zurückgegriffen wird. Gleichzeitig soll durch eine prinzipielle Offenheit auch ein möglicher neuer Erkenntnisgewinn gewährleistet werden.

Der zu untersuchende Gegenstand wird damit durch die Herausbildung einer personenzentrierten Pflegekompetenz bei den Studierenden und Auszubildenden der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe repräsentiert. Der Fokus liegt dabei auf der praktischen Ausbildung bzw. der damit in Verbindung stehenden Lehrveranstaltungen, wie beispielsweise die Einführungs- oder Reflexionsveranstaltungen.

Im Zuge der methodischen Umsetzung zur Ergründung dieses Untersuchungsgegenstandes wird sich am qualitativ-deskriptiven Design orientiert, wie bei Sandelowski (2000, 2010) beschrieben. Während andere qualitative Methodiken, beispielsweise die Phänomenologie oder die Grounded Theory, detaillierter und tiefer ansetzen und es dadurch zu mehr Abstraktion und Interpretation kommt, bleibt das qualitativ-deskriptive Design näher an den Erzählungen der befragten Personen. Das bedeutet aber nicht, dass damit nur Einstiegsstudien möglich wären oder die gewonnenen Erkenntnisse nur Oberflächliches abbilden würden. Im Gegenteil, das qualitativ-deskriptive Design stellt eine eigenständige Methodik dar und generiert gehaltvolle Erkenntnisse. Diese Methode ist das Mittel der Wahl, wenn es um die Beschreibung eines Phänomens geht (Sandelowski, 2000, 2010).

Übertragen auf das Forschungsvorhaben, kann das Folgende geschlossen werden. Da es sich bei den zu befragenden Personen im Zuge dieser Studie um Expert*innen bzw. in Ausbildung stehende Anwärt*innen mit unterschiedlicher beruflicher Qualifikationsstufe handelt, kann angenommen werden, dass sie eine personenzentrierte Pflegehandlung aufgrund ihrer Erfahrung und Qualifikation beobachten und in weiterer Folge auch beschreiben können. Die verbalen Äußerungen in Bezug auf ihre Perspektiven und Situationsbeschreibungen sollen dabei möglichst erhalten bleiben. Mit dem qualitativ-deskriptiven Design kann dieses Ziel erreicht werden, denn eine zentrale Eigenschaft dieser Methodik ist die Nähe zum Datenmaterial (Sandelowski, 2000).

Die Datenerhebung im Zuge dieses Forschungsprojektes erfolgt mit einer Fokusgruppenerhebung, womit intendiert wird, die Perspektiven und Erfahrungen der Zielgruppe auf deskriptiver Ebene umfassend zu ermitteln, um der Komplexität des Untersuchungsgegenstands gerecht werden zu können. Bei der darauf aufbauenden Datenauswertung kommt die zusammenfassende qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) zur Anwendung. Sowohl das Vorgehen bei der Datenerhebung als auch die Datenauswertung werden in den nächsten Kapiteln näher erläutert.

4.1.1 METHODE DER DATENERHEBUNG

Nach Sandelowski (2000) kommen beim qualitativ-deskriptiven Design Datenerhebungstechniken zur Anwendung, die minimal bis moderat strukturiert sind. Mit einem offenen Zugang können Einzel- oder Fokusgruppeninterviews durchgeführt werden, die als ein qualitatives Gegenstück zu quantitativen Umfragen gesehen werden können. Sie

erlauben es, Ereignisse und Erfahrungen sowie ihre zugrundeliegende Natur und Gestalt im Kontext des Untersuchungsgegenstandes tiefer zu ergründen.

Im Zuge dieses Forschungsvorhabens wurden Fokusgruppeninterviews durchgeführt. Diese zeichnen sich dadurch aus, dass sie es den Teilnehmenden ermöglichen, sich in Begleitung einer moderierenden Person mit einem bestimmten Thema oder einer Problemstellung auseinanderzusetzen. In der Gruppe werden Erfahrungen und Ideen unter Rückbezug auf das Thema oder der Problemstellung diskutiert. Gruppendynamische Prozesse sind dabei von der moderierenden Person zu berücksichtigen. Der Grad der Strukturiertheit während der Fokusgruppe kann ebenso von dieser Person vorgegeben und gegebenenfalls situativ adaptiert werden (Kruse, 2014).

Die Interviewdurchführung erfolgte am Beispiel eines Expert*inneninterviews, das in der Regel leitfadengestützt ist. In Befragungen dieses Typs steht weniger die ganze Person mit ihren Lebenserfahrungen und Lebenswirklichkeiten im Vordergrund, sondern der Mensch in seiner Eigenschaft als Expert*in in einem bestimmten Handlungsfeld (Flick, 2019). Der Expert*innenstatus wurde in dieser Studie einerseits durch die Auswahlkriterien bei der Zusammenstellung des Samples sichergestellt und resultiert andererseits aus dem Handlungsfeld der Befragten in der Gesundheits- und Krankenpflege bzw. in Praktika im Rahmen von Studium und Ausbildung.

Als nächstes gilt es, den in den Interviews verwendeten Leitfaden abzubilden. Als strukturierendes Element für diesen dienten neben den Forschungsfragen die von McCormack und McCance (2017a) festgelegten Dimensionen einer personenzentrierten Pflegepraxis. Diese sind im Besonderen die personenbezogenen Voraussetzungen, personenzentrierte Prozesse und personenzentrierte Outcomes. Als impulsgebende Einstiegsfrage für die Interviews wird auf die in der Dimension der personenzentrierte Outcomes definierte positive Pflege- und Betreuungserfahrung zurückgegriffen. Die anderen oben angeführten Dimensionen dienten als Grundlage für weitere Fragen. Die Durchführung der Fokusgruppeninterviews erfolgte virtuell. Die Fragen im Zuge der Interviews sind bewusst offen gehalten, um den Teilnehmenden einerseits Freiraum in ihren Antworten zu lassen und ihnen andererseits die Möglichkeit für einen Austausch und eine Diskussion innerhalb der Fokusgruppe zu geben.

Für die Praxisanleitenden und Lehrenden kamen identische Leitfäden zur Anwendung. Beim Leitfaden der Studierenden und Auszubildenden gab es minimale Abänderungen, da diese als Befragte auch gleichzeitig die Forschungssubjekte darstellten, was Änderungen in den Fragestellungen notwendig gemacht hat. Der Inhalt des Leitfadens blieb aber von diesen Änderungen unberührt. Die beiden Interviewleitfäden können im Anhang dieser Arbeit eingesehen werden.

Insgesamt wurden sechs Fokusgruppen mit einer unterschiedlichen Teilnehmer*innenanzahl durchgeführt, jeweils zwei in der Gruppe der Lehrenden, zwei in der Gruppe der Praxisanleitenden und zwei in der Gruppe der Studierenden bzw. Auszubildenden.

Alle Interviews fanden unter möglichst ähnlichen Rahmenbedingungen statt, um für eine verbesserte Vergleichbarkeit zu sorgen. Im Zuge der Rekrutierung wurden ein Informationsschreiben zur Studie, die Einverständniserklärung sowie ein Dokument zur Erhebung von soziodemografischen Daten vorab übermittelt. Diese Dokumente können im Anhang dieser Arbeit eingesehen werden.

Die Interviews dauerten im Durchschnitt 74 Minuten. Das kürzeste Interview hatte eine Dauer von 59 Minuten und 33 Sekunden und das längste Interview dauerte 89 Minuten und 44 Sekunden. Die folgende Tabelle soll die einzelnen Interviews, geordnet nach Befragten, Teilnehmendenanzahl, Dauer und Besonderheiten abbilden.

Tabelle 2:

Strukturelle Rahmenbedingungen der Fokusgruppen

Fokusgruppe	Befragte	Teilnehmende	Dauer	Besonderheiten
1 (S ₁)	Studierende/Auszubildende	5	59' und 33''	-
2 (S ₂)	Studierende/Auszubildende	7	65' und 12''	-
3 (P ₁)	Praxisanleitende	4	89' und 44 ''	-
4 (P ₂)	Praxisanleitende	5	62' und 33''	-
5 (L ₁)	Lehrende	8	87' und 12 ''	-
6 (L ₂)	Lehrende	6	84' und 01''	-

Anmerkung: Eigene Darstellung, 2022

Die Interviews fanden in einer gelösten, wertschätzenden und angenehmen Atmosphäre statt. Mögliche Störpotenziale wurden vorausschauend minimiert. Aufgrund der Thematik kam in jeder Fokusgruppe eine lebendige Interaktion auf. Der Gesprächsverlauf war dabei zumeist flüssig. Die Strukturimpulse des Durchführenden wurden von den Teilnehmenden gut angenommen.

Alle Fokusgruppeninterviews wurden mit der integrierten Aufnahmefunktion der Anwendersoftware Zoom Video Communications® aufgezeichnet. Das Resultat dieses Vorgehens waren sechs Audiodateien, die am passwortgesicherten Computer des Studienautors gespeichert wurden.

In den folgenden Kapiteln wird auf den Vorgang im Zuge des Samplings sowie die zugrunde liegenden Ein- und Ausschlusskriterien im Rekrutierungsprozess eingegangen. Außerdem erfolgt eine nähere Beschreibung der Fokusgruppen anhand der soziodemografischen Daten der Teilnehmenden.

4.1.1.1 SAMPLING SOWIE EIN- UND AUSSCHLUSSKRITERIEN

Im Rahmen dieser Studie wurde ein *purposeful sampling* durchgeführt, wie bei Sandelowski (2000) für das qualitativ-deskriptive Design empfohlen. Das heißt, die Teilnehmenden wurden so ausgewählt, dass einerseits eine maximale Variation an unterschiedlichen Perspektiven und Positionen in Bezug auf die personenzentrierten Pflegeerfahrungen erreicht werden konnte und andererseits die unterschiedlichen berufsbezogenen Qualifikationen in ausgewogener Art und Weise Berücksichtigung fanden.

Grundsätzlich gilt es bei der Samplestruktur festzustellen, dass diese unter der Berücksichtigung von Nützlichkeit und Angemessenheit festgelegt wird, um einen maximalen Erkenntnisgewinn zu erreichen (Flick, 2019).

Aufgrund dieser Überlegung erfolgten die Fokusgruppeninterviews der Lehrenden und Praxisanleitenden in homogener Verteilung. Das heißt, dass in den betreffenden Fokusgruppen entweder nur Praxisanleitende oder nur Lehrende teilnahmen. Als Einschlusskriterium diente dementsprechend die Tätigkeit bzw. Qualifikation als lehrende oder praxisanleitende Pflegeperson.

Die Fokusgruppeninterviews der Studierenden und Auszubildenden erfolgten demgegenüber aufgrund der unterschiedlichen Ausbildungsformen in heterogener Zusammensetzung, wobei zumindest bei jedem Interview zwei teilnehmende Personen der Pflegefachassistenz bzw. dem Bachelorstudium Gesundheits- und Krankenpflege zuordenbar sein mussten.

Die Obergrenze an Teilnehmenden pro Fokusgruppe wurde auf zehn Personen pro Interview limitiert. Alle Befragten mussten über eine Form der pflegerischen Praxiserfahrung verfügen bzw. erste Praxiseindrücke durch Praktika erhalten haben. Bei den Lehrenden und

Praxisanleitenden galt es außerdem, mindestens zwei Jahre berufliche Erfahrung in der pflegerischen Tätigkeit zu haben, bzw. gehabt zu haben. Für die Tätigkeit in der Lehr- oder Praxisanleitungsfunktion bestanden keine zeitlichen Einschränkungen im Zuge der Studienteilnahme. Zudem mussten sich die Studierenden und Auszubildenden mindestens im dritten Semester des Bachelorstudiums Gesundheits- und Krankenpflege befinden bzw. mindestens das zweite Ausbildungsjahr der Pflegefachassistentenausbildung erreicht haben.

4.1.1.2 REKRUTIERUNGSPROZESS

Im Zuge der Rekrutierung wurden Lehrende, Praxisanleitende und Studierende bzw. Auszubildende eingeschlossen, die die im Vorkapitel präsentierten Samplekriterien erfüllten. Da die Fokusgruppeninterviews virtuell stattfanden, wurde die Rekrutierung auf ganz Österreich ausgedehnt. Aus jedem der neun Bundesländer wurde zumindest eine Ausbildungsinstitution kontaktiert, die sowohl ein Bachelorstudium und nach Möglichkeit auch eine Pflegefachassistentenausbildung anbietet, um die notwendige Anzahl an Lehrenden, Studierenden und Auszubildenden zu rekrutieren. Hierfür wurde auf das Netzwerk der Bundesarbeitsgemeinschaft Pflegepädagogik des Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverbands zurückgegriffen. Im Zuge der Rekrutierung von Praxisanleitenden erfolgte in jedem Bundesland die Kontaktierung von Pflegedirektionen eines jeden Zentral- oder Schwerpunktkrankenhauses.

Die Kontaktaufnahme erfolgte per E-Mail im Jänner 2022. Es wurde um die Weiterleitung der Informationsblätter der Studie an die optionalen Studienteilnehmenden gebeten. Die potenziellen Studienteilnehmenden haben dann telefonisch oder per E-Mail mit dem Studienautor Kontakt aufgenommen. Im Zuge dessen erfolgte eine Erstinformation und die Erfüllung der Einschlusskriterien wurden überprüft. Außerdem wurde das mündliche Einverständnis eingeholt. Die Terminfindung zu den einzelnen Fokusgruppen erfolgte durch eine webbasierte Kalender-App.

Bis zum Interview mussten die Einverständniserklärungen unterfertigt beim Studienautor eingegangen sein. Vor allen Interviews erfolgte jedoch nochmals eine Aufklärung im Rahmen des *Informed Consent*, in der die Teilnehmenden nochmals im Besonderen auf die Freiwilligkeit der Teilnahme hingewiesen wurden und von ihrem Rücktrittsrecht bis zur Publikation dieser Studie informiert wurden.

Durch dieses Vorgehen konnten insgesamt 35 Personen rekrutiert werden. Unter den Studierenden und Auszubildenden nahmen in zwei Fokusgruppen zwölf Personen teil. Bei den Praxisanleitenden nahmen in zwei Fokusgruppen neun Personen teil und bei der Gruppe der Lehrenden wurden im Rahmen von weiteren zwei Fokusgruppen 14 Personen befragt.

4.1.1.3 ZUSAMMENSETZUNG DER FOKUSGRUPPEN UND BESCHREIBUNG DER TEILNEHMENDEN

Im folgenden Teil gilt es, die Teilnehmenden anhand ihrer soziologischen Merkmale zu beschreiben. Dabei folgt die Darstellung den einzelnen Fokusgruppentypen. Zunächst werden die Studierenden und Auszubildenden betrachtet, dann folgen die Praxisanleitenden und abschließend werden die Lehrenden beschrieben.

Insgesamt sind der Gruppe der Studierenden und Auszubildenden zwölf Personen zuzuordnen. Im ersten Fokusgruppeninterview (S_1) haben fünf Personen teilgenommen. Zwei der Teilnehmenden befanden sich im sechsten Semester und eine Person war im vierten Semester des Bachelorstudiums Gesundheits- und Krankenpflege, zwei weitere Teilnehmende absolvierten das zweite Ausbildungsjahr der Pflegefachassistentenausbildung. Im zweiten Fokusgruppeninterview (S_2) nahmen sieben Personen teil. Zwei Teilnehmende absolvierten das zweite Ausbildungsjahr in der Pflegefachassistentenz. Von den verbleibenden fünf Personen befanden sich drei im vierten Semester des Bachelorstudiums und zwei im sechsten Semester.

Tabelle 3:

Fokusgruppe Studierende und Auszubildende 1 (S_1)

Teilnehmer*in	Alter in Jahren	Geschlecht	Ausbildung
B ₁	20 a	männlich	Bachelor GuK – 4. Semester
B ₂	24 a	weiblich	Bachelor GuK – 6. Semester
B ₃	41 a	weiblich	Pflegefachassistentenz 2. Ausbildungsjahr
B ₄	28 a	männlich	Bachelor GuK – 6. Semester
B ₅	21 a	weiblich	Pflegefachassistentenz 2. Ausbildungsjahr

Anmerkung: Eigene Darstellung, 2022

Tabelle 4:

Fokusgruppe Studierende und Auszubildende 2 (S_2)

Teilnehmer*in	Alter in Jahren	Geschlecht	Ausbildung
B ₆	22 a	weiblich	Bachelor GuK – 4. Semester
B ₇	20 a	weiblich	Bachelor GuK – 4. Semester
B ₈	21 a	weiblich	Bachelor GuK – 4. Semester
B ₉	22 a	weiblich	Bachelor GuK – 6. Semester
B ₁₀	26 a	weiblich	Bachelor GuK – 6. Semester
B ₁₁	43 a	weiblich	Pflegefachassistentenz 2. Ausbildungsjahr
B ₁₂	38 a	weiblich	Pflegefachassistentenz 2. Ausbildungsjahr

Anmerkung: Eigene Darstellung, 2022

Bei den Praxisanleitenden nahmen insgesamt neun Personen in zwei Fokusgruppen teil. Die Teilnehmenden stammten aus unterschiedlichen Tätigkeitsbereichen in der Gesundheits- und Krankenpflege. Sechs der Praxisanleitenden weisen auch eine einschlägige Weiterbildung in der Praxisanleitung gemäß § 64 des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes auf. In der ersten Fokusgruppe (P₁) nahmen vier Personen teil und in der zweiten Fokusgruppe (P₂) befanden sich fünf Praxisanleitende.

Tabelle 5:*Fokusgruppe Praxisanleitende 1 (P₁)*

Teilnehmer*in	Alter in Jahren	Geschlecht	Weiterbildung nach § 64	Fachbereich	Berufserfahrung GuK in Jahren
B ₁₃	40 a	weiblich	ja	Intensivstation	18 a
B ₁₄	22 a	weiblich	ja	Onkologie	2 a
B ₁₅	26 a	weiblich	nein	Pädiatrie	3 a
B ₁₆	28 a	weiblich	ja	Pädiatrie	7 a

Anmerkung: Eigene Darstellung, 2022**Tabelle 6:***Fokusgruppe Praxisanleitende 2 (P₂)*

Teilnehmer*in	Alter in Jahren	Geschlecht	Weiterbildung nach § 64	Fachbereich	Berufserfahrung GuK in Jahren
B ₁₇	45 a	männlich	ja	Psychiatrie	24 a
B ₁₈	44 a	weiblich	ja	Psychiatrie	20 a
B ₁₉	29 a	männlich	ja	Psychiatrie	7 a
B ₂₀	22 a	weiblich	nein	Pädiatrie	1 a
B ₂₁	24 a	weiblich	nein	Intensivpflege	3 a

Anmerkung: Eigene Darstellung, 2022

Zuletzt wurden die Lehrenden befragt. Insgesamt standen für die Befragung 14 Lehrende zur Verfügung. In der ersten Fokusgruppe (L₁) nahmen acht Personen teil und in der zweiten Fokusgruppe (L₂) sechs Personen. Alle Lehrenden verfügen über eine Sonderausbildung in den Lehraufgaben, entsprechend § 65 des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes bzw. einer laut § 65a gleichgehaltenen Ausbildung. Die überwiegende Anzahl weist eine facheinschlägige Masterqualifikation auf.

Tabelle 7:*Fokusgruppe Lehrende 1 (L₁)*

Teilnehmer*in	Alter in Jahren	Geschlecht	Lehrqualifikation nach § 65	Lehrerfahrung in Jahren	Berufserfahrung GuK/Jahre
B ₂₂	30 a	weiblich	Master Pflegepädagogik	1 a	6 a
B ₂₃	40 a	männlich	Master Pflegepädagogik	2 a	14 a
B ₂₄	42 a	männlich	Master Pflegepädagogik	4 a	10 a
B ₂₅	42 a	weiblich	Master Pflegepädagogik	2 a	20 a
B ₂₆	28 a	weiblich	Master Pflegepädagogik	1 a	3 a
B ₂₇	42 a	männlich	Master Pflegepädagogik	2 a	12 a
B ₂₈	31 a	weiblich	Master Pflegepädagogik	2 a	9 a

B ₂₉	44 a	weiblich	Master Pflegepädagogik	9 a	10 a
-----------------	------	----------	------------------------	-----	------

Anmerkung: Eigene Darstellung, 2022

Tabelle 8:

Fokusgruppe Lehrende 2 (L₂)

Teilnehm- er*in	Alter in Jahren	Geschlecht	Lehrqualifikation nach § 65	Lehrerfahrung in Jahren	Berufserfahr- ung GuK/Jahre
B ₃₀	34 a	weiblich	Master Pflegepädagogik	4 a	10 a
B ₃₁	31 a	weiblich	Master Pflegepädagogik	4 a	4 a
B ₃₂	51 a	weiblich	Univ.-Lehrgang Lehre	12 a	20 a
B ₃₃	36 a	weiblich	Bachelor Pflegepädagogik	6 a	8 a
B ₃₄	62 a	weiblich	Univ.-Lehrgang Lehre	30 a	4 a
B ₃₅	37 a	weiblich	Master Pflegepädagogik	9 a	3 a

Anmerkung: Eigene Darstellung, 2022

4.1.2 METHODE DER DATENAUSWERTUNG

Sandelowski (2000) hält inhaltsanalytische Methoden für das Mittel der Wahl bei der Datenauswertung im Zuge des qualitativ-deskriptiven Forschungsdesigns. Die qualitative Inhaltsanalyse ist dabei, in ihrer Abgrenzung zur quantitativen Inhaltsanalyse, als eine Analyseform charakterisiert, die gesprochenes oder visuelles Datenmaterial auf ihren Informationsgehalt hin zusammenfasst. Neue Erkenntnisse werden in einem reflexiven und interaktiven Prozess generiert. Datenerhebung und Datenauswertung finden gleichzeitig statt und bedingen sich gegenseitig, um neue Erkenntnisse und Einsichten in Bezug auf den Forschungsgegenstand zu fördern. Außerdem ist festzustellen, dass die qualitative Inhaltsanalyse im Vergleich zu anderen qualitativen Analysemethoden in ihrer abstraktiven Eigenschaft am wenigsten interpretativ erscheint. Die Ergebnisse des Analyseprozesses stehen den Originalaussagen in den Interviews näher. Diese Eigenschaft ist auch vorteilhaft für diese Studie, da im Zuge der Forschungsfrage eine beschreibende Darstellung auf deskriptiver Ebene der personenzentrierten Pflegekompetenz im Vordergrund steht.

Für die methodische Umsetzung wurde im Rahmen dieser Studie die zusammenfassende qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) als ein geeignetes Mittel zur Datenauswertung identifiziert. Bei diesem Zusammenfassen ist es das Ziel, das Datenmaterial auf solch eine Art und Weise einzuengen, dass die wesentlichen Inhalte erhalten werden können und ein überschaubarer Korpus durch Abstraktion geschaffen wird. Gleichzeitig muss gewährleistet sein, dass das Ergebnis dieses Vorgehens immer noch das Abbild des erhobenen Grundmaterials darstellt (Mayring, 2015).

