



universität
wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

“Herausforderungen in der Einarbeitung von
Berufsanfänger*innen mit generalistischer Ausbildung
im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege
auf neonatologisch-pädiatrischen Intensivstationen”

verfasst von / submitted by
Michaela Anna Just, BScN

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 066330

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

Masterstudium Pflegewissenschaft

Betreut von / Supervisor:

Dr. Ingeborg Eberl

Zusammenfassung

Hintergrund:

Die Pflege von Frühgeborenen ab der 22. und bis zur vollendeten 37. Schwangerschaftswoche sowie Neugeborene ab der vollendeten 37. SSW, stellen eine große Herausforderung für das versorgende Pflegepersonal dar. Die neonatologische Intensivpflege stellt eine Spezialaufgabe dar und erfordert umfassende Kenntnisse sowie Kompetenzen. Da derzeit in Österreich noch keine relevanten Forschungsergebnisse vorliegen, sollen die Herausforderungen in der Einarbeitung von unerfahrenen Pflegepersonen auf neonatologischen und pädiatrischen Intensivstationen mit generalistischer Ausbildung anhand des Kompetenzmodelles von Benner eruiert werden.

Ziel:

Die vorliegende Arbeit verfolgt das Ziel, ein angemessenes Einarbeitungskonzept für Pflegepersonen mit generalistischer Ausbildung auf neonatologischen Intensivstationen zu ermöglichen.

Methodik:

Für die Studie wurde ein qualitativer Forschungsansatz gewählt. Es wurden neun Pflegepersonen mit unterschiedlichem Erfahrungsstand neonatologischer Intensivstationen in Einzelinterviews befragt. Für die qualitative Datenauswertung wurde das Softwareprogramm MAXQDA 2022 herangezogen. Unerfahrene Pflegepersonen benötigen in ihren Einarbeitungsphasen Orientierung und Mentoren, aber auch das Verständnis vom Intensiv-Setting und deren Pflege sowie Kenntnisse in Tätigkeiten der Pflege neonatologisch- pädiatrischen Patient*innen. Überarbeitete und vereinheitlichte Curricula an Fachhochschulausbildungen werden als wichtig angesehen, um die unerfahrenen Pflegekräfte in diesem Spezialgebiet der Pflege bestmöglich unterstützen zu können. Herausforderungen zeigen sich in Spezialbereichen sowie unsichere Situationen aufgrund demografischer Daten. Maßnahmen und ihre Auswirkungen im Setting der neonatologisch- pädiatrischen Intensivpflege welche Zeitmanagement und Finanzierung erfordern.

Ergebnisse:

Es kann festgehalten werden, dass Basiswissen und praktische Fähigkeiten und Fertigkeiten über pflegerische Maßnahmen im neonatologisch- pädiatrischen Intensivsetting bei der generalistischen Ausbildung im gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege theoretisch vorhanden sein müssen.

Schlussfolgerung:

Es besteht der Bedarf an weiteren durchführenden Forschungsmöglichkeiten mit Auszubildenden des Fachhochschulstudienganges aber auch Lehrenden von Hochschulen um neue wissenschaftliche Erkenntnisse liefern zu können. Darüber hinaus bedarf es einer Zusammenarbeit zwischen Institutionen der praktischen und theoretischen generalistischen Ausbildung im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege.

Schlüsselwörter: neonatologische Intensivpflege, Berufsanfänger*innen, generalistische Ausbildung, Praxisanleitung

Summary

Background:

The care of premature babies from the 22nd and up to the 37th week of pregnancy, as well as newborn babies from the 37th week of gestation, is a great challenge for the nursing staff. Neonatal intensive care is a special task and requires comprehensive knowledge and skills. As there are currently no relevant research results in Austria, the challenges in the induction of inexperienced nurses in neonatological and