Die qualitativen inhaltsanalytischen Verfahren sind generell Auswertungsmethoden zur Textbearbeitung, die es ermöglichen, große Datenmengen aufzuarbeiten. Schrittweise können bei diesem Verfahren durch Komprimierung und Reduktion Kategorien aus dem Datenmaterial entwickelt werden. Das Ergebnis dieses induktiven und prozesshaften Vorgehens stellt ein abschließendes Kategoriensystem dar. Aufgrund der Tatsache, dass die Methode streng regelgeleitet ist, ermöglicht sie gleichzeitig eine intersubjektive Prüfbarkeit der damit erhobenen Erkenntnisse wie auch ein qualitativ-interpretatives Vorgehen (Flick, Kardorff, & Steinke, 2019).

Für die unmittelbare Umsetzung von qualitativen Inhaltsanalysen beschreibt Mayring (2015) ein allgemeines inhaltsanalytisches Ablaufmodell. Am Anfang steht dabei die Bestimmung des Ausgangsmaterials, dann wird die Fragestellung der Analyse klar dargelegt, um anschließend auf das unmittelbare Analyseverfahren im Zuge des als passend ausgewählten inhaltsanalytischen Verfahrens überzugehen. Abgeschlossen wird das Ablaufmodell, indem die erhobenen Erkenntnisse mit dem Ausgangsmaterial auf Konformität abgeglichen werden. Im Zuge dessen werden die Gütekriterien wissenschaftlichen Arbeitens kritisch reflektiert. Die folgenden Kapitel sollen dieses Ablaufmodell im Rückbezug auf die vorliegende Studie abbilden.

4.1.2.1 BESTIMMUNG DES AUSGANGSMATERIALS

Zunächst gilt es nach Mayring (2015), das Ausgangsmaterial festzulegen. Dieses wird im Zuge der vorliegenden Studie durch sechs transkribierte Fokusgruppeninterviews repräsentiert. Als nächstes gilt es, die Entstehungssituation zu analysieren. Hierbei ist zu erwähnen, dass der Studienautor zugleich der Interviewdurchführende ist. Die Interviews wurden virtuell geführt und mit einer in der Anwendersoftware Zoom Video Communications® enthaltenen Funktion aufgezeichnet. Außerdem sind in diesem Zusammenhang die formalen Charakteristika des erhobenen Datenmaterials zu definieren. Dabei handelt es sich in dieser Studie um Audiodateien im MP3-Format, die anschließend nach den im Folgenden beschriebenen Regeln transkribiert wurden. Hierfür fand das formale Notationssystem nach Kallmeyer und Schütze (1976, zit. n. Mayring, 2016) Anwendung. Die auf der nächsten Seite abgebildete Tabelle 9 soll diese zugrunde liegenden Transkriptionsregeln zum besseren Verständnis näher abbilden. Außerdem wird darauffolgend ein exemplarisches Ankerbeispiel dargeboten, indem die Anwendung der Regeln dieses Notationssystems ebenso dargelegt werden soll.

Tabelle 9:
Formales Notationssystem zur Transkription

Symbol	Definition
(,)	ganz kurzes Absetzen einer Äußerung
..	kurze Pause
...	mittlere Pause
(Pause)	lange Pause
mhm	Pausenfüller, Rezeptionssignal
(.)	Senken der Stimme
(-)	Stimme in der Schwebel
(')	Heben der Stimme
(?)	Frageintonation
(h)	Formulierungshemmung, Drucks
(k)	markierte Korrektur
<u>sicher</u>	auffällige Betonung
s i c h e r	gedehnt
(Lachen)	Charakterisierung von nichtsprachlichen Vorgängen
[...]	Textauslassung
(..), (...)	unverständlich
(Kommt es?)	nicht mehr genau verständlich, vermuteter Wortlaut
A: [aber da kam ich weiter B: [ich möchte doch sagen	gleichzeitiges Sprechen, mit genauer Kennzeichnung des Einsetzens

Anmerkung: Adaptierte Darstellung nach Kallmeyer und Schütze (1976, zit. n. Mayring, 2016, S. 92)

Anhand der folgenden Textpassage aus einem Interview soll exemplarisch aufgezeigt werden, wie die Transkriptionsregeln im Rahmen dieser Masterarbeit umgesetzt wurden:

Sachen wie anzuklopfen, die Leute respektvoll begegnen, die Hände gescheit zu waschen. Meine Beobachtung ist halt ... man muss immer darauf hinweisen, was sie sehen, damit sie das auch wirklich s e h e n lernen (L₁: B₂₉, 60-64).

Für die Nachvollziehbarkeit und Zuordenbarkeit der einzelnen Interviews gilt es, die Struktur des oben angeführten Belegs zu erklären. Die Angabe *L₁: B₂₉, 60–64* ist folgendermaßen zu verstehen. Das *L* gibt an, dass es sich um die Gruppe der befragten Lehrenden handelt. Die beigefügte tiefgestellte Zahl zeigt an, um welches Fokusgruppeninterview es sich handelt. Dem gegenüber wird die Gruppe der Praxisanleitenden mit einem *P* abgekürzt und die Gruppe der Studierenden und Auszubildenden wird mit einem *S* abgekürzt. Das *B* nach dem Doppelpunkt und die dazugehörige tiefgestellte Zahl beziehen sich auf die befragte Person. Die nach dem Komma angeführten Zahlen stehen für die Zeilenbezeichnungen innerhalb der jeweiligen Transkripte.

Nähere Informationen in Bezug auf das Ausgangsmaterial finden sich auch im vorigen Kapitel *4.1.1.3 Zusammensetzung der Fokusgruppen und Beschreibung der Teilnehmenden*.

4.1.2.2 FRAGESTELLUNG DER ANALYSE

Als nächstes führt Mayring (2015) die *Fragestellung der Analyse* an, die es zu definieren gilt. Dabei muss als erstes die Richtung der Analyse bestimmt werden. Hierfür wird im Zuge eines inhaltsanalytischen Kommunikationsmodells festgelegt, dass Studierende und Auszubildende selbst sowie Lehrende und Praxisanleitende der Gesundheits- und Krankenpflege beschreiben können, wie und woran die Studierenden und Auszubildenden eine personenzentrierte Pflegeerfahrung erkennen. Zu berücksichtigen ist dabei, dass die Befragten im Kontext der Gesamtstudie zwar eine heterogene Gruppe darstellen, jedoch innerhalb homogen verteilter Fokusgruppen befragt wurden. Das heißt, in der Fokusgruppe der Lehrenden nahmen beispielsweise nur Lehrende teil. Des Weiteren ist zu erwähnen, dass die Teilnehmenden in keinem Abhängigkeitsverhältnis zum Interviewer standen. Da es Einfluss auf das Vorverständnis des Studienautors haben könnte, ist außerdem zu erwähnen, dass dieser neben seiner Funktion als Lehrperson oder Praxisanleiter 22 Jahre, unter Berücksichtigung seiner Ausbildungszeit, in der Gesundheits- und Krankenpflege tätig war. Außerdem ist in Bezug auf den inhaltsanalytischen Auswertungsprozess anzuführen, dass dieser theoriegeleitet durchgeführt wurde. Hierfür stand einerseits der *Person-Centred Practice Framework* nach McCormack und McCance (2017a) und andererseits die soziokulturelle Entwicklungstheorie nach Wygotski (1964) zur Verfügung. Nähere Information hierzu wurden in Kapitel 2 *Theoretischer Rahmen* gegeben.

4.1.2.3 ANALYSEVORGEHEN IM ZUGE DER ZUSAMMENFASSENDEN QUALITATIVEN INHALTSANALYSE

Die folgenden Ausführungen orientieren sich an Mayring (2015) und dessen Vorgaben, wie der Auswertungsprozess im Rahmen des ausgewählten inhaltsanalytischen Verfahrens zu erfolgen hat. Im Zuge dieser Studie wurde die zusammenfassende qualitative Inhaltsanalyse als geeignetes Verfahren identifiziert. Grundlegend hierfür ist eine strenge regelgeleitete Systematik durch die Festlegung von inhaltsanalytischen Einheiten. Diese werden durch die *Kodiereinheit*, die *Kontexteinheit* und die *Auswertungseinheit* repräsentiert. Als die kleinste Einheit einer Kategorie wird die Kodiereinheit bestimmt, die im Zuge dieser Studie aus zumindest drei Wörtern zu bestehen hat. Die Kontexteinheit wiederum stellt den größten Textbestandteil dar, der unter einer Kategorie subsumiert werden kann. Im Falle dieser Studie kann eine solche Einheit mehrere Zeilen umfassen. Die Auswertungseinheit wird durch die einzelnen Fokusgruppeninterviews selbst gebildet und die daraus resultierenden Transkripte.

Das Ziel des analytischen Vorgehens ist die Entwicklung eines induktiven Kategoriensystems, dessen einzelne Kategorien intersubjektiv nachvollziehbar Textstellen aus den Interviews zugeordnet werden können. Die Überführbarkeit bzw. Rücküberführung zwischen Textstelle und Kategorie im Rahmen von Mikro- und Makrostrukturen ist das abschließende Qualitätskriterium der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse.

Zur Bildung dieses abstrakten Kategoriensystems werden von Mayring (2015) vier Arbeitsschritte zur Reduktion angeführt. Diese Arbeitsschritte sind durch sogenannte Makroregeln definiert und stellen gleichzeitig auch die zugrunde liegenden Interpretationsregeln der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse dar. Im ersten Schritt findet die *Paraphrasierung* statt. Hier werden die relevanten Interviewstellen auf eine einheitliche Sprachebene überführt. Ausschmückende Textpassagen werden weggelassen, denn das Ziel besteht in einer einheitlichen grammatikalischen Kurzform. Darauf folgt im zweiten Schritt die *Generalisierung*, im Zuge derer eine verallgemeinernde und zusammenfassende Abstraktion stattfindet. Paraphrasen, die bereits über dem festgelegten Abstraktionsniveau liegen, können unverändert gelassen werden. Im dritten Schritt kann unter Rückbezug auf die Generalisierung die *erste Reduktion* durch eine Selektion erfolgen. Aus der Zusammenfassung heraus ergibt sich, dass es durch die höhere Abstraktion zu inhaltsgleichen Paraphrasen kommen wird, die im weiteren Analysevorgang nicht mehr berücksichtigt werden müssen. Im darauffolgenden vierten Schritt kommt es zu einer *zweiten Reduktion*, indem eine Zusammenfassung von mehreren auf sich beziehende, jedoch im Datenmaterial verstreute Paraphrasen, vorgenommen wird. Sie werden durch Bündelung, Konstruktion oder Integration zu einer neuen Aussage zusammengefasst. Tabelle 10 bildet die vier Interpretationsregeln zum vorhin beschriebenen Vorgang im Zuge der Datenmaterialreduktion nach Mayring (2015) ab.

Tabelle 10:

Interpretationsregeln im Zuge der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse

Regel 1 – 4: Paraphrase, Generalisierung, erste Reduktion und zweite Reduktion

Regel 1: Paraphrase

- ausschmückende oder wiederholende Stellen werden gestrichen
- Übersetzung auf eine einheitliche Sprachebene
- Transformation auf eine grammatikalische Kurzform

Regel 2: Generalisierung

- Paraphrasen werden so auf einem definierten Abstraktionsniveau generalisiert, sodass ihr Inhalt im neu definierten Begriff implizit Abbildung findet

- Paraphrasen, die über dem Abstraktionsniveau liegen, bleiben unverändert
- Im Zweifelsfall werden theoretische Vorannahmen zu Hilfe genommen

Regel 3: Erste Reduktion

- Bedeutungsgleiche Paraphrasen werden gestrichen
- Paraphrasen, die nach der Generalisierung keine inhaltstragende Eigenschaft aufweisen werden gestrichen
- eine Selektion zu den zentralen und inhaltstragenden Paraphrasen passiert
- Im Zweifelsfall werden theoretische Vorannahmen zu Hilfe genommen

Regel 4: Zweite Reduktion

- Eine Bündelung erfolgt, indem Paraphrasen mit gleichem oder ähnlichem Gegenstand zu einer Paraphrase zusammengefasst werden
- durch Konstruktion bzw. Integration werden Paraphrasen mit mehreren auf einen Gegenstand beziehende Aussagen zusammengefasst
- durch Konstruktion bzw. Integration werden Paraphrasen mit gleichen bzw. ähnlichen Gegenstand und/oder verschiedenen Aussagen zu einer Paraphrase zusammengefasst.
- Im Zweifelsfall werden theoretische Vorannahmen zu Hilfe genommen

Anmerkung: Adaptierte Darstellung nach Mayring (2015)

Die folgende Tabelle 11 soll exemplarisch abbilden, wie die Interpretationsregeln der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) im Zuge dieser Studie umgesetzt wurden. Dabei kann die Über- und Rücküberführung von der gebildeten Kategorie zur zugrundeliegenden Textstelle im Rahmen des Interviewauszugs nachvollzogen werden.

Tabelle 11:

Exemplarische Darstellung im Zuge der Inhaltsanalyse

Interviewauszug	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion	Kategorie: Selbstwirksamkeitserleben
Das hat bei den Studierenden viel ausgelöst und sie haben sich auch <u>wirklich gebraucht</u> und wichtig oder nützlich gefühlt. (P ₂ :B ₁₉ , 18-19)	Studierende stellen fest, dass sie gebraucht werden und sehen sich als nützlich.	Wahrgenommenes Gefühl nützlich zu sein.	Nützlichkeits- und Selbstwirksamkeitserleben in der pflegerischen Tätigkeit.	
Ich möchte für die Patienten <u>so wirken</u> ... wie Tabletten wirken. (S ₂ :B ₉ , 88-90)	Studierende nehmen sich selbst im therapeutischen Sinn als wirksam wahr.	Sich selbst als wirksam wahrnehmen.	- Nützlichkeiterleben - Selbstwirksamkeit	

Anmerkung: Eigene Darstellung, 2022

Abgeschlossen wird die zusammenfassende qualitative Inhaltsanalyse, indem das gebildete Kategoriensystem unter Bezugnahme auf die Hauptforschungsfrage analysiert und auf das Ausgangsmaterial rücküberführt wird. Lässt sich dieser Vorgang in beide Richtungen ausführen, so sind die Gütekriterien erfüllt und das Kategoriensystem stellt eine gehaltvolle Aussage zum Untersuchungsgegenstand dar, womit der letzte Schritt des inhaltsanalytischen Ablaufmodells abgeschlossen ist (Mayring, 2015).

Der Analyseprozess im Zuge dieser Studie wurde durch die Software MAXQDA® in der Version 2020 unterstützt.

Im folgenden Kapitel werden die Gütekriterien und anschließend die ethischen Berücksichtigungen dieser Studie dargelegt.

4.1.3 GÜTEKRITERIEN

Zur Qualitätssicherung im Zuge des methodischen Vorgehens und zur Wahrung der akademischen Integrität gilt es, die sechs Gütekriterien nach Mayring (2016) unter Rückbezug auf die Studienergebnisse zu überprüfen.

Als erstes Gütekriterium wird von Mayring (2016) die *Verfahrensdokumentation* angeführt. Dabei geht es darum, den gesamten Forschungsprozess auf klare Art und Weise zu dokumentieren, damit unbeteiligte Dritte das Zustandekommen der Forschungsergebnisse nachvollziehen können. Im Zuge dieser Studie werden die hierfür notwendigen Informationen in diesem Methodik-Kapitel dokumentiert.

Das zweite Gütekriterium nach Mayring (2016) lautet *argumentative Interpretationsabsicherung*. Hier wird angeführt, dass die Interpretation der Forschenden zentral für den Erkenntnisgewinn ist. Es muss schlüssig argumentiert werden und im Fall von Inkonsistenzen müssen Erklärungen dargeboten werden. Dieser Aspekt wird im Zuge der Ergebnisdarstellung adressiert. Die in diesem Zusammenhang aufgetretenen Herausforderungen oder Probleme können in Kapitel 6.3 *Limitationen* nachgelesen werden.

Das dritte Gütekriterium nach Mayring (2016) lautet *Regelgeleitetheit*. Die zugrunde liegenden Verfahrensregeln garantieren eine Nachvollziehbarkeit. Im Zuge der Datenauswertung werden die definierten Regeln der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) im Zuge dieses Auswertungsprozesses angewandt. Für das Ableiten der Lernergebnisse wird das empfohlene Vorgehen der deutschen Hochschulrektorenkonferenz (2013) [sic] angewendet.

Das vierte Gütekriterium nach Mayring (2016) ist die *Nähe zum Gegenstand*. Das heißt, dass ein Erkenntnisgewinn im Zuge der Alltagsweltbeforschung der Forschungssubjekte stattfindet. Das Mittel der Wahl für diese Art von Gegenstandsangemessenheit stellt ein offenes und gleichberechtigtes Verhältnis zwischen den Forschungssubjekten und den Forschenden dar.

Durch diese Interessensannäherung wird eine größtmögliche Nähe zum Gegenstand gewährleistet.

Als fünftes Gütekriterium soll nach Mayring (2016) die Gültigkeit der Ergebnisse im Zuge einer *kommunikativen Validierung* rückversichernd überprüft werden, indem den befragten ihre Aussagen nochmals vorgelegt werden. Im Rahmen dieser Studie wurde dies durch eine Übermittlung der finalisierten Ergebnisse per E-Mail an die befragten Personen berücksichtigt, wodurch diese innerhalb eines festgelegten Zeitraums die Möglichkeit einer Klarstellung erhielten.

Das sechste Gütekriterium nach Mayring (2016) ist die *Triangulation*. Die erhobenen Forschungsdaten werden entsprechend der Fragestellung aus zwei oder mehreren Perspektiven heraus auf Übereinstimmungen hin betrachtet. In der vorliegenden Studie fand dies einerseits in Bezug auf die Befunde des Forschungsstandes statt und andererseits durch den theoretischen Rahmen. Das entwickelte Kategoriensystem und die abgeleiteten Lernergebnisse wurden zudem mit nicht am Forschungsprozess beteiligten Lehrenden auf Passung, Stringenz und Gehalt diskutiert sowie adaptiert.

4.1.4 ETHISCHE BERÜCKSICHTIGUNGEN

Bei den Teilnehmenden handelte es sich um geschäftsfähige und damit prinzipiell einwilligungsfähige Personen, die in keinem Abhängigkeitsverhältnis zum Studienautor standen. Zudem wurden keine gesundheitsrelevanten Daten im Rahmen der Studie erhoben. Aufgrund dieser Umstände musste kein Votum einer Ethikkommission eingeholt werden.

Die ethischen Grundsätze sowie die akademische Integrität wurden in allen Arbeitsschritten im Zuge der Umsetzung dieser Studie befolgt. Im Besonderen galt es, die potenziellen Teilnehmenden im Rahmen des *Informed Consent*, wie bei Mayer (2019) beschrieben, aufzuklären. Mit dieser Aufklärung durch den Studienautor und dem vorab unterschriebenen Formular bestätigten die Teilnehmenden, dass sie umfassend über die Studie, ihre Zwecke und mögliche persönliche Konsequenzen aufgeklärt worden sind. Außerdem wurden sie darüber informiert, dass sie bis zur Publikation der Arbeit zu jedem Zeitpunkt der Studiendurchführung das Recht haben, ohne Angabe von Gründen von der Studienteilnahme zurückzutreten.

Zur Wahrung des Persönlichkeitsschutzes wurde das folgende Vorgehen während der Rekrutierung, der Datenerhebung und des Verfassens der Studie umgesetzt. Nach einer nochmaligen Informationsbereitstellung und Aufklärung im Rahmen des *Informed Consent* konnten die Teilnehmenden auch ohne Angabe von Gründen von den virtuellen Fokusgruppeninterviews zurücktreten. Unter der Voraussetzung der Zustimmung der Teilnehmenden wurden die Interviews mit der integrierten Aufzeichnungsfunktion der Anwendersoftware aufgenommen. In der Folge sind die erhobenen Daten vertraulich und anonymisiert behandelt worden, womit kein direkter Rückschluss auf die einzelnen Personen möglich war. Die Datensicherung erfolgte auf dem zugriffsbeschränkten privaten Rechner des Studienautors. Nur dieser kann somit Rückschlüsse zu den einzelnen Teilnehmer*innen ziehen. Zu jedem Zeitpunkt dieser Studie wurde die Anonymität der befragten Personen gewahrt und die Bestimmungen des Datenschutzgesetzes eingehalten. Nach der erfolgten Masterprüfung und der Publikation dieser Masterarbeit werden die elektronisch gespeicherten Daten vom privaten Rechner des Verfassers gelöscht. Die unterschriebenen Einverständniserklärungen zur Studie werden vom Studienautor für zehn Jahre aufbewahrt.

Damit schließt das methodische Vorgehen im Zuge des empirischen Teils der Studie. Da neben den kennzeichnenden Eigenschaften einer personenzentrierten Pflegekompetenz auch die damit in Verbindung stehenden Lernergebnisse abgeleitet werden sollen, gilt es im folgenden Kapitel das diesbezügliche methodische Vorgehen näher zu erläutern.

4.2 VORGEHEN BEIM FESTLEGEN VON LERNERGEBNISSEN

Die Grundlage für das kompetenzorientierte Lehren an Hochschulen bildet das *Constructive Alignment*, das von Biggs (1996) entwickelt wurde. Als didaktisches Grundlagenkonzept hat es sich in der europäischen Hochschullehre im Zuge der Bologna-Reform weitgehend durchgesetzt. Dabei ist es aber nicht nur auf den tertiären Bildungsbereich beschränkt, sondern kann unabhängig in sämtlichen Bildungsstufen angewandt werden (Krathwohl, 2002).

Das Konzept kann als ein Dreieck visualisiert werden, an deren Eckpunkten die drei definierenden Kernelemente des Konzeptes positioniert sind: (1) die Lernergebnisse, (2) die Lehr-Lernaktivität und (3) die Prüfung. Alle drei Elemente stehen in gegenseitiger Abhängigkeit und müssen aufeinander abgestimmt sein. Das heißt für die unmittelbare

Lehrpraxis, dass die Lernergebnisse zunächst einen Orientierungsrahmen vorgeben, über welche Kompetenzen die Lernsubjekte nach Absolvierung einer Bildungsmaßnahme verfügen müssen. Daran schließt dann das Prüfungsformat an, indem es genau diese Kompetenzen überprüft. Das Lehr- und Lernaktivitätenformat, also wie die Lehrveranstaltung dann schlussendlich geplant und durchgeführt wird, orientiert sich in seiner didaktischen Aufbereitung an diesen Erfordernissen. Das Resultat ist dann eine in sich stimmige Lehrveranstaltungsplanung, bei der die drei Kernelemente des *Constructive Alignment* ein Gesamtensemble ergeben (Baumert & May, 2013).

Im Zuge dieser Studie soll der Fokus entsprechend der Forschungsfragen ausschließlich auf das Kernelement der Lernergebnisse gerichtet werden. Dabei gilt es zunächst, die Lernergebnisse näher zu definieren. Diese sind im Gegensatz zu den Lernzielen aus der Perspektive der Lernsubjekte formuliert. Sie beschreiben, welche Kompetenzen nach Abschluss einer Bildungsmaßnahme, beispielsweise eine Lehrveranstaltung oder ein Modul, durch die Lernsubjekte erreicht worden sein sollen. Das Wissen, Verstehen und Tun stehen dabei im Vordergrund (Kennedy, Hyland, & Ryan, 2006).

Im Zuge der Formulierung von Lernergebnissen wird auf standardisierte Taxonomien zurückgegriffen. Die Lehrenden werden dadurch zum einem bei der Festlegung unterschiedlicher Schwierigkeitsgrade unterstützt. Zum anderen können darauf aufbauend verschiedene Niveaus abgeleitet werden, die in der Folge für die Transparenz, Nachvollziehbarkeit und Vergleichbarkeit der Bildungsmaßnahmen sorgen (Kennedy et al., 2006).

Die Taxonomie nach Benjamin Bloom (1913–1999) aus den 1950er-Jahren bzw. deren Weiterentwicklungen bilden vor allem in der Hochschulbildung die Grundlage. In dieser Taxonomie werden drei Arten von Lernergebnistypen unterschieden, die drei unterschiedlichen Domänen zugeordnet werden können. In der ersten kognitiven Domäne geht es vornehmlich um Wissen und das Abrufen von diesem. Die zweite Domäne bezieht sich auf Lernergebnisse im affektiven Bereich, wo ein Kompetenzerwerb in Bezug auf Einstellungen, Werte oder Gefühle stattfinden soll. Die psychomotorischen Lernergebnisse stellen die dritte Domäne dar. Diese hat vor allem für Studienfächer wie Pflege oder Medizin Relevanz, da inkorporiertes Wissen zu zielgerichteten Handlungsabläufen in der Praxis befähigen soll (Krathwohl, 2002).

Für das unmittelbare Formulieren von Lernergebnissen wird auf einschlägige Verben zurückgegriffen, die Rückschlüsse auf das Abstraktionsniveau des Lernergebnisses sowie dessen Zuordnung zu den Domänen der Bloom'schen Taxonomie erlauben. Die Basis bilden dabei die kognitiven Kompetenzen und deren zu erreichende Lernergebnisse. Darauf folgen die affektiven Kompetenzen. Die Lernergebnisse auf dieser Ebene beinhalten sowohl kognitive als auch affektive Kompetenzen. Darauf schließen die psychomotorischen Kompetenzen an. In ihren Lernergebnissen werden sowohl kognitive als auch affektive Kompetenzbereiche vorausgesetzt, weshalb sie auch an der Spitze der Taxonomie stehen (Krathwohl, 2002).

Um das Formulieren von Lernergebnissen zu erleichtern, stehen Verbgruppen zur Verfügung, die bestimmten Domänen innerhalb der Bloom'schen Taxonomie zugeordnet werden können. So zeigen Verben im Zusammenhang mit Erinnern oder Verstehen an, dass es sich eher um ein kognitives Lernergebnis handelt. Verben, die auf das Bewerten, Analysieren oder Verstehen abzielen, können sich auf affektive oder auf kognitive Lernergebnisse beziehen. Mit Verben des Anwendens oder Erschaffens innerhalb der Lernergebnisse werden die Studierenden primär zu psychomotorischen Kompetenzen befähigt. Hierbei ist es meist die Regel, dass wie vorhin angeführt zuvor bereits kognitive oder affektive Kompetenzen erworben worden sein müssen, damit der Kompetenzerwerb auf der psychomotorischen Ebene überhaupt erfolgen kann (Krathwohl, 2002). Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über häufig verwendete Verben.

Tabelle 12:

Verbgruppen zur Definition von kompetenzorientierten Lernergebnissen

Erinnern	Verstehen	Anwenden	Analysieren	Bewerten	Erschaffen
aufzählen	erklären	aufzeigen	einordnen	auswerten	ausführen
benennen	feststellen	anwenden	erklären	priorisieren	aktualisieren
beschreiben	illustrieren	definieren	ermitteln	rechtfertigen	gestalten
darlegen	skizzieren	benutzen	kontrastieren	begründen	erfinden
identifizieren	umformulieren	diskutieren	unterscheiden	beurteilen	konzipieren
wiederholen	veranschaulichen	klassifizieren	vergleichen	bewerten	planen
	zusammenstellen	modifizieren	identifizieren	einschätzen	ausdenken
	vergleichen	kombinieren		entscheiden	generieren
		vorhersagen		kritisieren	

Anmerkung: Adaptierte eigene Darstellung nach Krathwohl (2002)

Lernergebnisse setzen neben der Verwendung von aktiven Verben und der Orientierung, über welche Kompetenzen ein Lernsubjekt nach dem Lernprozess verfügen muss, auch eine klare Syntax voraus, in der sie formuliert sein müssen. Die deutsche Hochschulrektorenkonferenz (2013) [sic] sieht vor, dass jedes Lernergebnis aus zwei Dimensionen zu bestehen hat. In der

ersten Dimension erfolgt die Definition des zu erwerbenden Wissens bzw. die damit in Verbindung stehende Kompetenz und in der zweiten Dimension wird die Tätigkeit beschrieben, die den Umgang mit dem erworbenen Wissen bzw. der Kompetenz festlegt. Das in Tabelle 13 aufgezeigte Beispiel soll diesen Prozess der Definition von Lernergebnissen exemplarisch darstellen.

Tabelle 13:

Exemplarische Analyse eines vom Studienautor definierten Lernergebnisses

Formulierung des Lernergebnisses	Analyse nach Dimension und Zweck
Die Absolvent*innen benennen verschiedene Pflege-theorien mittlerer Reichweite und [...]	1. Dimension (kognitive Ebene) • Verschiedene Pflege-theorien mittlerer Reichweite müssen aufgezählt werden • Setzt voraus, dass Theorien nach Abstraktion vorab bewertend geordnet werden müssen
[...] diskutieren differenziert, welche Bedeutung sie für die Pflegepraxis haben.	2. Dimension (kognitive und affektive Ebene) • hier soll diskutierend abgewogen werden, was macht eine Theorie mittlerer Reichweite aus • es gilt auch zu hinterfragen, warum sie mehr oder weniger Bedeutung für die pflegerische Praxis haben, aufgrund ihres Abstraktionsniveaus • eine abschließende Position kann eingenommen und vertreten werden, was den Kompetenzerwerb darstellt

Anmerkung: Adaptierte eigene Darstellung nach der deutschen Hochschulrektorenkonferenz (2013) [sic]

Mit dieser Darstellung schließt das Kapitel der Methodik, um auf das nächste Kapitel, der Ergebnisdarstellung, überzugehen.

5 ERGEBNISDARSTELLUNG

Im folgenden Kapitel erfolgt die Darstellung der Ergebnisse dieser Studie. Diese besteht aus zwei Teilen. Zunächst gilt es den empirischen Teil abzubilden, indem dargelegt wird, woran Studierende und Auszubildende selbst, deren Praxisanleitende und die Lehrenden der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe erkennen, dass die Studierenden und Auszubildenden personenzentriert pflegen. Diese kennzeichnenden Eigenschaftsbeschreibungen stellen gleichzeitig auch die Indikatoren einer personenzentrierten Pflegekompetenz dar und ermöglichen im zweiten Teil dieser Ergebnisdarstellung die Ableitung von dahingehenden zu erreichenden Lernergebnissen.

5.1 EIGENSCHAFTEN EINES PERSONENZENTRIERTEN PFLEGENS

Ein personenzentriertes Pflegen durch die Studierenden und Auszubildenden wird mit den folgenden sechs kennzeichnenden Eigenschaften beschrieben: Selbstwirksamkeitserleben, zwischenmenschliche Achtsamkeit, Grenzen verstehen, das professionelle Leben von Pflegebeziehungen, Einnehmen einer Haltung und die reflektierte Umsetzung von Pflegehandlungen.

Die auf der nächsten Seite folgende Tabelle 14 zeigt eine Übersicht mit einer Häufigkeitsangabe der Nennfrequenzen im Zuge der Kodierungen. Sie ist nach den Kategorien Unterkategorien, Häufigkeitsfrequenz und Befragungsgruppe geordnet.

Zusammenfassend kann durch die Tabelle 14 abgeleitet werden, dass den Lehrenden mit einer Anzahl von 130 kodierten Segmenten die meisten kodierten Segmente zugeordnet werden können. Darauf folgen die Praxisanleitenden mit 106 kodierten Segmenten und abschließend die Studierenden und Auszubildenden mit 67 kodierten Segmenten.

Bei den Kategorien zeigt sich, dass ‚Selbstwirksamkeitserleben‘, ‚Verstehen von Grenzen‘ und ‚Einnehmen einer Haltung‘ mit etwa 60 bis 70 kodierten Segmenten untereinander vergleichbar sind. Den Kategorien ‚zwischenmenschliche Achtsamkeit‘, ‚Pflegebeziehungen professionell leben‘ und ‚Umsetzung eines reflektierten Pflegehandelns‘ wurden jeweils zwischen 30 und 40 kodierte Segmente zugeordnet.

Tabelle 14:*Tabellarische Übersicht der Kategorien mit Häufigkeit der kodierten Segmente*

Selbstwirksamkeitserleben	Studierende und Auszubildende	Praxisanleitende	Lehrende	Summe
Nützlichkeitserleben und Selbstwirksamkeit	8	6	7	21
Positive Bestärkung wahrnehmen	2	6	12	20
Stolz und Vertrauen in eigene Fähigkeiten aufbauen	8	9	12	29
Zwischenmenschliche Achtsamkeit haben	Studierende und Auszubildende	Praxisanleitende	Lehrende	Summe
Eigene Person spüren	2	7	7	16
Andere Personen spüren	4	5	6	15
Grenzen verstehen	Studierende und Auszubildende	Praxisanleitende	Lehrende	Summe
Eigene Grenzen erkennen	4	11	9	24
Nähe und Distanz abschätzen	2	7	6	15
Einfluss kontextueller Rahmenbedingungen nachvollziehen	4	13	9	26
Pflegebeziehungen professionell leben	Studierende und Auszubildende	Praxisanleitende	Lehrende	Summe
Professionelles Verbundensein	12	12	12	36
Entscheidungen gemeinsam treffen	2	2	5	9
Einnehmen einer Haltung	Studierende und Auszubildende	Praxisanleitende	Lehrende	Summe
Auf eine referenzierende Kultur einlassen können	10	14	14	38
Eigene Werte und Überzeugungen entwickeln	7	8	9	24
Reflektiertes Pflegehandeln umsetzen	Studierende und Auszubildende	Praxisanleitende	Lehrende	Summe
Kritisches Hinterfragen und reflexives Handeln	2	4	13	19
Reflektierte Lernprozesse anstoßen	0	2	9	11
Summe	67	106	130	303

Anmerkung: Eigene Darstellung, 2022

Mit der auf der nächsten Seite folgenden Übersichtsgrafik soll die Beziehung der mit dieser Studie erhobenen Kategorien zusammenfassend abgebildet werden. Dabei ist festzustellen, dass das Selbstwirksamkeitserleben, das Verstehen von Grenzen und die zwischenmenschliche Achtsamkeit in ein professionelles Leben von Pflegebeziehungen

münden. Dadurch wird das Einnehmen einer Haltung aufgebaut und damit ein reflektiertes Pflegehandeln umgesetzt.

Abbildung 1:

Übersicht der kennzeichnenden Eigenschaften einer personenzentrierten Pflegekompetenz



Anmerkung: Eigene Darstellung, 2022

Ausgehend von der Übersichtstabelle 14 und der vorhin angeführten grafischen Abbildung in Bezug auf die Zusammenhänge innerhalb der Kategorien werden im folgenden empirischen Teil des Kapitels die angeführten Kategorien samt Unterkategorien beschrieben. Im Zuge dieses Vorgehens erfolgt einleitend die Definition der Kategorie, die als die zusammengefasste Erkenntnis des interpretativen Analyseprozesses angesehen werden kann, bevor die Ergebnisse dieser Studie differenziert durch die Abbildung der Unterkategorien dargestellt werden. Zur Verdeutlichung der Beschreibungen erfolgt die Anführung von Originalaussagen aus den Fokusgruppeninterviews in Form von Ankerbeispielen. Die Zitate werden hierfür eingerückt in den Fließtext eingebunden. In Kapitel 4.1.2.1 *Bestimmung des Ausgangsmaterials* wurde die hierfür verwendete Beschriftungslogik bereits erläutert, um die Unterscheidung der Personenaussagen zu ermöglichen und Rückschlüsse auf einzelne Fokusgruppen gewährleisten zu können.

SELBSTWIRKSAMKEITSERLEBEN

Das Selbstwirksamkeitserleben ist ein Gefühl, das sich im Zuge der pflegerischen Tätigkeit und im Zusammenhang von Pflegehandlungen herausbildet. Es wird mit einem Stolzsein und einem Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und Fertigkeiten assoziiert, was gleichzeitig als das Ergebnis der damit in Verbindung stehenden Erfahrungen angesehen werden kann. Voraussetzung dafür ist, dass die Studierenden und Auszubildenden sich selbst als nützlich bzw. wirksam wahrnehmen. Unterstützt wird dieses Gefühl durch die gezielte positive Bestärkung der Studierenden und Auszubildenden in Form von Feedback, welches sowohl von Lehrenden, den Praxisanleitenden sowie den versorgten Menschen und ihren An- und Zugehörigen im Zuge der pflegerischen Betreuung bzw. der Nachbesprechung und Reflexion von dieser getätigt wird.

Die Kategorie ‚Selbstwirksamkeitserleben‘ kann dabei in drei Unterkategorien unterteilt werden: ‚Nützlichkeitserleben und Selbstwirksamsein‘, ‚Wahrnehmen von positiver Bestärkung und ‚Aufbau von Stolz und Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und Fertigkeiten‘ im Zuge des beruflich-professionellen Wirkens. Diese drei Unterkategorien werden im folgenden Teil näher beschrieben.

Nützlichkeitserleben und Selbstwirksamsein

Die Studierenden und Auszubildenden nehmen ihre Tätigkeit im Zuge der pflegerischen Betreuung als nützlich und sinnstiftend wahr. Sie fühlen sich gebraucht und können dieses Gefühl des Gebrauchtwerdens positiv besetzen, da sie eine Form von Wertschätzung erfahren. Eine Praxisanleitende beschrieb dies folgendermaßen:

Die Studierenden waren da auch immer ganz happy, wenn ein gutes Gespräch zustande gekommen ist. Das hat bei den Studierenden viel ausgelöst und sie haben sich dadurch auch wirklich gebraucht und wichtig oder nützlich gefühlt (P₂:B₁₉, 18-19).

Eine Studierende führte dies weiter aus und gab an, dass sie die eigene Tätigkeit nicht nur im Zusammenhang mit Nützlichkeit wahrnimmt, sondern auf einer metaphorischen Ebene mit der Wirkung von Arzneimitteln gleichsetzt. Sie versteht sich und ihr berufliches Wirken als Pflegeperson auf einer therapeutischen Ebene:

Ich möchte für die Patienten [Patient*innen] so wirken ... wie Tabletten wirken (S₂:B₉, 88-90).

Dieses Erleben von Nützlichkeit und Selbstwirksamkeit führt zu einer stärkeren Bindung und Identifizierung mit dem Pflegeberuf und gilt es, durch gezielte Maßnahmen zu fördern. Die positive Bestärkung durch Lehrende und Praxisanleitende zählt zu einer dieser Maßnahmen und soll im Zuge der nächsten Unterkategorie näher beleuchtet werden.

Positive Bestärkung wahrnehmen

Für das positive Bestärken ist eine besondere Achtsamkeit von Lehrenden und Praxisanleitenden notwendig, sodass sie den Zeitpunkt erkennen, wenn der Lern- oder Reflexionsprozess in Bezug auf eine personenzentrierte Pflegepraxis beginnt. Das Bestärken findet im besten Fall unmittelbar zu diesem Zeitpunkt oder zumindest zeitnah statt, damit von den Studierenden und Auszubildenden eine Wenn-dann-Beziehung im Zuge des Lern- und Reflexionsprozesses hergestellt werden kann. Eine Lehrende beschrieb diesen Umstand folgendermaßen:

Und zwar, wenn das was sie [Studierende und Auszubildende] in der Theorie lernen in der Praxis auch wirklich sehen und anwenden können. [...] Und dann, natürlich ... , dann ist das voll positiv. Wenn sie so sagen. He, jetzt verstehe ich was Sie gemeint haben, weil genau so habe ich es auch machen können und es war gut. Das ist genau der Zeitpunkt, wo sie gelobt werden müssen und nicht später oder schlimmer, gar nicht (L2:B31, 108-115).

Neben den Anforderungen, die in diesem Zusammenhang an die Lehrenden und Praxisanleitenden gestellt werden, müssen auch die Studierenden ihrerseits diese Form des Lobs und der Bestärkung auf wertschätzende Art und Weise annehmen können. Ein Lehrender brachte in diesem Zusammenhang die folgenden Erfahrungen ein:

Natürlich muss positives Feedback und Lob her, wenn sie [Studierende und Auszubildende] etwas gut gemacht haben. (Pause) Wichtig ist aber auch, dass sie das auch annehmen können und den Raum geben. Ich habe welche miterlebt (Pause), die darauf nichts erwidert haben. Das ist ihnen in der Theorie mitzugeben, dass man da auch zumindest D a n k e sagen muss (L1:B23, 96-100).

Von den Teilnehmenden wurde zudem thematisiert, dass nicht nur das Loben mit Worten auf die Studierenden und Auszubildenden bestärkend wirkt, sondern auch die Integration und das Gefühl des Einbezogeneins innerhalb des pflegerischen Versorgungsteams. Die Aspekte des Angenommenseins im Team oder ein Bestärktwerden durch entgegengebrachtes Vertrauen wurden als grundlegende Voraussetzungen von allen Teilnehmenden thematisiert. Durch deren implizite Wirkung wird gegenseitige Wertschätzung möglich, was in der Folge als voraussetzend für die personenzentrierten Pflegeerfahrungen angesehen wird. Ohne Wertschätzung und Vertrauen im Zuge der pflegerischen Anleitung oder im Zuge von Studium

und Ausbildung besteht kein Fundament für eine personenzentrierte Pflegekultur. Die Gefühle, die durch die bedingungslose An- und Aufnahme der Studierenden und Auszubildenden im Team entstehen, können damit auch an die betreuten Menschen sowie deren An- und Zugehörige weitergegeben werden. In diesem Zusammenhang wurde von einigen Teilnehmenden vorgebracht, dass hierfür zeitliche und strukturelle Rahmenbedingungen durch die Organisationen, sowohl in Theorie als auch in der Praxis, sichergestellt werden müssen. Eine Lehrende beschrieb dies folgendermaßen:

Ich war ja nicht nur Lehrschwester [Lehrende], sondern auch lange in der Praxis tätig. Ich kann hier nur sagen, alles Lob besteht immer auch nur aus Worten. (Pause) Man muss da die Schüler [Schüler*innen] und Studenten [Student*innen] auch was f ü h l e n lassen. Wenn sie im Team integriert werden ..., dann fühlen sie sich wohl, dann sind sie in der Pflege angekommen (L1:B25, 114-119).

Durch die gezielten Maßnahmen von Lob und die positive Bestärkung wird bei den Studierenden und Auszubildenden eine Form von professionellem Stolz erzeugt und ein Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten aufgebaut. Diesen Umstand und seine Bedeutung in Bezug auf die personenzentrierte Pflegekompetenz gilt es, in der folgenden Unterkategorie näher zu erläutern.

Stolz und Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten aufbauen

Die Studierenden und Auszubildenden erhalten im Zuge der praktischen Ausbildung die Bestätigung, dass ihre geleisteten Pflegeinterventionen auch effektiv sind. Als besonders erfolgreich wird hierbei angesehen, wenn es sich nicht nur um punktuelle Maßnahmen handelt, beispielsweise eine erfolgreiche periphere Venenpunktion, sondern wenn kleine aufeinanderfolgende Erfolgserlebnisse das Gesamtbild einer effektiven pflegerischen Versorgung ergeben. Eine Praxisanleitende schilderte dies anhand des folgenden Beispiels einer Schulungssituation, die als sehr wirksam von einer Studierenden empfunden wurde:

Ich habe ihr [der Studierenden] halt das Pen-spritzen [parenterale Applikation von Insulin] bei einem neu manifestierten Diabetiker schulen lassen. Das war gar nicht so leicht (Schmunzeln), weil er auch ein bisschen Angst vor Nadeln hatte. Ein paar Tage durch ging es so ..., ich habe sie halt .. werkeln lassen... und wie der Patient es dann können hat [...] Er ist zu uns in den Stützpunkt gekommen und hat sich vor allen bei ihr [Studierende] bedankt. Das hast dann halt an ihrem Gesicht gesehen, dass sie was gut gemacht hat (P1:B15, 23-36).

Voraussetzung dafür ist, dass die Studierenden und Auszubildenden diesen Lernprozess durchlaufen können und damit Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und Fertigkeiten entwickeln. Dieses wurde von den Teilnehmenden wiederholt mit dem Vertrauen in die

persönliche und berufliche Effektivität verglichen. Damit wird ein berufliches Selbstbewusstsein bestärkt, das essenziell für ein professionelles Pflegehandeln ist. Ebenso wird damit ein Berufsstolz assoziiert, der im Zuge von Studium und Ausbildung entwickelt werden soll. Eine Praxisanleitende beschrieb dies folgendermaßen:

Sie [Studierende und Auszubildende] müssen sich selbst was zutrauen. Neben einem Hausverstand [basale Form des logisch-ableitenden Denkens] zu dem schon etwas Selbstbewusstsein gehört, müssen sie auch ein berufliches Selbstbewusstsein lernen, eben auch Stolz sein, auf das, was sie tun (P2:B20, 13-16).

Abschließend lässt sich in Bezug auf die Kategorie zum Erleben von Selbstwirksamkeit feststellen, dass die beschriebenen Aspekte nicht nur Effekte auf die Studierenden und Auszubildenden selbst haben, sondern auch auf die betreuten Personen und deren An- und Zugehörige zurückwirken, die schließlich auch die Adressat*innen der Pflegehandlungen sind. Damit die in dieser Kategorie beschriebene Wirkung eintreten kann, bedarf es einer Selbstreflexionsfähigkeit, die im Zuge dieser Studie als zwischenmenschliche Achtsamkeit bezeichnet wird. Diese gilt es innerhalb des nächsten Abschnitts näher vorzustellen.

ZWISCHENMENSCHLICHE ACHTSAMKEIT HABEN

Gesundheits- und Krankenpflege findet im Kontext zwischenmenschlicher Interaktion statt. Voraussetzung für das gelingende Pflegen ist ein achtsames Verhältnis zwischen den versorgten Menschen und den Studierenden oder Auszubildenden. Durch diese Achtsamkeit wird ein personenzentriertes Pflegehandeln möglich, weil die Menschen in ihrer Ganzheit und mit ihren Bedürfnissen wahrgenommen werden können. Von den Teilnehmenden wird dies als ein Spüren von anderen Menschen beschrieben. Dieses Spüren setzt aber voraus, dass die Studierenden und Auszubildenden zunächst sich selbst als Person spüren, bevor sie auf die anderen Personen im Sinne der Achtsamkeit eingehen können. Dies schließt neben den versorgten Personen und deren An- und Zugehörigen auch das Versorgungsteam in der Praxis und die Personen innerhalb der Ausbildungsinstitutionen mit ein. Die nächsten beiden Unterkategorien sollen diese zwischenmenschliche Achtsamkeit in Form des Spürens der eigenen Person und der anderen Personen näher erläutern.

Eigene Person spüren

Voraussetzung für die professionelle Empathie im Zuge der pflegerischen Versorgung ist die Fähigkeit, sich selbst zu spüren bzw. zu wissen, wie das eigene Verhalten auf die anderen

Menschen wirkt. Das ist ein lebenslanger Prozess, der auf Selbsterfahrung und der Spiegelung des professionellen – und in manchen Fällen auch des persönlichen – Verhaltens der Studierenden und Auszubildenden beruht. Im Zuge dessen müssen sie vor allem in Konflikten Strategien entwickeln, bei denen sie in Bezug auf die Konfliktursachen zwischen den eigenen Anteilen und den Anteilen der versorgten Personen oder deren An- und Zugehörigen zu unterscheiden lernen. Im Besonderen müssen sie in der Lage sein zu erkennen, ob sie eine Projektionsfläche im Zuge von Konflikten darstellen oder ob sie selbst, eigene Anteile im Rahmen der Konfliktsituation auf andere Menschen projizieren. Dementsprechend sollen die Studierenden und Auszubildenden bestärkt werden, Konflikten und Aggressionseignissen vorzubeugen oder diese zumindest mit deeskalierenden Maßnahmen gezielt zu kalmieren. Eine Praxisanleitende beschrieb dies folgendermaßen:

Zu pflegen heißt, v i e l Verantwortung für das Leben anderer zu haben. (Pause) Da muss ich auch wissen, wer ich selbst bin, damit ich auch auf die gepflegte Person eingehen kann. Es gibt viele Leute, die sich am Beginn der Ausbildung einfach nicht spüren. (Pause) Das ist dann oft ein harter Weg, wenn man die Bedürfnisse von anderen spüren lernen soll. Die Leute füllen dann viele Eva-Protokolle [standardisiertes Formular zur Dokumentation von Aggressionszwischenfällen] als Leihgeld aus (P₂:B₁₈, 133-138).

Des Weiteren muss im Sinne des Spürens der eigenen Person durch Reflexion ein Bewusstsein entwickelt werden, dass die pflegerische Versorgung etwas Besonderes für den gepflegten Menschen darstellt, weil dieser auf die Hilfe und Unterstützung der Studierenden und Auszubildenden angewiesen ist. Zudem gilt es in diesem Zusammenhang, einen Sensibilisierungsprozess anzuregen, dass der versorgte Mensch genauso ein Mensch ist wie die Studierenden und Auszubildenden selbst und somit den Anspruch hat, dass ihm mit Respekt begegnet wird.

Damit einhergehend muss ein Bewusstsein für eine gewisse Austauschbarkeit von Betreuungsrollen in Form eines Demutsbewusstseins entwickelt werden. Zugleich gilt es aber, die Studierenden und Auszubildenden so zu bestärken, dass sie Strategien entwickeln, um zwischen dem Schicksal und den individuellen Betreuungsumständen der versorgten Personen und ihrer eigenen Person zu differenzieren lernen. Dieser Entwicklungsprozess findet über ein Ausbalancieren statt. Eine Praxisanleitende beschrieb diesen Umstand folgendermaßen:

Je jünger man ist, desto eher ist man ein ‚I c h‘ und ein ‚G e g e n ü b e r‘. Je älter ich werde, (Pause) desto mehr merke ich, wie austauschbar das ist. Das sollte in der Pflege bewusst

sein. Am Abend muss man aber auch nach Hause gehen können und dieses Denken dort [Versorgungsinstitution] lassen können (P₂:B₁₈, 201-206).

Von den Teilnehmenden wird in diesem Zusammenhang außerdem empfohlen, neben dem Lesen von einschlägiger Grundlagenliteratur auch ein Pfl egetagebuch in Form eines inneren Monologs zu führen, um die diesbezüglichen Lern- und Erfahrungsprozesse voranzutreiben.

Aufbauend auf dem Spüren der eigenen Person wird im folgenden Teil das Spüren von anderen Personen in Bezug auf eine personenzentrierte Pflegekompetenz analysierend dargestellt.

Andere Personen spüren

Die Teilnehmenden haben thematisiert, dass der Pflegeberuf in grundlegender Weise auf Zwischenmenschlichkeit beruht. Diese setze voraus, dass die Studierenden und Auszubildenden in diesem Zusammenhang fähig sein müssen, sich immer wieder aufs Neue in einen Menschen hineinzusetzen. Das passiert in Form eines sensiblen aufeinander Zu- und Eingehens. Diese Form des Pflegeverständnisses beruht auf Respekt, Fingerspitzengefühl, einem ‚Zwischen-den-Zeilen-Lesen‘ und dem Bewusstsein für die Bedürfnisse der anderen Menschen. Das ist ein ständiger Lern- und Aushandlungsprozess, der auf die Entwicklung eines systematisch-analytischen Ganzheitlichkeitsverständnisses in Pflege und Betreuung durch die Studierenden und Auszubildenden abzielt. Gleichzeitig wurde von mehreren Teilnehmenden thematisiert, dass es gilt, die eigene Lebenserfahrung und die persönliche Lebensreflexion im pflegerischen Handeln miteinzubeziehen. Diese als ‚Bauchgefühl‘ bezeichnete Fähigkeit wird zwar als willkürlich und intuitiv gewertet, zugleich sehen die Teilnehmenden darin aber ein gewisses bereicherndes Potenzial, das dazu befähigt, dem Pflegealltag situativ und nachhaltig zu begegnen. Diesem professionellen Bauchgefühl sollte genauso wie dem Erfahrungswissen und dem evidenzbasierten Pflegewissen, Bedeutung in der Pflegepraxis eingeräumt werden. Eine Lehrende beschrieb diesen Umstand mit der folgenden Aussage:

Dass Pflege einfach ein Beruf ist, wo viel Feedback zurückkommt und man l e r n e n muss dieses Feedback zu e r k e n n e n und auch zu v e r s t e h e n. Es kann da auch wichtig sein, ein professionelles (Pause) ja ... Bauchgefühl zu entwickeln. Wenn es schnell gehen muss, dann ist die (Pause) Ad-hoc-Entscheidung meistens richtig (L₂:B₃₄, 188-193).

Die Studierenden und Auszubildenden werden durch die dahingehende Reflexion befähigt, ein weiteres Set an zwischenmenschlichen Verhaltensstrategien zu entwickeln, die auf eine ganzheitliche pflegerische Versorgung abzielen, was besonders in Akutsituationen von

Bedeutung ist. Diese werden in weiterer Folge als Bedingung für eine personenzentrierte Pflegekompetenz angesehen, denn dadurch können die Bedürfnisbereiche der versorgten Personen sowie ihrer An- und Zugehörigen situativ erkannt werden, wodurch ein folgerichtiges und nachhaltiges Pflegehandeln möglich wird. Außerdem können die Studierenden und Auszubildenden damit befähigt werden, situativ zu handeln und in herausfordernden Situationen improvisierend gegenzulenken. Das kann vor allem dann notwendig werden, wenn die zur Verfügung stehenden Ressourcen und Rahmenbedingungen limitiert sind, aber zugleich ein größtmögliches Maß an Wohlbefinden bei den versorgten Menschen sowie bei den Studierenden und Auszubildenden selbst innerhalb der Versorgungssituation gewährleistet werden soll.

In diesem Zusammenhang wurde zudem die Fähigkeit thematisiert, dass die Studierenden und Auszubildenden lernen, in Gesprächssituationen einzuschätzen, um welche Betreuungs- und Pflegebedarfe es sich im Speziellen handelt und wie diese gemeinsam mit dem versorgten Menschen und gegebenenfalls dessen An- und Zugehörigen adressiert werden können. Es handelt sich hierbei um eine spezielle Form des Setzens von Prioritäten aus der zwischenmenschlichen Achtsamkeit heraus. Ein Praxisanleitender machte in diesem Zusammenhang die folgende Bemerkung:

Wenn sie [Studierende und Auszubildende] da halt den Patienten [den* die Patient*in] und was er [sie] in der Situation braucht, nicht wahrnehmen können (Pause) was er [sie] so braucht, und auch reagiert (Pause) dann gibt es nachher die doppelte Arbeit (P₂:B₁₇, 112-115).

Das Spüren der anderen Person durch Studierende und Auszubildende bezieht sich jedoch nicht nur auf die Interaktion zwischen versorgten Menschen oder ihren An- und Zugehörigen. Zugleich gilt es, diese Sensibilisierung in Bezug auf die zwischenmenschliche Achtsamkeit auch im gesamten multiprofessionellen Team aufzubauen. Als besonders wichtig gelten in diesem Zusammenhang die Fähigkeit der wertschätzenden Delegation sowie die Evaluation dieser angeordneten Maßnahmen durch den gehobenen Dienst. Um in diesem Zusammenhang Spannungsbereiche innerhalb der Pflegeberufe vorausschauend zu adressieren, sollten die Studierenden und Auszubildenden diesbezüglich sensibilisiert werden, damit wertschätzend delegiert werden kann und diese Delegationen auch wertschätzend angenommen und ausgeführt werden können. Eine Lehrende beschrieb diesen Umstand folgendermaßen:

Auch das Thema Delegation ist neben Verantwortung auch so ein R e i z t h e m a, was sie [Studierende] bis zum Schluss vom Studium nicht gut lernen. Wo lernen sie das, bei uns ist das nie so wirklich Thema, obwohl es wirklich auch sehr zentral ist. (Pause) Das sollte viel mehr gefördert werden. [...] Dann wissen sie nicht, an wen sie delegieren sollen und vor allem wie sie delegieren sollen, und da rede ich noch nicht über wertschätzend (L2:B33, 166-173).

Voraussetzungen für diese Aspekte im Zusammenhang mit der zwischenmenschlichen Achtsamkeit sind auch das Verstehen von Grenzen und die Fähigkeit, diese auf wertschätzende Art und Weise aufzuzeigen. Diese gilt es im nächsten Abschnitt darzulegen.

GRENZEN VERSTEHEN

Das Verstehen von Grenzen ist essenziell und Voraussetzung für eine personenzentrierte Pflegekompetenz. Im Zuge dessen muss die angehende Pflegeperson einschätzen können, wo die Grenzen ihrer pflegerischen Kompetenzen liegen. Zudem hat sie abschätzend zu lernen, wo die Grenzen zwischen ihrer professionellen Tätigkeit und ihrem Sein als Privatperson verlaufen. Dieser Bedarf entsteht aus der Natur der pflegerischen Betreuung heraus, die in einem interaktionellen Prozess zwischen der Betreuungsperson und dem versorgten Menschen besteht. Damit wird auch der Bedarf zum Erkennen der Grenzen der betreuten Personen nachvollziehbar. Außerdem gilt es für die Pflegeperson, die zur Verfügung stehenden Ressourcen bzw. die kontextuellen Rahmenbedingungen einzuschätzen und deren Einfluss auf das Umsetzen einer personenzentrierten Pflegepraxis zu reflektieren.

Dieses Verständnis von Grenzen setzt auf drei Ebenen an. Zunächst ist die individuelle Ebene zu beachten, auf der die Studierenden und Auszubildenden ihre eigenen und persönlichen Grenzen im beruflichen Handeln kennenlernen, definieren und anerkennen. Darauf aufbauend müssen die Studierenden und Auszubildenden Grenzbereiche verstehen, die im Zuge des Betreuungsverhältnisses zu den versorgten Personen und ihren An- und Zugehörigen entstehen. Dies kann als interaktionelles Verständnis für Nähe und Distanz definiert werden. Auf der letzten Ebene im Zuge des Verstehens von Grenzen geht es darum, dass die Studierenden und Auszubildenden nachvollziehen können, wie kontextuelle Rahmenbedingungen eine personenzentrierte Pflegepraxis beeinflussen. Hier müssen Grenzen unter Rückbezug auf die zur Verfügung stehenden Mittel und Ressourcen erkannt werden, um eine Effektivitätsmaximierung von Pflege und Betreuung gewährleisten zu

können. Diese drei Ebenen des Verstehens von Grenzen im Zuge einer personenzentrierten Pflegekompetenz gilt es in den folgenden Unterkategorien näher zu beleuchten.

Eigene Grenzen erkennen

Die persönlichen Grenzen kennenzulernen und sich diesbezüglich zu reflektieren, ist entscheidend für Studierende und Auszubildende, damit Lernprozesse im Zusammenhang einer personenzentrierten Pflegekompetenz überhaupt angestoßen werden können. Hierfür bedarf es eines gezielten und begleitenden Heranführens an eine Art von Überforderung im Zuge der Lernprozesse durch die Lehrenden und Praxisanleitenden. Die Rolle der Lehrenden und Praxisanleitenden ist dabei durch ein Fordern, Motivieren und Bestärken gekennzeichnet. Die Studierenden und Auszubildenden ihrerseits müssen in diesem Zusammenhang Strategien entwickeln, damit sie mit den daraus resultierenden Frustrationspotenzialen und Rückschlägen umgehen lernen. Eine Lehrende beschrieb dies durch die folgende Aussage:

Von Praktikum zu Praktikum trauen sie [Studierende und Auszubildende] sich immer mehr zu und werden mutiger ... , auch wenn sie dann wieder einmal mit Rückschlägen konfrontiert werden. (Pause) Hier ist es wichtig, dass sie aufgefangen werden und dass sie nicht zu negativ konditioniert werden (L1:B22,150-155).

Von Bedeutung in diesem Zusammenhang ist auch, dass von den Studierenden und Auszubildenden Hilfe und Unterstützung eingefordert wird, um in den Lernprozess eintreten zu können und eine adäquate und sichere pflegerische Versorgung der betreuten Personen gewährleisten zu können. Eine Studierende beschrieb diesen Umstand folgendermaßen:

Das ist auch entscheidend für g u t e Pflege, dass man sich eingestehen kann, dass man gewisse Dinge nicht kann und dann um Hilfe fragt (S1:B2, 55-59).

Zudem gilt es, die Studierenden und Auszubildenden in diesem Lern- und Entwicklungsprozess zu bestärken, dass sie Probleme und Fehler offen ansprechen, um eine positive und nachhaltige Fehlerkultur zu etablieren.

Außerdem wurde von mehreren Teilnehmenden thematisiert, dass im Zuge der eigenen Grenzen auch starke Gefühle wie Ekel, Antipathie oder Abscheu reflektiert werden sollten. Dabei müssen die Studierenden und Auszubildenden zunächst darüber aufgeklärt werden, dass es sich hierbei um keine professionelle Schwäche handelt. Zudem sind sie von den Lehrenden und Praxisanleitenden dahingehend zu bestärken, dass ihnen Strategien aufgezeigt

werden, wie solche herausfordernden Situationen gegenregulierend adressiert werden können. Eine Praxisanleitende machte in diesem Zusammenhang die folgende Aussage:

Für mich [Praxisanleitende] ist auch wichtig, dass die Studierenden wissen, ab wann es zu viel ist. (Pause) Das ist zentral, dass sie lernen sich abzugrenzen. Es gab jetzt eine Situation, wo mir selbst auch das W ü r g e n gekommen ist, (Pause) und ich habe zur Studentin gesagt, es ist voll okay, dass du sagst ‚ich kann nicht‘, das passt so. Das ist ja sehr wichtig. Manches wird man mit der Zeit gewohnt. Und Studierende müssen da genau ihre eigenen Grenzen lernen und kennenlernen. Sie müssen das kommunizieren können, ... ‚Stopp! bis dahin, aber nicht weiter.‘ Das ist für die Abgrenzung im Beruf ganz wichtig (P₂:B₂₁, 178-185).

Daneben gilt es, die Studierenden und Auszubildenden auch darauf vorzubereiten, dass Pflegepersonen im Zuge ihrer beruflichen Tätigkeiten mit grenzüberschreitenden Verhalten von Seiten der betreuten Personen, ihren An- und Zugehörigen oder auch den anderen Kolleg*innen innerhalb des Versorgungsteams konfrontiert werden können. In manchen Fällen sind Grenzverletzungen möglich, die unter Umständen die körperliche oder emotionale Integrität der angehenden Pflegeperson gefährden. Als Beispiel wären hier unter anderem eskalierende Vorfälle in Psychiatrien zu erwähnen, wo Pflegepersonen einem erhöhten Risiko von körperverletzenden Erfahrungen ausgesetzt sein können. Das kann aber auch in niederschwelliger Form in Erscheinung treten, beispielsweise durch verbale Entwertungen, verbale Gewalterfahrungen, rassistische Abwertungen oder sexuell anlassiges bzw. übergriffiges Verhalten gegenüber den angehenden Pflegepersonen. Personenzentrierte Pflegekompetenz in diesem Zusammenhang bedeutet, dass die Studierenden und Auszubildenden zunächst einmal über das Bewusstsein und die Sicherheit verfügen, nicht ohnmächtig oder willfährig den Umständen bzw. verursachenden Personen ausgeliefert zu sein. Als nächstes gilt es, sie zu bestärken, Grenzen vorausschauend aufzuzeigen und die Einhaltung dieser mit eindringlicher Vehemenz zu vertreten.

Die meisten dieser Zwischenfälle treten nicht auf eine impulsive Art und Weise in Erscheinung, sondern entwickeln sich allmählich und graduell. Zudem müssen die Studierenden und Auszubildenden mit dem Wissen ausgestattet werden, wie sie solche Situationen professionell gegenregulieren können. Eine Lehrende führte in diesem Zusammenhang die folgende Überlegung an:

Ein bisschen Rüberpratzeln¹ geht schon nicht. Das ist eine S t r a f t a t. Wichtig ist hier, dass die Studierenden das früher aufzeigen lernen. Auch wann und wie man sich schützt. Solche

¹ Vom Wort ‚Pratze‘ (große Hand) abgeleitet, womit eine Form von sexueller Nötigung im Pflegeberuf beschrieben wird, die einen strafrechtlichen Tatbestand darstellt.

Dinge passieren in der Regel nicht von heute auf morgen. Es geschieht peu à peu [Französisch für ‚allmählich‘]. Sobald die Augen in Richtung Dekolleté wandern, muss reagiert werden, und nicht erst, wenn es einen Klopfer auf den Popo [Gesäß] oder einen Griff in den Schritt gibt (L1:B29, 305-312).

Daraus lässt sich ableiten, dass es von zentraler Bedeutung für die angehenden Pflegepersonen ist, die eigenen Grenzen zu kennen und zugleich über die Fähigkeit zu verfügen, Grenzen respektvoll zu vermitteln. Damit diese Lern- und Erfahrungsprozesse auch mit Nachhaltigkeit gelingen können, gilt es für die Studierenden und Auszubildenden, sich auch in Bezug auf ihr professionelles Verständnis von Nähe und Distanz zu reflektieren. Dieses entsteht aus dem interaktionellen Betreuungsverhältnis zu den versorgten Personen sowie ihren An- und Zugehörigen.

Nähe und Distanz abschätzen

Pflege ist ein interaktioneller Prozess zwischen Pflegeperson und betreutem Menschen, der aus einem beidseitigen Geben und Nehmen besteht. Die Pflegeperson nimmt eine professionelle Versorgungsrolle ein, bringt aber gleichzeitig ein Set an persönlichen Erfahrungen in das Betreuungsverhältnis ein. Auch die betreute Person bringt ein Set an persönlichen Erfahrungen sowie ihren individuellen Betreuungsbedarf in diesen Prozess ein. In der Konsequenz entsteht eine Beziehung, bei der die Pflegeperson reflektierend abschätzen lernen muss, wie viel persönliche Nahbarkeit sie zulassen kann. Gleichzeitig gilt es für die Pflegeperson auch vorausschauend abzuschätzen, wieviel persönliche Nahbarkeit der versorgte Mensch in dieses Betreuungsverhältnis einbringen soll, damit ein lebhaftes und nachhaltiges interaktionelles Verhältnis entstehen kann. Der Benefit einer stabilen Interaktion ist, dass durch die professionelle Nahbarkeit eine nachhaltige Wirkung in Pflege und Betreuung erzielt werden kann. Das ist vor allem in der pflegerischen Beratung und Schulung vorteilhaft. Gleichzeitig bringt es aber auch die Gefahr mit sich, dass wiederholte grenzüberschreitende oder grenzverletzende Erfahrungen durch die Pflegeperson dazu führen, dass die Grenzen verschwimmen oder verschwinden und das professionelle Wirken der Pflegeperson auf Kosten ihrer persönlichen und privaten Ressourcen stattfindet.

Die Teilnehmenden haben in diesem Zusammenhang die Fähigkeit des Abschätzens von Nähe und Distanz als Voraussetzung genannt, deren Dimensionen, Potenziale und Gefahren innerhalb von Studium und Ausbildung reflektierend kennengelernt werden müssen. Außerdem führten die Teilnehmenden als Bedingung hierfür die Volition durch die

Pflegeperson an, den Menschen in seiner Ganzheit in Pflege und Betreuung einzubeziehen, sowie das Vorhandensein und den Erwerb von Erfahrungspotenzialen durch die angehenden Pflegepersonen, um situationselastisch reagieren zu können. Eine Lehrende beschrieb dies folgendermaßen:

Ich würde n i e etwas von meiner Familie erzählen, oder auch, wie eine Therapie bei mir selbst gewirkt hat. (Pause) Das geht die Patienten [Patient*innen] nichts an. Andere Pflegepersonen sind da anders, die erzählen da m e h r und das hat auch einen Effekt auf die Pflege, das will ich nicht a b s t r e i t e n. Aber das muss jeder für sich selbst entscheiden (L1:B29, 61-66).

Zudem wurde im Zusammenhang des interaktionellen Entwicklungsprozesses hin zur personenzentrierten Pflegekompetenz angeführt, dass dieser nicht als statisch zu verstehen ist, sondern durch ein ständiges Austarieren gekennzeichnet sei. Mit fortschreitender Berufserfahrung sind auch Verschiebungen der Grenzen in Bezug auf Nähe und Distanz möglich. Wichtig für Studierende und Auszubildende ist aber, sich darüber bewusst zu sein und die Grenzen, die aus diesem ‚Nähe und Distanz Verhältnis‘ resultieren, stets erneut zu reflektieren.

Einfluss kontextueller Rahmenbedingungen nachvollziehen

In den beiden vorherigen Unterkategorien wurden zunächst die reflektierenden Grenzbereiche der Pflegeperson auf individueller Ebene und dann in Bezug auf das zwischenmenschliche Betreuungsverhältnis thematisiert. In der nun folgenden Unterkategorie sollen zudem die Einflüsse von kontextuellen Rahmenbedingungen untersucht und ihre Auswirkungen auf die personenzentrierte Pflegekompetenz hinterfragt werden. Diese indizieren die Grenzen des Machbaren sowie die daraus entstehenden Potenziale im Zuge von Pflege und Betreuung. Das hat in dem Sinne Bedeutung, dass die Studierenden und Auszubildenden sich bewusst sein müssen, welche Umsetzungsmöglichkeiten ihnen die strukturellen Rahmenbedingungen zur Verfügung stellen bzw. welche Faktoren in diesem Zusammenhang hinderlich sein können. Damit sollen sie einerseits vor wiederholter Enttäuschung oder Frustration bewahrt werden und andererseits auch Bestärkung erfahren, wenn es um die Möglichkeit geht, entsprechende Veränderungsprozesse in Zukunft innerhalb ihrer Institutionen anzuregen.

Von den Teilnehmenden wurde in diesem Zusammenhang vorgebracht, dass eine tradierte Pflegeorganisation, persönliche Hierarchien, eine Kultur der Ehrerbietung, fehlende

Zeitressourcen oder defizitäre Versorgungsansätze hinderlich für das Umsetzen einer personenzentrierten Pflegepraxis sind. Wichtig ist dabei, dass die Studierenden und Auszubildenden auch erkennen können, was keine personenzentrierte Pflegekultur darstellt. Eine Praxisanleitende umschrieb dies folgendermaßen:

Manche Stationen und ihre Organisation sind nicht s e h r personenzentriert. Wenn die Leute [angehende Pflegepersonen] zu arbeiten beginnen, (Pause) verschieben sich ihre Prioritäten. Sie verlieren dann etwas. Das System ist halt auf Kosten-Nutzen aus. Wichtig ist, dass in ihren Köpfen drin ist, was Personenzentrierung ist und was es eben nicht ist (P1:B13, 77-82).

Demgegenüber gaben die Teilnehmenden an, dass es förderlich für eine personenzentrierte Pflegekultur sei, wenn die Stationsleitung wohlwollend ist, ein wertschätzender Umgang unter den Kolleg*innen besteht und Ressourcen von der Institution zur Verfügung gestellt werden.

Das Wissen über diese kontextuellen Rahmenbedingungen ist Voraussetzung dafür, dass hinreichende Bedingungen für ein personenzentriertes Pflegen identifiziert werden können, bevor darüber reflektiert wird, ob überhaupt personenzentriert gepflegt wird. Zudem können damit Handlungsprioritäten in der pflegerischen Versorgung festgelegt werden, um ein personenzentriertes Pflegen für alle betreuten Menschen ermöglichen zu können.

Während in dieser Kategorie die Grenzen auf der persönlichen, zwischenmenschlichen und kontextuellen Ebene aufgezeigt wurden, soll im Zuge der nächsten Kategorie abgebildet werden, wie daraus eine professionelle Pflegebeziehung entstehen kann, die ihrerseits grundlegend für eine personenzentrierte Pflegekompetenz und somit für eine personenzentrierte Pflegepraxis ist.

PFLEGEBEZIEHUNGEN PROFESSIONELL LEBEN

Die Pflegebeziehung ist die interaktionelle Begegnung zwischen der Pflegeperson und dem versorgten Menschen. Sie entsteht aus einer prozesshaften Entwicklung heraus und stellt eine notwendige Bedingung dar, damit personenzentriert gepflegt werden kann. Aufgrund dieser Eigenschaft grenzt sie sich auch von der in der Kategorie der zwischenmenschlichen Achtsamkeit beschriebenen professionellen Interaktion oder des in der vorigen Kategorie angeführten Abschätzens von zwischenmenschlicher Nähe und Distanz ab. Die Eigenschaften dieser Kategorien können aber als voraussetzend für das Leben von professionellen

Pflegebeziehungen verstanden werden, die es im Zuge der folgenden Kategorienabbildung zu beschreiben gilt.

Professionelle Beziehungen eingehen zu können, wird von den Teilnehmenden mit der Fähigkeit zur Verantwortungsübernahme gleichgesetzt. Die Grundlage für diese professionellen Pflegebeziehungen wird durch eine Gegenseitigkeit repräsentiert, die durch ein professionelles Verbundensein und dem partizipativen Treffen von Entscheidungen gekennzeichnet ist. Diese Aspekte sollen im Zuge der folgenden Unterkategorien näher erläutert werden.

Professionelles Verbundensein

Die aus dem Betreuungsverhältnis entstehende Pflegebeziehung wird mit einem Verbundensein verglichen, das auf Vertrauen basiert. Das damit in Verbindung stehende Gefühl durch diese Form des professionellen Wirkens wird als bestärkend für die angehenden Pflegepersonen wie auch die versorgten Menschen erlebt. Eine Studierende beschrieb diesen Umstand folgendermaßen:

Ich denke, man merkt es sehr an dem V e r t r a u e n. Wenn die Patienten [Patient*innen] einem vertrauen (Pause) und sich öffnen [...] und man merkt, die Person baut da eine Bindung auf, dann merkt man, dass es wirklich gut funktioniert hat. [...] Und ich finde auch, dass das einfach das Schönste ist, wenn der Patient [Patient*in] einem vertraut und sich gut aufgehoben fühlt (S₂:B₇, 22-27).

Dieses Vertrauen im Rahmen des professionellen Verbundenseins setzt zudem eine Form von gegenseitigem Respekt, Wertschätzung und ein echtes Interesse an der zu betreuenden Person voraus. Dabei sollte der versorgte Mensch mit seiner ganzen Lebenswirklichkeit, seinen Präferenzen und seinen Eigenheiten im Zuge der pflegerischen Betreuung berücksichtigt werden. Eine Lehrende machte in diesem Zusammenhang die folgende Aussage:

Was ich da sagen kann, ist das Wiedererkennen, wenn eine Patientin oder ein Patient schon mit N a m e n gekannt wird, dass sich da schon eine persönliche Beziehung aufbaut [...]. Das haben sie [Studierende und Auszubildende] immer schon sehr spannend erlebt, wo sie dann auch schon privat diese Menschen bzw. deren L e b e n kennenlernen konnten (L₁:B₂₉, 190-196).

Als Voraussetzung für diese Form der gegenseitigen Wertschätzung, die selbst ein Element des professionellen Verbundenseins darstellt, wurde von den Teilnehmenden des Weiteren vorgebracht, dass Pflegepersonen die Intim- und Privatsphäre sowie die

Rückzugsmöglichkeiten der versorgten Menschen respektieren müssen. Die Pflegebeziehung impliziert per se ein vordefiniertes Rollenverhältnis, das durch ein asynchrones Machtverhältnis gekennzeichnet ist. Das findet bereits durch den Umstand Niederschlag, dass eine im Krankenhaus aufgenommene Person in ein für sie fremdes Feld gelangt und sich den dort vorherrschenden Regeln und Rahmenbedingungen anpassen muss. Eine Praxisanleitende beschrieb diesen Umstand folgendermaßen:

Was haben sie [Patient*innen] denn noch, wenn sie [im Krankenhaus] aufgenommen werden. Knappe zwei Quadratmeter (Pause), ihr B e t t. [...] Und die letzte Rückzugsmöglichkeit stören wir durch Blutabnahmen und Waschen [Körperpflege] in ihrem Intimbereich, und das auch noch, wenn es für uns p a s s t (P₂:B₁₃, 151-154).

Dieses asynchrone Machtverhältnis und die damit in Verbindung stehenden Rollenverhältnisse müssen Studierende und Auszubildende reflektieren. Neben der Anerkennung von Intim- und Privatsphäre gilt es, weitere Ansatzbereiche zur partizipativen Teilung von Machtverhältnissen und Machtstrukturen aufzuzeigen, damit eine personenzentrierte Pflegepraxis umgesetzt werden kann. Eine von den Teilnehmenden thematisierte Ebene ist das gemeinsame Treffen von Entscheidungen im Zuge der pflegerischen Betreuung.

Entscheidungen gemeinsam treffen

Im Zuge einer personenzentrierten Pflegepraxis gilt es, auf wertschätzende Art und Weise Autonomie zu übertragen. Dieser Lernprozess stellt auch eine zu entwickelnde Kompetenz hin zu mehr Personenzentrierung dar, was besonders im gemeinsamen Treffen von Entscheidungen innerhalb der pflegerischen Betreuung Niederschlag findet. Neben einer Reflexion in Bezug auf die diesbezüglichen Rollenverhältnisse sollte zudem ein Zustand der Informiertheit bei den versorgten Menschen hergestellt werden, damit Entscheidungen im Zusammenhang von Pflege und Betreuung gemeinsam getroffen werden können. Das heißt, die Pflegeperson hat die Verantwortung dafür zu tragen, dass mögliche Wissens- oder Erfahrungsdefizite nivelliert werden können. Das setzt zum einen voraus, dass Wissensbedarfe festgestellt werden können. Zum anderen müssen die Studierenden und Auszubildenden eine aufklärende, kommunikative und edukative Kompetenz erwerben, um Wissen und Selbstkompetenz zu vermitteln. Außerdem ist es von Wichtigkeit, dass sie lernen, den Erfolg dieser Wissens- und Kompetenzvermittlung einzuschätzen. Einschränkend ist dabei anzumerken, dass ein gepflegter Mensch durch seine individuellen Lebensumstände oder

seinen situativen Betreuungsbedarf, nicht immer zu gleichen Teilen in die Entscheidung miteinbezogen werden kann. Eine Lehrende tätigte in diesem Zusammenhang die folgende Aussage:

In den Reflexionen [Lehrveranstaltung nach Praktika] merkt man bei ihnen [Studierende und Auszubildende] schon, dass es gut war, wenn sie den Leuten [versorgte Personen] dort etwas beibringen konnten, dass sie halt Selbstbestimmung und Unabhängigkeit wiederkriegen (L₁:B₂₆, 46-51).

Mit diesen nivellierenden Maßnahmen soll sich im Zuge der Gestaltung und Auslegung von professionellen Pflegebeziehungen einer Form der Egalität angenähert werden. Sie setzen aber ein partizipatives Pflegeverständnis der Studierenden und Auszubildenden voraus, das ihrerseits auf einer normativen Haltung im Zuge des pflegerischen Handelns beruht. Welche Bedeutung diese im Zusammenhang mit einer personenzentrierten Pflegepraxis und der damit in Verbindung stehenden personenzentrierten Pflegekompetenz hat, wird in der nächsten Kategorie untersucht.

EINNEHMEN EINER HALTUNG

Werte und Normen leiten nicht nur das ethisch-moralische Verständnis von Pflegepersonen, sondern auch jegliches pflegerische Handeln. Aufgrund der Tatsache, dass sich Pflegepersonen mit kritischen und herausfordernden Lebenssituationen anderer Menschen konfrontiert sehen, ist es für sie unabdingbar, eine normative Haltung zu entwickeln, die Struktur wie auch Halt vermittelt. Durch diese professionelle Haltung können die Anforderungen der Praxis nachhaltiger adressiert werden, um für mehr Wohlbefinden sowohl bei den Pflegepersonen als auch bei den versorgten Menschen zu sorgen. Durch den normativen Charakter dieser personenzentrierten Haltung erhalten die Pflegepersonen einen Leit- und Motivationsrahmen für ihre pflegerische Tätigkeit.

Die Entwicklung dieses Orientierungsrahmens findet auf einer individuellen Ebene durch den reflexiven Abgleich und die Inkorporation von Werten und Überzeugungen einer übergeordneten sozialen Struktur statt. Diese soziale Struktur kann sowohl durch die Ausbildungsinstitution als auch durch die Praktikumsstelle dargestellt werden, die die entsprechenden Werte und Überzeugungen für eine personenzentrierte Kultur vorgeben. Voraussetzung für den Inkorporationsprozess ist neben dem Bestehen dieser Form von Kultur auch die intrinsische Motivation der Studierenden, die bedingt, dass sie vom Mehrwert einer

personenzentrierten Pflegepraxis überzeugt sind. Dabei üben die in der Kultur vorherrschende Sprache und der Sprachjargon entscheidenden Einfluss aus. Auch kulturvermittelnde Individuen nehmen in diesem Zusammenhang eine Vorbildfunktion ein. Das können zum Beispiel Anwender*innen einer personenzentrierten Praxis sowohl in Studium oder Ausbildung als auch im Praktikum sein.

Das Einnehmen einer normativen Haltung, welches im Zuge dieser Kategorie abgebildet wird, basiert damit darauf, dass sich die Studierenden und Auszubildenden einerseits auf eine referenzierende Kultur einlassen können und andererseits anschließend eigene Werte und Überzeugungen durch Reflexion und Inkorporation entwickeln. Die Herausbildung dieser Werte führt zur Entwicklung einer individuellen personenzentrierten Haltung.

Sich auf eine referenzierende Kultur einlassen können

Alle Teilnehmenden gaben an, dass es im Praxisfeld einer tiefgreifenden Veränderung bedarf, um mehr Wohlbefinden und Wertschätzung für alle in der pflegerischen Versorgung beteiligten Personen zu erreichen. Dieser Veränderungsbedarf wurde in den Aussagen aber nicht unmittelbar mit dem Fehlen einer personenzentrierten Pflegepraxis in Verbindung gebracht. Es handle sich um ein weitaus tieferes und universelleres Problem. Unter anderem wurde in diesem Zusammenhang beispielsweise ein Tunnelblick der Pflegenden, ein defizitäres Kompensieren in Pflege und Betreuung oder das Fehlen von humanistischen Grundprinzipien vorgebracht. Im Besonderen wurde die nachteilige Wirkung von Sprache und den Sprachjargons in der Pflegepraxis thematisiert. Diese behindere auch die Herausbildung einer personenzentrierten Haltung und der damit in Verbindung stehenden Werte und Prinzipien. Die Sprache wurde in diesem Zusammenhang als ein Instrument beschrieben, das grundlegend sei, um eine personenzentrierte Kultur vermitteln zu können, da durch Sprache zum einen Wertschätzung ausgedrückt und zum anderen Grenzen sowie Potenziale aufgezeigt werden können. Außerdem diene sie der Vermittlung von Informationen und Wissen. Ein teilnehmender Praxisanleiter beschrieb diesen Umstand folgendermaßen:

In der Pflege fehlt in vielen Bereichen eine humanistische Grundeinstellung. Das merkt man vor allem an der S p r a c h e auf den Stationen [pflegerischen Versorgungseinrichtungen]. In den Köpfen gibt es nur, ‚das geht nicht, das kann er [sie] nicht‘. Alles ist nur negativ. (Pause) Wie sollen die Schüler [Schüler*innen] da verstehen lernen, wie Pflege gelebt

werden soll, wenn es nur ‚warm-satt-sauber‘² gibt. (Pause) Wir müssen uns einer anderen Sprache bedienen (P₂:B₁₇, 245-251).

Außerdem haben die Teilnehmenden thematisiert, dass die Sprache auch innerhalb der Ausbildungsinstitutionen kritisch-achtsam verwendet werden muss, um einen Referenzrahmen für eine personenzentrierte Kultur herstellen zu können.

Entscheidend für einen diesbezüglichen Veränderungsprozess seien laut den Teilnehmenden insbesondere Vorbilder, die von den Studierenden und Auszubildenden akzeptiert würden. Sie leben durch ihre Pflegehandlungen und den damit in Verbindung stehenden Einstellungen vor, was unter guter Pflege zu verstehen ist. Damit fördern sie nicht nur das Wohlbefinden der versorgten Menschen, sondern werden auch von ihren Teammitgliedern als positives Beispiel dafür wahrgenommen, was unter guter Pflege zu verstehen ist. Durch ihre breite soziale Akzeptanz wird ein Modelllernen für die Studierenden und Auszubildenden möglich. Eine Lehrende beschrieb dies durch die folgende Aussage:

Die Studierenden nehmen halt viel von den Stationen [pflegerischen Versorgungseinrichtungen] mit, wenn sie gute Vorbilder haben. Wo sie sagen, ‚ja, so würde ich das auch machen‘. Diese Vorbilder sind quasi als Leuchttürme zu verstehen. Aber auch das Team muss da mitspielen. Eine ‚One-Woman-Show‘ kommt nicht gut (L₁:B₂₂, 223-229).

Die hier dargelegten Aspekte bilden die referenzierende Wirkung von der äußeren sozialen Einflussphäre auf die Studierenden und Auszubildenden ab, die durch die bestehende Kultur resultiert. In der nun folgenden Unterkategorie gilt es aufzuzeigen, wie sie daraus ihre eigenen Werte und Überzeugungen entwickeln, die zu einer personenzentrierten Haltung führen, mit der sie sich identifizieren können und wollen.

Eigene Werte und Überzeugungen entwickeln

Von den Teilnehmenden wurde vorgebracht, dass die Tätigkeit in der Pflege meist auf das unmittelbar Sichtbare reduziert werde. Dieser Umstand kommt ebenso zum Tragen, wenn ein facheinschlägiges Studium oder eine Ausbildung begonnen wird. In diesem Zusammenhang wurden basale Verrichtungen wie die Unterstützung bei der Körperpflege oder die Durchführung einer venösen Venenpunktion angeführt. Im Zuge der Entwicklung einer normativen Haltung wurde aber die Wichtigkeit einer ganzheitlichen Sichtweise auf den

² Metaphorische Beschreibung eines Pflegeverständnisses, das nur auf dem Kompensieren von notwendigen körperlichen Bedürfnissen der gepflegten Personen beruht. Die Aussage basiert auf dem reaktivierenden Pflegemodell nach Erwin Böhm.

versorgten Menschen und seine Lebensumstände vorgebracht, die sich in den Werten und Überzeugungen niederschlagen müsse. Eine Praxisanleitende beschrieb in diesem Zusammenhang ihren eigenen Erfahrungs-, Reflexions- und Entwicklungsprozess:

Aber es kommt auch darauf an, wie ich [angehende Pflegeperson] den Beruf selbst sehe. Ist es bloß das Tun oder ist das auch mehr d r u m h e r u m. Ich bin dann als Krankenschwester [Krankenpfleger*in] angekommen, wie ich gecheckt habe, es ist nicht nur die Blutabnahme, die beim ersten Mal funktioniert hat, sondern, dass ich den Patienten [Patient*in] gefragt habe, ob er [sie] Angst vor Nadeln hat, ob er [sie] Rechts- oder Linkshänder [Rechts- oder Linkshänder*in] ist. (Pause) Wenn das im Verständnis drinnen ist, dass da der ganze Mensch gesehen werden muss, dann funktioniert auch der ganze Rest, aber das muss einmal wie Schuppen von den Augen fallen (P₁:B₁₄, 159-168).

Eine Studierende führte dies noch weiter aus, indem sie ihren individuellen Erfahrungs-, Reflexions- und Entwicklungsprozess betonte, der zu den Überzeugungen und dem eigenen Prinzipiensystem geführt hat:

Ich glaube halt auch, dass das von Person zu Person unterschiedlich ist, wie er oder sie [Studierende und Auszubildende] sich Pflege vorstellt. Jeder hat seine eigenen Prinzipien, was für ein Pfleger oder Pflegerin man sein möchte und wie man auf die Patienten [Patient*innen] eingeht (S₂:B₁₀, 144-147).

Voraussetzung hierfür ist die Fähigkeit zur Introspektion, also die auf das eigene Bewusstsein gerichtete Beobachtung. Die Teilnehmenden äußerten, dass diesbezügliche Anteile zwar im Rahmen von Lehrveranstaltungen wie der Praxisreflexion angestoßen werden können, der weitere Umsetzungsprozess aber in der Verantwortung der angehenden Pflegeperson selbst liegt. Eine Lehrende machte in diesem Zusammenhang die folgende Aussage:

Einiges kann man zwar in der Schule [Ausbildungsinstitution] machen, das meiste davon ist aber das Privatvergnügen der Leute [Studierende und Auszubildende]. (Pause) Man m u s s ihnen aber eine Richtung aufzeigen und sie motivieren, dass sie das auch weiterverfolgen (L₂:B₃₄, 271-276).

Ausgehend von dieser Introspektion im Zuge der Herausbildung der normativen Haltung gilt es im folgenden Teil, die Fähigkeit zum Reflektieren im Besonderen zu analysieren. Wie diese die Umsetzung eines reflektierten Pflegehandelns im Rahmen einer personenzentrierten Pflegekompetenz möglich macht, wird im Zuge der nächsten Kategorie näher erläutert.

REFLEKTIERTES PFLEGEHANDELN UMSETZEN

Das Pflegehandeln bleibt, trotz der Bemühungen hin zu mehr Standardisierung und Vereinheitlichung, innerhalb der pflegerischen Ablauforganisationen, immer ein individueller

Begegnungsprozess. In diesem müssen sich die Pflegeperson und der betreute Mensch gegenseitig in Bezug auf persönliche Bedürfnisse und professionelle Bedarfe neu ausrichten, um ein nachhaltiges und gelingendes Reagieren im Rahmen einer personenzentrierten Pflegepraxis möglich zu machen. Zwar wird das situative Verhaltensrepertoire durch die professionell Pflegenden mit dem Erfahrungswissen immer reicher, jedoch bedarf es bei Situationsveränderungen wie der Verschlechterung eines Gesundheitszustandes der betreuten Personen einer Neubewertung von Umständen sowie potenzieller Ressourcen. Solche Veränderungen erfordern außerdem das logische Ableiten von an die Umstände angepassten pflegerischen Maßnahmen zur Gegenregulation. Dieser Prozess aus Einschätzen, Bewerten und Festlegen einer geeigneten Strategie zur Gegenregulation wird verallgemeinernd als reflektiertes Pflegehandeln bezeichnet.

Von den Teilnehmenden wird diese Fähigkeit als grundlegend für eine personenzentrierte Pflegepraxis angesehen, womit sie auch eine integrale Eigenschaft einer personenzentrierten Pflegekompetenz darstellt. Aufgrund dessen gilt es im Zuge dieser Kategorie, das kritische Hinterfragen und das darauf aufbauende reflexive Pflegehandeln näher zu erläutern und zu erörtern, wie der diesbezügliche Lernprozess angestoßen werden kann.

Kritisches Hinterfragen und reflexives Handeln

Eine Lehrende nannte die Reflexionsfähigkeit als grundlegende Eigenschaft für den Pflegeberuf. Sie betonte, dass diese in jeglicher pflegerischer Handlung Niederschlag findet. Mit der folgenden Aussage verdeutlichte sie die Wichtigkeit der Eigenschaft:

Ich glaube, das ist das W e s e n t l i c h e, gleich wesentlich wie die Hygiene oder das Beherrschen von Reanimationstechniken ist die Reflexionsfähigkeit. (Pause) Ich glaube, das ist das Wesentlichste in unseren Beruf überhaupt, sonst kommen wir gar nicht weiter (L2:B33, 201-207).

In diesem Zusammenhang gilt es, das kritische Hinterfragen isoliert von der Reflexionsfähigkeit zu betrachten. Beide Vorgänge stellen wichtige Fähigkeiten zur Vergegenwärtigung von pflegerischem Handeln dar, jedoch finden sie auf unterschiedlichen Ebenen statt. Das kritische Hinterfragen wird als ein Vorgang beschrieben, der dem Reflektieren als ein analysierendes Nachvollziehen vorgeschaltet ist. Das Reflektieren selbst stellt bereits den ersten Schritt des darauf aufbauenden Prozesses der Verhaltensänderung dar. Eine Lehrende führte diesen Umstand folgendermaßen näher aus:

Das kritische Hinterfragen, [...]. Das hängt zwar vielleicht mit der Reflexionsfähigkeit zusammen, aber für mich [Lehrende] ist es [...] schon ein bisschen getrennt voneinander zu betrachten. Das Reflektieren ist ja [...] schon der erste Schritt beim Verändern (L2:B32, 221-226).

Dieses kritische Hinterfragen muss nicht direkt im Rahmen einer unmittelbaren Erkenntnis durch Selbst- oder Systemkritik stattfinden. In manchen Fällen erfolgt dieser Prozess auch auf implizite Art und Weise. Eine Praxisanleitende stellte dabei fest, dass ein Rechtfertigen durch die Studierenden und Auszubildenden oder durch andere Kolleg*innen bereits ein Indiz dafür sein kann. Sie machte diesbezüglich folgende Aussage:

Die meisten [Studierende und Auszubildende] haben schon ein natürliches Empfinden, dass sie sich unbehaglich fühlen, etwas falsch machen, wenn sie nicht personenzentriert pflegen. Das merkt man recht schnell, weil sie in eine Rechtfertigung gehen (P2:B13, 231-237).

Wird eine solche Situation beobachtet, so gilt es, die Studierenden und Auszubildenden nicht bloßzustellen oder mit einer vorwurfsvollen Art und Weise zu begegnen, indem ihnen belehrend vorgehalten wird, was sie besser machen hätten können. Stattdessen müssen sie bestärkt werden, indem ihnen auf zuvorkommende Art aufgezeigt wird, wie auf die Situation anders hätte reagiert werden können. So werden reflektierende Lernprozesse im Rahmen einer personenzentrierten Pflegepraxis auf beispielhafte Art und Weise angeregt. Im Rahmen der nächsten Unterkategorie sollen die Strategien diesbezüglich näher betrachtet werden.

Reflektierte Lernprozesse anstoßen

Die Teilnehmenden haben übereinstimmend geäußert, dass ein Reflektieren ab dem zweiten Studien- bzw. Ausbildungsjahr möglich wird. Bevor reflektiert werden kann, gilt es zunächst, sich in den ersten Praxiserfahrungen mit dem Feld vertraut zu machen, indem die theoretisch erlernten Pflegehandlungen das erste Mal umgesetzt werden.

Voraussetzung für das Reflektieren der Pflegehandlungen ist, dass den Studierenden und Auszubildenden nahegebracht wird, dass diese Fähigkeit entscheidend für die Pflegequalität ist und damit erst ein personenzentriertes Pflegen möglich wird. Die praktische Ausbildung vermittelt dabei manchmal ein verzerrtes Bild im Hinblick auf die Prioritäten im Zuge dieses Pflegequalitätsverständnisses. Die Aufgabe der Lehrenden und Praxisanleitenden besteht daher in einer Korrektur in Bezug auf die zu setzenden Prioritäten. Eine Lehrende schilderte dies mit der folgenden Aussage:

Ich denke (Pause), das hat was damit zu tun, dass sie [Studierende und Auszubildende] gestresst sind und sie diese Zeit gern anders nutzen wollen würden und nicht unbedingt, (Pause) dass sie es [die Reflexion] als unnötig empfinden, aber so wird es ansatzweise zum Ausdruck gebracht (L₂:B₃₂, 287-292).

Daneben gilt es aber auch, die Lehrenden und Praxisanleitenden im Hinblick auf die Wichtigkeit von pflegerischen Reflexionsprozessen zu sensibilisieren. Dieses Reflektieren wurde von den Teilnehmenden unterschiedlich beschrieben. In diesem Zusammenhang wurden Begriffe wie Erkenntnis, Erfahrung, Reflexion oder Lernprozess gleichbedeutend verwendet.

Damit aber dieses Reflektieren als Vorgang des Lernprozesses bei den Studierenden und Auszubildenden angestoßen werden kann, bedarf es eines strukturierten und geplanten Vorgehens im Zuge der methodischen Umsetzung. Im Besonderen wurden dabei von den Teilnehmenden auch kreative Ansätze wie das Rollenspiel oder Malen thematisiert. Hierfür benötigen die Lehrenden und Praxisanleitenden kollegiale Beratung, Gesprächserfahrung, Fachwissen sowie eine einschlägige Weiterbildung.

Gleichzeitig muss der Lern- und Kompetenzerwerb im Zusammenhang einer personenzentrierten Pflegepraxis trotz dieser strukturierenden und rahmenden Elemente offen und selbstgesteuert bleiben. Eine Lehrende umschrieb diesen Bedarf folgendermaßen:

An die Hand nehmen (Pause), wenn sie [Studierende und Auszubildende] Unterstützung brauchen, aber ihnen wiederum den Freiraum lassen, damit sie selbst diese Kompetenzen kriegen, wo sie sich auch schon sicher fühlen, diese auch ausüben zu können und s e l b s t Neues lernen zu können. Es sollten aber Lernziele festgelegt werden, (Pause) damit es was zum Orientieren gibt (L₁:B₂₅, 244-249).

Mit dieser Darstellung von Reflexionsprozessen in Bezug auf eine personenzentrierte Pflegekompetenz bei Studierenden und Auszubildenden schließt auch die Ergebnisdarstellung des empirischen Teils dieser Studie in Bezug auf die Beschreibung einer personenzentrierten Pflege aus der Sicht von Studierenden und Auszubildenden, Praxisanleitenden und Lehrenden der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe.

Im Zuge des folgenden Kapitels sollen basierend auf diesen Erkenntnissen Lernergebnisse für eine personenzentrierte Pflegekompetenz von Studierenden und Auszubildenden abgeleitet werden.

5.2 LERNERGEBNISSE EINER PERSONENZENTRIERTEN PFLEGEKOMPETENZ

Im Zuge der Tabelle 16 wird abgebildet, welche Lernergebnisse den Erwerb einer personenzentrierten Pflegekompetenz von Studierenden und Auszubildenden in den Gesundheits- und Krankenpflegeberufen leiten. Sie dienen als Orientierungsrahmen für die Lehrenden und Praxisanleitenden, um den dahingehenden Kompetenzerwerb transparent, überprüfbar und planbar zu machen.

Die im Vorkapitel dargelegten kennzeichnenden Eigenschaften eines personenzentrierten Pflegens stellen dabei gleichzeitig auch die Indikatoren einer personenzentrierten Pflegekompetenz von Studierenden und Auszubildenden dar.

Tabelle 15:

Lernergebnisse einer personenzentrierten Pflegekompetenz

Kennzeichnende Eigenschaft	Abgeleitetes Lernergebnis
Selbstwirksamkeitserleben	Die Absolvent*innen entwickeln im Zuge der pflegerischen Tätigkeit ein Selbstwirksamkeitserleben und können durch das Erkennen und das Annehmen von positiver Bestärkung Stolz und Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und Fertigkeiten aufbauen.
Zwischenmenschliche Achtsamkeit haben	Die Absolvent*innen generieren eine Form von zwischenmenschlicher Achtsamkeit in Bezug auf alle im Pflege- und Betreuungsverhältnis involvierten Personen, indem sie zunächst das Wirken ihrer eigenen Person auf die Pflege und Betreuung verstehen und in der Folge die Wirkung der anderen beteiligten Personen analysierend reflektieren, um daraus erwachsende Bedürfnis-, Bedarfs- sowie Handlungsbereiche vorausschauend, ganzheitlich und nachhaltig adressieren zu können.
Grenzen verstehen	Die Absolvent*innen verstehen Grenzbereiche im Zuge des pflegerischen Handelns, indem sie die eigenen und persönlichen Grenzen definieren und daraus Konsequenzen für die Pflege und Betreuung ableiten. Die Absolvent*innen beurteilen die aus dem pflegerischen Betreuungsverhältnis entstehenden interaktionellen Grenzbereiche in Bezug auf professionelle Nähe und Distanz, indem sie unter Rückbezug auf ihr vorhandenes Erfahrungs- und Wissensrepertoire ein für sie adäquates Ausmaß von Nähe und Distanz festlegen und zudem passende Verhaltensstrategien ableiten. Die Absolvent*innen definieren Grenzbereiche im Zuge des pflegerischen Handelns, die aufgrund der kontextuellen Rahmenbedingungen entstehen, und können darauf basierend Handlungsprioritäten ableiten, um eine Pflege zu realisieren, mit der sich alle im Betreuungsverhältnis beteiligten Personen identifizieren können.
Pflegebeziehungen professionell leben	Die Absolvent*innen gestalten auf prozesshafte Art und Weise professionelle Pflegebeziehungen, vom Beginn bis zur Auflösung, indem durch ein geteiltes Verantwortungsbewusstsein zwischen Pflegeperson und versorgtem Menschen ein professionelles Verbundensein in Pflege und Betreuung geschaffen wird. Die Absolvent*innen reflektieren analysierend das aufgrund des Betreuungsverhältnisses entstehende Machtverhältnis zwischen sich und der gepflegten Person und können, neben dem Ausgleichen von möglichen

	Wissensdefiziten, ein für den versorgten Menschen bzw. dessen An- und Zugehörige passendes Ausmaß an Autonomie übertragen, um gemeinsam nachhaltige Entscheidungen in Pflege und Betreuung zu treffen.
Einnehmen einer Haltung	Die Absolvent*innen entwickeln im Zuge der Pflege und Betreuung eine normative Haltung, die auf der Inkorporation einer referenzierenden personenzentrierten Kultur basiert und damit die Etablierung eines eigenen Wertesystems und den damit in Verbindung stehenden Überzeugungen führt.
Reflektiertes Pflegehandeln umsetzen	Die Absolvent*innen setzen ein reflektiertes pflegerisches Handeln um und sind befähigt, durch kritisches Hinterfragen und die Anwendung von Reflexionswerkzeugen auf pflegerische Anforderungen und Herausforderungen vorausschauend, ganzheitlich und nachhaltig reagieren zu können.

Anmerkung: Eigene Darstellung

Mit dieser Darstellung endet im Zuge dieses Kapitels die Ergebnisdarstellung für die vorliegende Studie. Im Rahmen des nächsten Kapitels gilt es die damit erhobenen Erkenntnisse unter Rückbezug auf den Problemaufriss, den Forschungsstand und des theoretischen Rahmens zu diskutieren.

6 DISKUSSION

Im Zuge dieser Studie wurden die kennzeichnenden Eigenschaften eines personenzentrierten Pfliegens von Studierenden und Auszubildenden durch die Beschreibungen von Lehrenden, Praxisanleitenden sowie der Studierenden und Auszubildenden selbst erhoben. Daraus erfolgte die Ableitung von Lernergebnissen einer innerhalb von Studium und Ausbildung vermittelten personenzentrierten Pflegekompetenz.

Im Rahmen dieses Kapitels gilt es, die erhobenen Ergebnisse des empirischen Teils dieser Studie unter Rückbezug auf die Problemdarstellung, den aktuellen Forschungsstand sowie den theoretischen Rahmen zu diskutieren. Außerdem werden potenziell limitierende Aspekte der Studie beleuchtet, um abschließend neben einer Schlussfolgerung auch Implikationen für die weitere Lehre, Lehrpraxis und Forschung darzulegen.

6.1 EIGENSCHAFTEN EINER PERSONENZENTRIERTEN PFLEGEKOMPETENZ UND DEREN BEDEUTUNG

In dieser Studie konnten sechs kennzeichnende Eigenschaften für eine personenzentrierte Pflegekompetenz durch die Studierenden und Auszubildenden der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe unterschieden werden. Diese lassen sich mit dem zugrundeliegenden theoretischen Rahmen, dem *Person-Centred Practice Framework* nach McCormack und McCance (2017a), in Verbindung bringen. Jedoch sind im Vergleich zu diesem und der daraus entstehenden personenzentrierten Pflegepraxis Unterschiede feststellen, was den Ablauf- und Entwicklungsprozess hin zu einer personenzentrierten Pflegekompetenz von Studierenden und Auszubildenden angeht.

Die erste kennzeichnende Eigenschaft einer personenzentrierten Pflegekompetenz ist das *Selbstwirksamkeitserleben*. Die Studierenden und Auszubildenden empfinden dabei die pflegerische Tätigkeit als sinnstiftend bzw. sich selbst als Pflegeperson nützlich. Im Zuge des Entwicklungsprozesses hin zu einer personenzentrierten Pflegekompetenz gilt es, die Studierenden und Auszubildenden durch die Lehrenden und Praxisanleitenden positiv zu bestärken. Damit erhalten sie Ressourcen, um mit Frustrationspotenzialen umzugehen, die aufgrund der Lernsituation und im Rahmen der pflegerischen Versorgung entstehen. Das Ergebnis dieses Prozesses ist ein Empfinden von Stolz und ein Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten

Bezogen auf den *Person-Centred Practice Framework* kann dieses Selbstwirksamkeitserleben zunächst mit der Dimension der personenbezogenen Voraussetzungen in Verbindung gebracht werden. In diesem Zusammenhang wären im Besonderen die berufliche Kompetenz zu erwähnen, die durch das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten entsteht. Als weitere personenbezogene Voraussetzung können der Einsatz und die Bemühtheit in der pflegerischen Tätigkeit erwähnt werden. Diese sind als identitätsstiftend und als voraussetzend für einen Berufsstolz zu verstehen. Des Weiteren stellt das in dieser Studie aufgezeigte Selbstwirksamkeitserleben im Kern ein personenzentriertes Outcome im Verständnis nach McCormack und McCance (2017a) dar, da es als eine positive Erfahrung im Zuge der Pflege und Betreuung gewertet werden kann.

Zudem lässt sich das in der Studie aufgezeigte Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten mit den identifizierten Attributen einer personenzentrierten Pflegekompetenz nach Park und Choi (2020) in Verbindung bringen, denn die Autor*innen sehen dies als einen korrelierenden Faktor für die beruflich-professionelle Kompetenz von Pflegenden.

Die nächste in dieser Studie ausgewiesene kennzeichnende Eigenschaft einer personenzentrierten Pflegekompetenz besteht in der *zwischenmenschlichen Achtsamkeit*. Durch diese Eigenschaft wird die Grundlage für persönliche Reflexionsprozesse geschaffen. Diese Form der Achtsamkeit steht in Verbindung mit den von McCormack (2004) postulierten Modi des Personseins. Zudem kann sie als das Pendant zur in der Dimension der personenbezogenen Voraussetzungen abgebildeten Eigenwahrnehmung und Selbstkenntnis im Zuge des *Person-Centred Practice Framework* betrachtet werden. Durch diese Form der Achtsamkeit wird anderen Menschen Respekt und Wertschätzung entgegengebracht. Auch Morgan und Yoder (2012) sehen diese Merkmale als charakteristisch für eine Personenzentrierung an.

Als weitere kennzeichnende Eigenschaft einer personenzentrierten Pflegekompetenz wird das *Verstehen von Grenzen* angeführt. Das Aufzeigen und Verstehen von diesen ist auch insofern von Wichtigkeit, da die pflegerischen Herausforderungen der Zukunft komplexer und herausfordernder werden. Neben der Überalterung der Gesellschaft und der damit in Verbindung stehenden erhöhten Gesundheits- und Pflegebedarfe sind auch neuere Phänomene und Veränderungen zu erwähnen, wie beispielsweise der assistierte Suizid. Diese Umstände machen im Aufzeigen von Grenzen situative Veränderungs- und

Anpassungsprozesse der Pflegepersonen nötig, die durch eine personenzentrierte Pflegekompetenz unterstützt werden können.

Grenzbereiche des pflegerischen Handelns entstehen jedoch nicht nur innerhalb der Interaktion zwischen Pflegeperson und dem versorgten Menschen, sondern werden auch durch den Kontext determiniert, in dem diese Pflegesituationen stattfinden. Hier ist es für die angehenden Pflegepersonen von Wichtigkeit, die Grenzen des Machbaren zu verstehen, um durch eine personenzentrierte Pflegekompetenz Prioritäten auf eine nachhaltige Art und Weise festlegen zu können, damit die ganzheitliche Versorgung des einzelnen Individuums wie auch der anderen versorgten Personen sichergestellt wird.

Durch diese Studie konnte außerdem festgestellt werden, dass aufgrund eines reflektierten Wahrnehmens von Grenzen ein gegenseitiges Verständnis zwischen Pflegeperson und versorgtem Menschen möglich wird. Damit können Vorurteile und Klischees für eine verbesserte kultursensible Pflege beseitigt werden. Außerdem lassen sich Situationen von sexueller Übergriffigkeit sowie Gewalt- und Aggressionspotenziale vorbeugen, da frühzeitig Grenzen durch die Pflegeperson demonstriert wurden.

In Bezug auf den *Person-Centred Practice Framework* lässt sich das Verstehen von Grenzen mit den in der Dimension der personenbezogenen Voraussetzung enthaltenen interpersonellen Fähigkeiten und Fertigkeiten der Pflegeperson in Verbindung bringen. Hier wird durch gelingende verbale und nonverbale Interaktion zwischen Pflegeperson und dem versorgten Menschen ein umsichtiges Wahrnehmen von Bedürfnisbereichen und ein Aufzeigen von Lösungsstrategien ermöglicht. Außerdem lässt sich durch das Aufzeigen von Grenzen das Wohlbefinden der Pflegeperson und des versorgten Menschen auf nachhaltige Art und Weise verbessern, da keine falschen Hoffnungen oder Erwartungen erzeugt werden.

Zudem finden die in dieser Studie angeführten beeinflussenden kontextuellen Rahmenbedingungen im Zuge des Verstehens von Grenzen auch im *Person-Centred Practice Framework* als Umgebungsfaktoren im Rahmen der räumlich-strukturellen Umgebung der Organisation Berücksichtigung.

Dieses Verstehen von Grenzen sowie die zuvor beschriebene zwischenmenschliche Achtsamkeit können als Voraussetzungen dafür angesehen werden, dass *Pflegebeziehungen professionell gelebt* werden können, was die nächste kennzeichnende Eigenschaft einer personenzentrierten Pflegekompetenz darstellt. Die interaktionelle Begegnung zwischen

Pflegeperson und versorgten Menschen besteht aus einem professionellem Verbundensein und dem gemeinsamen Treffen von Entscheidungen im Zuge der pflegerischen Betreuung.

Im *Person-Centred Practice Framework* lässt sich diese kennzeichnende Eigenschaft zunächst mit der Dimension der personenbezogenen Prozesse in Verbindung bringen. Dabei ist im Besonderen die interpersonelle Verbundenheit als Strategie zur Steigerung von Authentizität während Pflege und Betreuung zu erwähnen.

Durch die aktive Einbeziehung der versorgten Menschen in die für sie betreffenden Entscheidungsfindungsprozesse werden zudem die personenzentrierten Outcomes im Rahmen des *Person-Centred Practice Framework* adressiert. Im Besonderen betrifft das die dort angeführten partizipativen Entscheidungsfindungen und das durch die personenzentrierte Pflegepraxis ermöglichte gegenseitige Erleben von Wohlbefinden. In diesem Verständnis betonen auch Morgan und Yoder (2012), dass es durch den gezielten Einsatz von Personenzentrierung in der Pflege zu einer Form des Empowerments der versorgten Menschen kommt.

Außerdem lässt sich das im Rahmen dieser Studie aufgezeigte professionelle Verbundensein, das als Voraussetzung für das gemeinsame Treffen von Entscheidungen gesehen werden kann, mit dem von Park und Choi (2020) beschriebenen Phänomen eines tiefen gegenseitigen Verständnisses im Zuge von Personenzentrierung in Verbindung bringen.

Eine weitere kennzeichnende Eigenschaft der personenzentrierten Pflegekompetenz besteht im *Einnehmen einer Haltung*. Um dies zu erreichen, ist es für die Studierenden und Auszubildenden notwendig, dass sie sich einerseits auf eine referenzierende Kultur einlassen können und andererseits auf deren Basis eigene Werte und Überzeugungen aufbauen, die ihnen einen leitenden Orientierungsrahmen für eine personenzentrierte Pflegepraxis zur Verfügung stellen. Aufgrund dieses Umstandes repräsentiert eine personenzentrierte Haltung auch eine integrale Eigenschaft der personenzentrierten Pflegekompetenz.

McCormack und McCance (2017a) sehen die Haltung im Zuge des *Person-Centred Practice Framework* als eine zwingende Voraussetzung für eine gelingende personenzentrierte Pflegepraxis an. Sie verstehen diese Eigenschaft als eine personenbezogene Voraussetzung, da die Pflegepersonen über Klarheit in Bezug auf die eigenen Überzeugungen und Werte verfügen muss. Ähnlich sind auch Ahn und Kim (2021) der Ansicht, dass Werte und Prinzipien Voraussetzung für die Herausbildung einer personenzentrierten Kompetenz sind.

Hierbei ist zu erwähnen, dass sich Werte und Prinzipien und die damit in Verbindung stehende Haltung nicht standardisiert als eine umschriebene Kompetenz definieren lassen. Sie sind das Ergebnis eines individuellen Entwicklungsprozesses und stehen in Abhängigkeit der Volition, der intrinsischen Motivation und des vorhandenen Erfahrungshorizontes der angehenden Pflegeperson. In diesem Zusammenhang betonen Cronin und Ojo (2021) sowie McCormack und McCance (2017a) die Wichtigkeit, dass Personenzentrierung auch auf organisationaler Ebene im Rahmen einer referenzierenden Kultur gelebt wird, um somit durch die berufliche Sozialisation und Praxis die Herausbildung von einschlägigen Werten und Überzeugungen zu unterstützen.

Bei der sechsten und letzten kennzeichnenden Eigenschaft einer personenzentrierten Pflegekompetenz handelt es sich um die Fähigkeit, ein *reflektiertes Pflegehandeln umzusetzen*. Ein kritisches Hinterfragen führt zu einem Lern-, Erfahrungs- und Erkenntnisprozess, der die Studierenden und Auszubildenden dazu befähigt, über sich, die versorgte Person und die Pflegehandlung zu reflektieren, um eine ganzheitliche sowie nachhaltige pflegerische Versorgung sicherzustellen.

Bezogen auf den *Person-Centred Practice Framework* kann das reflektierte Pflegehandeln mit den in der Dimension der personenzentrierten Prozesse angesiedelten Aspekten in Bezug auf die Bereitstellung einer ganzheitlichen Pflege und Betreuung sowie dem empathisch-achtsamen Auftreten der Pflegeperson assoziiert werden. Diesen Umstand im Zusammenhang der Ganzheitlichkeit beschreiben auch Morgan und Yoder (2012) als definierendes Merkmal von Personenzentrierung.

Damit endet die Diskussion der kennzeichnenden Eigenschaften einer im Studium und Ausbildung erworbenen personenzentrierten Pflegekompetenz. Damit die hierfür notwendigen Reflexionsprozesse pädagogisch und didaktisch sinnvoll vermittelt werden können, gilt es, die damit in Verbindung stehenden Lehr- und Lernprozesse im Zuge des folgenden Kapitels unter Rückgriff auf die theoretischen Vorannahmen abschließend zu diskutieren.

6.2 DIE PERSONENZENTRIERTE PFLEGEKOMPETENZ AUS PÄDAGOGISCH-DIDAKTISCHER SICHT

Auf Grundlage der sechs kennzeichnenden Eigenschaften einer personenzentrierten Pflegekompetenz von Studierenden und Auszubildenden der Gesundheits- und

Krankenpflegeberufe lassen sich neun Lernergebnisse für deren praktische Ausbildung und den damit in Verbindung stehenden Lehrveranstaltungen, wie beispielsweise die Einführung und Reflexion von Praktika, ableiten. Die diesbezüglichen Ergebnisse gilt es im folgenden Teil der Studie unter Rückbezug auf den bildungstheoretischen Rahmen zu diskutieren.

Werden die theoretischen Annahmen nach Wygotski (1964) auf den Prozess zum personenzentrierten Kompetenzerwerb übertragen, so kann das Folgende geschlussfolgert werden: Eine personenzentrierte Kultur gibt eine bestimmte Art und Weise vor, wie innerhalb eines Kulturbereiches, zum Beispiel einer Krankenstation oder der Ausbildungsinstitution, gedacht wird und wie das erwünschte Verhalten dort zu sein hat. Sie stellt also den Rahmen für die in der Theorie angeführten *soziokulturellen Funktionen* dar. Außerdem ist zu betonen, dass die in der Theorie postulierten *biologischen Funktionen* der Studierenden und Auszubildenden zum Zeitpunkt eines Studiums oder einer Pflegeausbildung als abgeschlossen angesehen werden. Wird das Lernsubjekt in eine personenzentrierte Kultur eingebunden, so werden die Denk- und Verhaltensweisen, die es dort kennenlernt, übernommen und als die eigenen verinnerlicht. Das Werkzeug, mit dessen Hilfe die Übertragung von der sozialen Ebene auf die intrapsychische Ebene stattfindet, ist die zwischenmenschliche Interaktion zwischen dem Lernsubjekt und den anderen Personen innerhalb des definierten Kulturbereichs.

Der hierfür notwendige Kompetenzerwerb findet nach Wygotski (1964) durch *Beherrschung* und *Bewusstwerdung* statt. Durch die beherrschte Umsetzung von Denkwerkzeugen kommt es zur Bewusstwerdung, die in weiterer Folge einerseits den Erwerb einer personenzentrierten Pflegekompetenz ermöglicht und andererseits das diesbezügliche Reflektieren gewährleistet. Als primäres Denkwerkzeug hierfür wird durch Wygotski (1964) die Sprache angeführt. Auch in der vorliegenden Studie wurde der Sprache bzw. dem Sprachjargon eine grundlegende Bedeutung in der Entwicklung einer personenzentrierten Pflegekompetenz bei den Studierenden und Auszubildenden zugesprochen.

Es sind aber auch andere in der Literatur diskutierte methodische Ansätze anzuführen, die den reflexiven Entwicklungs- und Lernprozess einer personenzentrierten Pflegekompetenz unterstützen. Als Beispiele sind hier die von Mayer et al. (2021) zusammengefassten Instrumente des *aktiven Lernens*, des *reflexiven Lernens*, des *handlungsorientierten Lernens* sowie der *Critical Creativity* zu erwähnen. Auch in dieser Studie wurden in diesem Zusammenhang vergleichbare methodische Zugänge angemerkt, die den Kompetenz- und Wissenserwerb im Sinne der oben angeführten methodischen Denkwerkzeuge unterstützen.

Exemplarisch ist hier das Führen eines Erfahrungstagebuches oder die Durchführung von reflexiven Rollenspielen durch die Studierenden und Auszubildenden anzuführen.

Außerdem kann durch die Studienergebnisse abgeleitet werden, dass die Pflegeausbildungen einer generellen humanistischen Rückbesinnung in ihrer Grundausrichtung bedürfen, was auch Niederschlag in der methodisch-didaktischen Umsetzung des Unterrichtes bzw. der Wissensvermittlung haben sollte. Dieser Aspekt deckt sich auch mit der Einschätzung von Kleiman (2007), die ein humanistisches Lehrmodell in ihrer Abhandlung vorschlägt. Durch die Entwicklung eines imperativen Humanismus soll der personenzentrierte Kompetenzerwerb unterstützt werden.

In diesem Zusammenhang gilt es auch, die Rolle der Lehrenden und Praxisanleitenden im Rahmen dieser Lern- und Reflexionsprozesse zu hinterfragen. Sie begleiten die Studierenden und Auszubildenden während dieses Prozesses und sind für deren Führung verantwortlich. Im theoretischen Verständnis von Wygotski (1964) unterstützen sie die Studierenden und Auszubildenden im Erkennen und in der Selbsteinschätzung in Bezug auf deren vorhandene Kompetenzen. Gleichzeitig gilt es, ihnen die nächsten Entwicklungsschritte aufzuzeigen. Nur durch das kontrollierte Heranführen an bildungsbezogene Grenzen und das Motivieren und Bestärken, wenn Frustrationsmomente auftreten, kann ein Lern- um Kompetenzzuwachs erfolgen, was auch in den Erkenntnissen dieser Studie Bestätigung findet.

Damit wird aber im theoretischen Verständnis von Wygotski (1964) auch eine vordefinierte Rollenaufteilung zwischen den Studierenden oder Auszubildenden und der Lehrperson tragend. Demgegenüber vertreten O'Donnell et al. (2017) die Auffassung, dass der Prozess in Anlehnung an die pädagogische Philosophie von Freire (1972, zit. n. O'Donnell et al., 2017) einer flachen Hierarchie, kollaborativen Lernens und eines dialogischen Prozesses bedarf. Die Lehrperson soll in diesem Verständnis eher die Rolle einer coachenden als einer belehrenden Person einnehmen.

Auf Basis dieser Überlegungen ist für die Lehrenden in den institutionellen Ausbildungseinrichtungen die Position von Wygotski (1964) zu empfehlen, um keine Rollenkonflikte zu provozieren. Zudem ist der Kompetenzerwerb der Studierenden und Auszubildenden durch die soziokulturelle Theorie nach Wygotski (1964) transparenter und nachvollziehbarer dargestellt, was die Lehrenden zusätzlich unterstützt.

Demgegenüber hat die Position von Freire (1972, zit. n. O'Donnell et al., 2017) im beruflichen Rollenverständnis von Praxisanleitenden Relevanz. Aufgrund der flachen Hierarchie und der Offenheit durch den dialogischen Prozess im Zuge der Praxisanleitungssituation wird der Inkorporationsprozess durch die personenzentrierte Kultur gefördert und unterstützt.

Für beide theoretischen Positionen ist aber unter Rückbezug auf die Ergebnisse dieser Studie festzustellen, dass die verwendete Sprache sowohl von den Lehrenden wie auch den Praxisanleitenden befähigend und bestärkend sein muss. Ein ausschließlich defizitärer oder autoritärer Sprachgebrauch ist nicht lernförderlich. Mit der positiven Besetzung des Denkwerkzeuges Sprache erfolgt gleichzeitig auch eine vorteilhafte operante Konditionierung der Studierenden und Auszubildenden, die außerdem zu der erwünschten Verhaltensänderung hin zur personenzentrierten Pflegepraxis führt. Dieser Umstand steht im Zusammenhang mit der in dieser Studie aufgezeigten kennzeichnenden Eigenschaft des Selbstwirksamkeitserlebens.

Abschließend ist noch die Rolle der Lernsubjekte, also der Studierenden und Auszubildenden, im Zusammenhang mit den theoretischen Annahmen nach Wygotski (1964) zu betrachten. Durch konstruktivistische Lernprozesse werden diese im Verständnis dieser Theorie in der Entwicklung ihrer personenzentrierten Pflegekompetenz gefördert. Die Fähigkeit des Lernsubjekts, über sich selbst und seine Umwelt nachzudenken, entwickelt sich in diesem Verständnis nicht von selbst im Laufe der Zeit, sondern wird kulturell vermittelt. Hierzu dienen die Denkwerkzeuge, die ihm durch die Lehrenden und Praxisanleitenden zur Verfügung gestellt werden. Dieser Prozess ist aber unter Rückbezug auf die Ergebnisse dieser Studie abhängig von der Volition, der intrinsischen Motivation und dem Erfahrungshorizont des Lernsubjekts. Daher müssen diese beeinflussenden Aspekte durch die Lehrenden und Praxisanleitenden erhoben und analysiert werden, sodass Bedarfe zur Gegenregulation vorausschauend adressiert werden können und um in weiterer Folge den Lernprozess bestmöglich zu fördern.

Damit endet die Diskussion der Forschungsergebnisse unter Bezugnahme auf den Problemhintergrund, den Forschungsstand sowie den theoretischen Rahmen. Im folgenden Teil gilt es potenziell limitierende Aspekte dieser Studie aufzuzeigen und deren möglichen Einfluss auf die Studienergebnisse zu diskutieren.

6.3 LIMITATIONEN

In Bezug auf die Limitationen dieser Studie ist zunächst auf einen möglichen einschränkenden Aspekt hinzuweisen, der aus der Wahl des bildungstheoretischen Rahmens resultiert. Die soziokulturelle Entwicklungstheorie nach Wygotski (1964) eignet sich, um die Lern- und Reflexionsprozesse im Zuge des personenzentrierten Kompetenzerwerbs erklärend zu skizzieren. Trotz dieses Umstands muss aber bedacht werden, dass diese Theorie ursprünglich als entwicklungspsychologische Theorie postuliert wurde und den Spracherwerb von Kindern auf konstruktivistische Art und Weise abbildet. Dies bringt eine möglicherweise eingeschränkte Übertragbarkeit dieser Theorie auf die vorliegende Studie mit sich. Die Theorie wird aber auch in anderen Kontexten im Zuge der Erwachsenenbildung herangezogen, womit sie auch für dieses Forschungsvorhaben als geeignet angesehen werden kann. Außerdem wurde vorab festgelegt, dass die in der Theorie als biologische Reifung postulierte Eigenschaft bei den Studierenden und Auszubildenden als abgeschlossen angesehen wird. Die von Wygotski (1964) als Denkwerkzeuge definierten Instrumente wurden zudem um die derzeit diskutierten methodischen Ansätze zur Förderung von reflexiven Lernprozessen im Zuge der Personenzentrierung erweitert. Aufgrund dieser angeführten Berücksichtigungen kann die soziokulturelle Entwicklungstheorie als ein gehaltvoller und bereichernder Beitrag für den Erkenntnisgewinn dieser Studie und die personenzentrierte Forschung angesehen werden.

Als nächstes gilt es, auf Aspekte der befragten Personen und das zugrunde liegende Forschungsinteresse dieser Studie und die daraus erwachsenden Einschränkungen einzugehen. Für die beschreibende Abbildung von personenzentrierten Pflegeerfahrungen wurden sowohl Lehrende und Praxisanleitende als auch die Studierenden und Auszubildenden selbst in den Fokusgruppenbefragungen eingeschlossen. Ob alle Befragten gleichsam zu einem Erkenntnisgewinn beitragen konnten, muss kritisch geprüft werden. Im Besonderen ist der Expert*innenstatus der Studierenden und Auszubildenden zu hinterfragen. Dieser Status wurde angenommen, da sich diese mindestens im zweiten Jahr ihres Studiums oder ihrer Ausbildung befinden und aufgrund dieses Umstands davon ausgegangen werden kann, dass die dahingehenden Reflexionsprozesse zumindest in Teilen eingesetzt haben, was eine Beschreibung ihrer Erfahrungen ermöglicht. Ein Vergleich der einzelnen Fokusgruppen zeigt aber, dass die beiden Fokusgruppen der Studierenden und Auszubildenden nicht nur zeitlich kürzer waren, sondern auch das verwertbare Datenmaterial geringer ausgefallen ist. Trotz

dieses Umstands stellen aber die Beschreibungen der Studierenden und Auszubildenden einen bereichernden und wertvollen Beitrag zur vollumfänglichen Abbildung des Untersuchungsgegenstandes dar. Außerdem kann die vorliegende Studie durch die Teilnahme dieser Befragten als eine Form von partizipativer Forschung betrachtet werden.

Eine weitere Folge der Heterogenität der befragten Personen ist, dass keine abschließende Unterscheidung zwischen Lern-, Erkenntnis- oder Erfahrungsprozess festgelegt werden konnte. Diese Begriffe wurden zum Teil bedeutungsgleich von den Befragten verwendet. Lediglich der damit in Verbindung stehende Reflexionsprozess konnte von den anderen vorhin angeführten Begriffen deutlich unterschieden werden. Um für mehr begriffliche Strenge zu sorgen, sollte dieser Umstand in zukünftiger Forschung aufgegriffen werden.

6.4 SCHLUSSFOLGERUNG UND AUSBLICK

Die Lernprozesse in Bezug auf die Herausbildung einer personenzentrierten Pflegekompetenz führen bei den Studierenden und Auszubildenden der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe nicht ausschließlich zu einem quantitativen Wissenszuwachs, sondern auch zu qualitativen Verhaltensänderungen durch neue Denk- und Auffassungsmöglichkeiten in der pflegerischen Versorgung.

Die in dieser Studie identifizierten kennzeichnenden Eigenschaften einer personenzentrierten Pflegekompetenz erlauben die Ableitung von Lernergebnissen und ermöglichen es, den Lehrenden und Praxisanleitenden, die praktische Ausbildung und die Lehrveranstaltungsbezogenen Einführungs- und Reflexionsprozesse transparent, nachvollziehbar und planbar zu gestalten. Daher können Lernergebnisse auch als ein Beitrag im internationalen Diskurs zur institutionellen Verankerung von Personenzentrierung in den Curricula von Pflegeausbildungen gewertet werden.

Die personenzentrierte Pflegekompetenz fördert die interaktionelle Begegnung innerhalb der pflegerischen Versorgung. Im Zuge des Aufeinandertreffens zwischen Pflegepersonen und versorgten Menschen bzw. deren An- und Zugehörigen wird damit ein ganzheitlicher Versorgungsprozess in Verbindung mit einer gegenseitigen Wertschätzung angeregt. Mit einer personenzentrierten Pflegekompetenz werden die Studierenden und Auszubildenden zu einem reflektierten Pflegehandeln befähigt. Im Zuge dessen gilt es sie im Aufbau einer vorausgesetzten personenzentrierten Haltung zu bestärken, damit sie einen normativen

Orientierungsrahmen für ihr pflegerisches Handeln erlangen. Die Grundlage hierfür stellt eine stabile professionelle Pflegebeziehung dar. Dieses professionelle Verbundensein ermöglicht es, den Genesungs- und Pflegeprozess durch gegenseitige Ehrlichkeit, Respekt und Wertschätzung bestmöglich zu begleiten. Zudem wird damit eine der Pflegesituation angemessene Autonomieübertragung gewährleistet, indem im Zuge der pflegerischen Versorgung gemeinsam Entscheidungen getroffen werden. Das Ergebnis ist ein Pflegeerleben, mit dem sich die angehende Pflegeperson, der versorgte Mensch sowie dessen An- und Zugehörige identifizieren können.

Als Voraussetzungen einer solchen personenzentrierten Pflegekompetenz von Studierenden und Auszubildenden sind das Verstehen von Grenzen, eine zwischenmenschliche Achtsamkeit und ein Selbstwirksamkeitserleben zu nennen. Die damit in Verbindung stehenden Lern- und Reflexionsprozesse führen dazu, dass die Studierenden und Auszubildenden mit der notwendigen Volition und intrinsischen Motivation ausgestattet werden, um ihren persönlichen Entwicklungsprozess hin zu kompetenten Anwender*innen einer personenzentrierten Pflegepraxis voranzutreiben. Die Lehrenden und Praxisanleitenden wirken in diesem Prozess befähigend sowie bestärkend und nehmen die Rolle von Vorbildern ein bzw. etablieren die dafür notwendige personenzentrierte Lernkultur.

Aus den Erkenntnissen dieser Studie kann somit zusammenfassend geschlussfolgert werden, dass die Förderung einer personenzentrierten Pflegekompetenz bei den Studierenden und Auszubildenden nicht nur zu einer verbesserten personenzentrierten Versorgungspraxis führt, sondern auch einen entscheidenden Beitrag zur beruflichen Zufriedenheit der angehenden Pflegepersonen leistet. Dies beugt zum einen Studien- oder Ausbildungsabbrüche vor und kann zum anderen später die Personalfuktuation und das Burnout- oder Erschöpfungserleben verringern. Außerdem entstehen durch diesen Ansatz sichere Arbeitsplätze, da Gewalt- und Aggression vorgebeugt werden kann. Darüber hinaus hat das damit in Verbindung stehende Zufriedenheitserleben einen identitätsstiftenden Charakter und fördert den Berufsstolz sowie das berufliche Selbstverständnis der angehenden Pflegepersonen, was langfristig den Berufsstand selbst bestärkt.

Der Fokus dieser Untersuchung lag zwar auf den Gesundheits- und Krankenpflegeberufen, dennoch sind die Ergebnisse dieser Studie auch auf die Ausbildungen anderer Berufsgruppen im Gesundheits- und Sozialbereich übertragbar. Dies betrifft insbesondere Ausbildungen in den Sozial- und Betreuungsberufen, das Medizinstudium, medizinisch-technische

Studiengänge und das Studium der Sozialen Arbeit. Aufgrund seiner Nähe zum Profil von Pflegeausbildungen ist hier zudem insbesondere das Hebammenstudium hervorzuheben.

In Bezug auf die unmittelbare Lehrpraxis in den Gesundheits- und Krankenpflegeberufen ist außerdem zu erwähnen, dass sich die Lehrenden und die Praxisanleitenden über ihre Wichtigkeit als Vorbilder bewusst sein müssen. Zudem sollten sie ihre professionelle Rolle reflektieren. In der Literatur wird darauf hingewiesen, dass bereits praktizierende Pflegepersonen in ihrem Entwicklungsprozess einer personenzentrierten Pflegepraxis durch einschlägige Coaches unterstützt werden sollten. Diese Coaches und ihr Tätigkeitsverständnis haben vor allem für Praxisanleitende Relevanz. Lehrende müssen sich in diesem Zusammenhang in Bezug auf mögliche Spannungs- oder Reibungspotenziale vorausschauend reflektieren und ihre Rolle auf ein für sie passendes Profil hin anpassen.

Ferner tragen aber sowohl Praxisanleitende und Lehrende Sorge dafür, dass eine personenzentrierte Lernkultur hergestellt werden kann, um einen personenzentrierten Kompetenzerwerb zu unterstützen. In diesem Zusammenhang müssen aber neben den kontextuellen Bedingungen auch die hierfür notwendigen Denkwerkzeuge vermittelt werden und die Studierenden und Auszubildenden müssen zu deren Anwendung befähigt werden. Die Theorie zur soziokulturellen Entwicklung nach Wygotski (1964) stellt hierfür einen Orientierungsrahmen zur Verfügung. Sie hat sowohl strukturierende, erklärende und beschreibende Funktion, da mit ihrer Hilfe die Lernergebnisse für eine personenzentrierte Pflegekompetenz durch einen elaborierten lerntheoretischen Ansatz gerahmt werden. Außerdem unterstützt die Theorie die Lehrenden und Praxisanleitenden im Zuge der didaktisch-methodischen Umsetzung durch die Vorgabe von Denkwerkzeugen zur Bewusstwerdung von Personenzentrierung. Weitere Forschung sollte aber die Zusammenhänge zwischen diesem bildungstheoretischen Rahmen und den derzeit in Anwendung stehenden lerntheoretischen Vermittlungsansätzen für eine personenzentrierte Pflegepraxis näher untersuchen, um ein gegenseitig vorteilhaftes Bedingen von diesen im Aufbau einer personenzentrierten Kompetenz zu unterstützen.

Damit die Lehrenden und Praxisanleitenden die diesbezüglichen Lernprozesse unterstützend begleiten können, bedarf es zudem einschlägiger Fort- und Weiterbildungen. Zudem müssen sie durch Supervision oder gezielte kollegiale Beratung weiter in ihrer Praxis bestärkt werden. Vor allem bei den Einschulungskonzepten von neuen Lehrer*innen für Gesundheits- und Krankenpflege sollten die Ergebnisse dieser Studie Berücksichtigung finden. Zudem gilt es, die

Effektivität der methodisch-didaktischen Umsetzung durch Mittel der Qualitätssicherung in der Lehre im Zuge eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses zu optimieren.

Die in dieser Studie festgelegten Lernergebnisse selbst können zudem als ein Orientierungsrahmen auf modularer Ebene für die gesamte praktische Ausbildung angesehen werden. Das schließt die Praktika sowie deren zugehörigen Lehrveranstaltungen in Form von Einführung, Reflexion und Supervision mit ein. Die einzelnen praktischen Fachbereiche, beispielsweise die Langzeitpflege oder Psychiatriepflege, könnten unter Rückbezug auf die personenzentrierte Pflegekompetenz und deren zu erreichende Lernergebnisse noch weiter spezifiziert und differenziert werden.

In Bezug auf die weitere Forschung gilt es außerdem zu hinterfragen, welche Verbindungen, Einflüsse oder Anknüpfungspunkte es zu bereits in Umsetzung befindlichen konzeptionellen Ansätzen für eine verbesserte personenzentrierte Pflegepraxis und den Ergebnissen dieser Studie gibt.

Außerdem sollte auch untersucht werden, inwiefern die durch diese Studie definierten Lernergebnisse einer personenzentrierten Pflegekompetenz auf andere Lehrveranstaltungen in den Studiengängen und Ausbildungen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe übertragbar sind. Als Beispiele sind hier ethische Fallbesprechungen oder Fallstudien zu erwähnen.

Zudem könnten die kennzeichnenden Eigenschaften einer personenzentrierten Pflegekompetenz zur Erstellung von psychometrischen Test- und Assessmentinstrumenten genutzt werden, um den Untersuchungsgegenstand auch mit quantitativen Folgestudien breiter zu betrachten bzw. den dahingehenden Lernprozess messbar zu machen.

7 LITERATURVERZEICHNIS

- Ahn, J., & Kim, M. (2021). Influencing Factors on Person-Centered Care Competence among Nursing Students Experienced Clinical Training. *Medicina* 57(12), 1-8. <https://doi.org/10.3390/medicina57121295>
- Ananth, S., & Jonas, W. (2013). Patient-centeredness and caring in medical education. *Explore: The Journal of Science and Healing*, 2(9), 116-117. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2012.12.011>
- Barrs, M. (2021). *Vygotsky the Teacher: A Companion to His Psychology for Teachers and Other Practitioners*. Routledge.
- Brännström, M., & Boman, K. (2014). Effects of person-centred and integrated chronic heart failure and palliative home care. PREFER: a randomized controlled study. *European Journal of Heart Failure*, 16(10), 1142-1151. <https://doi.org/10.1002/ejhf.151>
- Brown, D., & Mountain, K. (2021). Knowing and becoming through reflexive learning. In B. McCormack, T. McCance, C. Bulley, D. Brown, A. McMillan, & S. Martin (Eds.), *Fundamentals of Person-centred Healthcare Practice* (pp. 279-287). John Wiley & Sons.
- Cronin, C., & Ojo, O. (2021, Aug 3). Nursing students' experiences of, and socialisation in, dementia care in the acute hospital setting. *Nursing Older People*, 33(4), 27-33. <https://doi.org/10.7748/nop.2021.e1312>
- Daniels, H. (2016). *Vygotsky and Pedagogy: Classic Edition* (2 ed.). Routledge. <https://doi.org/https://doi.org/10.4324/9781315617602>
- Den Ouden, H., & Rottlaender, E.-M. (2017). *Hochschuldidaktik in der Praxis: Lehrveranstaltungen planen: ein Workbook*. UTB.
- Dewing, J., & Lynch, J. (2021). Being an active learner In B. McCormack, T. McCance, C. Bulley, D. Brown, A. McMillan, & S. Martin (Eds.), *Fundamentals of Person-centred Healthcare Practice* (pp. 269-278). John Wiley & Sons.
- Dewing, J., & McCormack, B. (2017). Editorial: Tell me, how do you define person-centredness? *Journal of clinical nursing*, 26(17-18), 2509-2510. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jocn.13681>
- Edvardsson, D., Fetherstonhaugh, D., McAuliffe, L., Nay, R., & Chenco, C. (2011). Job satisfaction amongst aged care staff: exploring the influence of person-centered care provision. *International Psychogeriatrics*, 23(8), 1205-1212. <https://doi.org/10.1017/S1041610211000159>
- Flick, U. (2019). *Qualitative Sozialforschung : eine Einführung* (9. Auflage, Originalausgabe. ed.). Rowohlt's Taschenbuch Verlag.

- Flick, U., Kardorff, E. v., & Steinke, I. (2019). *Qualitative Forschung : ein Handbuch* (Originalausgabe, 13. Auflage. ed.). Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Fors, A., Ekman, I., Taft, C., Björkelund, C., Frid, K., Larsson, M. E., Thorn, J., Ulin, K., Wolf, A., & Swedberg, K. (2015). Person-centred care after acute coronary syndrome, from hospital to primary care—a randomised controlled trial. *International journal of cardiology*, 187, 693-699. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2015.03.336>
- Haugland, B. Ø., & Giske, T. (2016). Daring involvement and the importance of compulsory activities as first-year students learn person-centred care in nursing homes. *Nurse Education in Practice*, 21, 114-120. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2016.09.001>
- Hochschulrektorenkonferenz. (2013). Lernergebnisse praktisch formulieren *Nexus - Impulse für die Praxis 02-2013*, 1-8.
- Kleiman, S. (2007). Revitalizing the humanistic imperative in nursing education. *Nursing Education Perspectives*, 28(4), 209-213.
- Knudsen Oddvang, T. K., Loftfjell, A.-L. G., Brandt, L. M., & Sørensen, K. (2021). Nursing students' experience of learning ethical competence and person-centred care through simulation. *International Practice Development Journal*, 11(2), 1-13. <https://doi.org/10.19043/ipdj.112.007>
- Kruse, J. (2014). *Qualitative Interviewforschung* Beltz Juventa Verlag. .
- Kunter, M., & Trautwein, U. (2013). *Psychologie des Unterrichts*. Schöningh UTB.
- Leplege, A., Gzil, F., Cammelli, M., Lefevre, C., Pachoud, B., & Ville, I. (2007). Person-centredness: Conceptual and historical perspectives. *Disability and Rehabilitation*, 29(20-21), 1555-1565. <https://doi.org/10.1080/09638280701618661>
- Lood, Q., Sjögren, K., Bergland, Å., Lindkvist, M., Kirkevold, M., Sandman, P.-O., & Edvardsson, D. (2020, 2020/08/01). Effects of a staff education programme about person-centred care and promotion of thriving on relatives' satisfaction with quality of care in nursing homes: a multi-centre, non-equivalent controlled before-after trial. *BMC Geriatrics*, 20(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01677-7>
- Manely, K. (2017). An overview of practice developement In B. McCormack & T. McCance (Eds.), *Person-centred practice in nursing and health care: theory and practice* (pp. 133-149). John Wiley & Sons.
- Martin, C. M., & Félix-Bortolotti, M. (2014). Person-centred health care: a critical assessment of current and emerging research approaches. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 20(6), 1056-1064. <https://doi.org/10.1111/jep.12283>
- Mayer, H. (2019). *Pflegeforschung anwenden: Elemente und Basiswissen für das Studium* (5 ed.). Facultas Verlags-und Buchhandels AG.

- Mayer, H., Falkenstein, T., Köck-Hódi, S., & Wallner, M. (2021). *Mentoringkonzept - Personenzentrierte Praxis (PCP-Ment NÖ)*. U. Wien.
- Mayer, H., Wallner, M., Hildebrandt, M., & Köck-Hódi, S. (2019). *Rahmenkonzept zur Gestaltung Personenzentrierter Praxis in der Langzeitpflege (PeoPLe) – Hintergrund – Entstehung – Elemente*. U. Wien.
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (12 ed.). Beltz Verlag
- Mayring, P. (2016). *Einführung in die qualitative Sozialforschung*. Beltz.
- McCormack, B. (2004). Person-centredness in gerontological nursing: an overview of the literature. *Journal of clinical nursing*, 13, 31-38. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.00924.x>
- McCormack, B., & McCance, T. (2017a). Person-centred Practice Framework In B. McCormack & T. McCance (Eds.), *Person-centred practice in nursing and health care: theory and practice* (pp. 36-64). John Wiley & Sons.
- McCormack, B., & McCance, T. (2017b). Re-presenting the Person-centred Practice Framework. In B. McCormack & T. McCance (Eds.), *Person-centred practice in nursing and health care: theory and practice* (pp. 259-264). John Wiley & Sons.
- McCormack, B., & McCance, T. (2017c). Underpinning principles of person-centred practice In B. McCormack & T. McCance (Eds.), *Person-centred practice in nursing and health care: theory and practice* (pp. 13-35). John Wiley & Sons.
- McCormack, B., McCance, T., & Dewing, J. (2021). The person in person-centred practice In B. McCormack, T. McCance, C. Bulley, D. Brown, A. McMillan, & S. Martin (Eds.), *Fundamentals of Person-centred Healthcare Practice* (pp. 3-11). John Wiley & Sons.
- McCormack, B., McCance, T., & Martin, S. (2021). What is person-centredness? . In B. McCormack, T. McCance, C. Bulley, D. Brown, A. McMillan, & S. Martin (Eds.), *Fundamentals of Person-centred Healthcare Practice* (pp. 13-22). John Wiley & Sons.
- McCormack, B., & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 472-479. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x>
- McCormack, B., & Titchen, A. (2006). Critical creativity: melding, exploding, blending. *Educational Action Research*, 14(2), 239-266. <https://doi.org/10.1080/09650790600718118>
- Miles, A., Asbridge, J. E., & Caballero, F. (2015). Towards a person-centered medical education: challenges and imperatives (I). *Educación Médica*, 16(1), 25-33. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.edumed.2015.05.001>

- Morgan, S., & Yoder, L. H. (2012). A concept analysis of person-centered care. *Journal of holistic nursing*, 30(1), 6-15. <https://doi.org/10.1177/0898010111412189>
- Nursing and Midwifery Council. (2018). *Future Nurse: Standards of Proficiency for Registered Nurses*. London: Nursing and Midwifery Council. <https://www.nmc.org.uk/standards/standards-for-nurses/standards-of-proficiency-for-registered-nurses/>
- O'Donnell, D., Cook, N., & Black, P. (2017). Person-centred nursing education. In B. McCormack & T. McCance (Eds.), *Person-centred practice in nursing and health care: theory and practice* (pp. 99-117). John Wiley & Sons.
- Oelke, U., & Meyer, H. (2014). *Didaktik und Methodik für Lehrende in Pflege-und Gesundheitsberufen*. Cornelsen.
- Park, E., & Choi, J. (2020). Attributes associated with person-centered care competence among undergraduate nursing students. *Research in Nursing Health*, 43(5), 511-519. <https://doi.org/10.1002/nur.22062>
- Pfabigan, D., Bajer, M., Rottenhofer, I., & Mader, F. (2020). *Curricula für die Ausbildungen Pflegeassistent und Pflegefachassistent. In Erprobungsphase*. Gesundheits Österreich GmbH
- Phelan, A., McCormack, B., Dewing, J., Brown, D., Cardiff, S., Cook, N. F., Dickson, C. A. W., Kmetec, S., Lorber, M., Magowan, R., McCance, T., Skovdahl, K., Štiglic, G., & van Lieshout, F. (2020). Review of developments in person-centred healthcare. *International Practice Development Journal*, 10, 1-29. <https://doi.org/10.19043/ipdj.10Suppl2.003>
- Pöttler, G. (2019). *Gesundheitswesen in Österreich: Organisationen, Leistungen, Finanzierung und Reformen übersichtlich dargestellt* (Vol. 3.). Goldegg-Verlag.
- Revans, R. (2011). *ABC of Action Learning*. Taylor & Francis Group.
- Rosengren, K. (2016). Person-centred care: A qualitative study on first line managers' experiences on its implementation. *Health Services Management Research*, 29(3), 42-49. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/0951484816637748>
- Sandelowski, M. (2000). Whatever happened to qualitative description? *Research in Nursing & Health*, 23(4), 334-340.
- Sandelowski, M. (2010). What's in a name? Qualitative description revisited. *Research in Nursing & Health*, 33(1), 77-84.
- Suhonen, R., Gustafsson, M. L., Katajisto, J., Välimäki, M., & Leino-Kilpi, H. (2010). Individualized care scale–nurse version: A Finnish validation study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 16(1), 145-154.

- Ulin, K., Olsson, L.-E., Wolf, A., & Ekman, I. (2016). Person-centred care—An approach that improves the discharge process. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 15(3), e19-e26. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/1474515115569945>
- World Health Organisation. (2003). *Strategy of measuring responsiveness*. Retrieved 04.12.2020 from <https://www.who.int/responsiveness/papers/paper23.pdf>
- World Health Organisation. (2015). *People-centred and integrated health services: an overview of the evidence*. Retrieved 04.12.2020 from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/155004/WHO_HIS_SDS_2015.7_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Wygotski, L. S. (1964). *Denken und Sprechen*. Fischer Verlag

8 ANHANG

8.1 INFORMATIONSBLETT ZUR STUDIE

Informationsblatt zur Studie:



„PERSONENZENTRIERUNG IM RAHMEN DER PFLEGEAUSBILDUNGEN“

Sehr geehrte Teilnehmende!

Worum geht es?

Die Studie hat das Ziel zu hinterfragen, wie eine personenzentrierte Haltung von Studierenden/ Auszubildenden, Lehrenden und Praxisanleitenden beschrieben wird und wie diese mit einer personenzentrierten Kompetenz zusammenhängt. Damit sollen in weiter Folge Lernergebnisse abgeleitet werden, die zukünftige Studierenden und Auszubildende im Rahmen ihrer Ausbildung erreichen müssen.

Wie läuft das Ganze ab?

Aufgrund der nach wie vor anhaltenden Pandemiesituation erfolgt die Durchführung im Rahmen eines Onlineinterviews via **Zoom**. Sie werden im Interview mit 4 – 8 Personen diskutieren. Geleitet wird das Interview vom Studienleiter. Das Video wird in Zoom **aufgezeichnet** und eine Tonbandaufnahme angefertigt. Sie können Ihre Kamera aber gerne ausschalten, wenn Ihnen das nicht recht sein sollte. Der Studienleiter wird Sie dezidiert darauf aufmerksam machen, ab wann die Kameraaufzeichnung bzw. Tonbandaufnahme beginnt und auch endet.

Wie erhalte ich Zugang zum virtuellen Interview?

Voraussetzung ist ein stabiler Internetzugang. Oft reicht auch bereits der Zugang mit einem internetfähigen Handy. Hierfür kann eine Zoom App in den betreffenden App Stores heruntergeladen werden. Für die Teilnahme selbst müssen Sie lediglich auf den in dieser E-mail mitgesendeten Link klicken. Sie können sehr gerne bereits **5 - 10 Minuten vor** Interviewbeginn einsteigen. Das wäre sogar gut, um eventuellen technischen Gebrechen entgegenzukommen. Nach dem Klicken auf den Link, gelangen Sie in einen virtuellen Warteraum und werden dann vom Host (Studienleiter*in) in einen virtuellen Interviewraum eingelassen, wo Sie auf alle Teilnehmenden treffen und wir uns gegenseitig vorstellen werden.

Was müssen Sie noch tun?

Geben Sie uns bitte zunächst im Rahmen einer **Antwortmail** Bescheid, dass die Teilnahme an der Studie unter diesen Konditionen für Sie in Ordnung ist. Ein kurzes, „Ja, ich möchte teilnehmen“ ist ausreichend. In weiterer Folge wäre eine **Einverständniserklärung** zu unterschreiben, die Sie bei mir persönlich abgeben oder

unterschrieben eingescannt oder fotografiert retournieren können. Diese Einverständniserklärung ist ebenso in dieser E-mail angefügt.

Entstehen durch die Teilnahme Kosten? Gibt es eine Vergütung?

Durch die Teilnahme entstehen **keine Kosten** und auch keine nachfolgenden Verpflichtungen irgendwelcher Art. Für Ihre Zeit können wir leider keine monetäre Aufwandsentschädigung anbieten. Wir wollen uns aber trotzdem nach dem Interview in einer besonderen Art und Weise bei Ihnen erkenntlich zeigen!

Können für mich Nachteile entstehen?

Die Teilnahme an der Studie erfolgt **vollkommen freiwillig**. In der Forschungspublication kann niemand außer das Studienleitungsteam Rückschlüsse auf Ihre Aussagen oder Einstellungen ziehen. Alle Ihre Daten werden anonymisiert.

Und wenn ich es mir anders überlege?

Wie bereits erwähnt, ist die Teilnahme absolut freiwillig. Sie haben zu jedem Zeitpunkt das Recht, von der Teilnahme an der Studie zurückzutreten. Auch wenn wir bereits mit dem Interview begonnen haben, können Sie immer und ohne dafür Gründe zu nennen, abbrechen.

Wir danken einstweilen für Interesse an der Studienteilnahme und würden uns sehr freuen, Sie in unserer virtuellen Zoomsession begrüßen zu dürfen.

Der Studienautor,

Hans Peter Köllner

8.2 EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG



EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Ich _____, geboren am _____ wurde von der verantwortlichen und durchführenden Person der Studie über das Ziel der Studie „*Personenzentrierung im Rahmen der Pflegeausbildungen*“ informiert. Ich hatte Möglichkeiten Fragen zu stellen und habe die Antworten verstanden. Ich bin über den möglichen Nutzen der Studie informiert.

Ich hatte ausreichend Zeit, mich zur Teilnahme am Interview zu entscheiden und weiß, dass die Teilnahme auf freiwilliger Basis erfolgt. Ich weiß, dass ich jederzeit und ohne Angabe von Gründen diese Zustimmung widerrufen kann, ohne dass sich dieser Entschluss nachteilig auf mich auswirkt.

Mir ist bekannt, dass das Interview aufgezeichnet, meine Daten anonym gespeichert, vertraulich behandelt und ausschließlich für wissenschaftliche Zwecke verwendet werden. Aus meiner Beteiligung an der Untersuchung entstehen mir weder Kosten, noch werde ich dafür finanziell entschädigt.

Ich erkläre hiermit meine freiwillige Teilnahme an diesem Interview und damit der Studie.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Mitwirkenden

Ort, Datum

Unterschrift des Studienautors

Studienautor: Hans Peter Köllner

8.3 INTERVIEWLEITFÄDEN

Interviewleitfaden – Lehrende/Praxisanleitende zum Thema personenzentrierte Kompetenz in Studium und Ausbildung
--

Leitfaden/Stimuli/Erzählaufforderung		
Wenn in der pflegerischen Versorgung etwas gut gelaufen ist, woran können Sie das bei den Studierenden und Auszubildenden z.B. während des Praktikums oder in den Reflexionsveranstaltungen erkennen?		
Einstiegsfrage/Impuls	Nachfrage	Aufrechterhaltungsfragen
	<i>An welchen Merkmalen stellen Sie das fest?</i> <i>Was löst das bei Ihnen so aus?</i>	<i>Und sonst?</i> <i>Was meinen Sie damit konkret?</i> <i>Und weiter?</i>

Leitfaden/Stimuli/Erzählaufforderung		
Was war ausschlaggebend, dass die Pflege zur Zufriedenheit von Patient*in und Studierenden und Auszubildenden verlaufen konnte?		
Einstiegsfrage/Impuls	Nachfrage	Aufrechterhaltungsfragen
	<i>Welche Einflussfaktoren nehmen Sie da wahr?</i> <i>Wie zeigt sich das bei Ihnen?</i> <i>Wie reagieren da die versorgten Menschen, wenn Sie mit der Pflege und Betreuung zufrieden sind?</i>	<i>Und sonst?</i> <i>Was meinen Sie damit konkret?</i> <i>Und weiter?</i>

Leitfaden/Stimuli/Erzählaufforderung		
Haben Sie schon einmal darüber nachgedacht, ob es dafür bestimmter Voraussetzungen bei den angehenden Pflegeperson für diese Zufriedenheit braucht?		
Voraussetzungen	Nachfrage	Aufrechterhaltungsfragen
	<i>Gibt es da z.B. Einstellungen, Haltung/Fähigkeiten/Fertigkeiten/räumliche Einflussfaktoren?</i>	<i>Gibt es sonst noch was?</i> <i>Können Sie das genauer beschreiben?</i> <i>Und sonst?</i>

Leitfaden/Stimuli/Erzählaufforderung		
Wie nehmen Studierenden und Auszubildenden die Bedürfnisse der anderen Person wahr und was beeinflusst dieses Wahrnehmen?		
Introspektionsfähigkeit	Nachfrage	Aufrechterhaltungsfragen
	<i>Sehen Sie da einen Entwicklungsprozess oder ist diese Fähigkeit statisch oder immer vorhanden?</i> <i>Muss hierfür bereits etwas vor dem Studium mitgebracht werden?</i>	<i>Und sonst?</i> <i>Was meinen Sie damit konkret?</i> <i>Und weiter?</i>

Leitfaden/Stimuli/Erzählaufforderung		
Wie erkennen Studierenden und Auszubildenden, wenn die pflegerische Versorgung nicht ihren Vorstellungen entsprechend verläuft?		
Selbsterkenntnis	Nachfrage	Aufrechterhaltungsfragen
	<i>Wie äußert sich das im Zuge der pflegerischen Versorgung?</i> <i>Gibt es da Aspekte, die auftreten?</i>	<i>Und sonst?</i> <i>Was meinen Sie damit konkret?</i> <i>Und weiter?</i>

**Interviewleitfaden – Studierende/Auszubildende zum Thema
personenzentrierte Kompetenz in Studium und Ausbildung**

Leitfaden/Stimuli/Erzählaufforderung

Wenn in der pflegerischen Versorgung etwas gut gelaufen ist, woran können Sie das erkennen?

Einstiegsfrage/Impuls	Nachfrage	Aufrechterhaltungsfragen
	<i>An welchen Merkmalen stellen Sie das fest?</i> <i>Was löst das bei Ihnen so aus?</i>	<i>Und sonst?</i> <i>Was meinen Sie damit konkret?</i> <i>Und weiter?</i>

Leitfaden/Stimuli/Erzählaufforderung

Was war ausschlaggebend, dass die Pflege zur Zufriedenheit von Patient*in und Pflegeperson verlaufen konnte?

Einstiegsfrage/Impuls	Nachfrage	Aufrechterhaltungsfragen
	<i>Welche Einflussfaktoren nehmen Sie da wahr?</i> <i>Wie zeigt sich das bei Ihnen?</i> <i>Wie reagieren da die versorgten Menschen, wenn Sie mit der Pflege und Betreuung zufrieden sind?</i>	<i>Und sonst?</i> <i>Was meinen Sie damit konkret?</i> <i>Und weiter?</i>

Leitfaden/Stimuli/Erzählaufforderung

Haben Sie schon einmal darüber nachgedacht, ob es dafür bestimmter Voraussetzungen von Ihnen als angehende Pflegeperson für diese Zufriedenheit braucht?

Voraussetzungen	Nachfrage	Aufrechterhaltungsfragen
	<i>Gibt es da z.B. Einstellungen, Haltung/Fähigkeiten/Fertigkeiten/räumliche Einflussfaktoren?</i>	<i>Gibt es sonst noch was?</i> <i>Können Sie das genauer beschreiben?</i> <i>Und sonst?</i>

Leitfaden/Stimuli/Erzählaufforderung		
Wie nehmen Sie die Bedürfnisse der anderen Person wahr und was beeinflusst dieses Wahrnehmen?		
Introspektionsfähigkeit	Nachfrage	Aufrechterhaltungsfragen
	<i>Sehen Sie da einen Entwicklungsprozess oder ist diese Fähigkeit statisch oder immer vorhanden?</i> <i>Muss hierfür bereits etwas vor dem Studium mitgebracht werden?</i>	<i>Und sonst?</i> <i>Was meinen Sie damit konkret?</i> <i>Und weiter?</i>

Leitfaden/Stimuli/Erzählaufforderung		
Wie erkennen Sie, wenn die pflegerische Versorgung nicht Ihren Vorstellungen entsprechend verläuft?		
Selbsterkenntnis	Nachfrage	Aufrechterhaltungsfragen
	<i>Wie äußert sich das im Zuge der pflegerischen Versorgung?</i> <i>Gibt es da Aspekte, die auftreten?</i>	<i>Und sonst?</i> <i>Was meinen Sie damit konkret?</i> <i>Und weiter?</i>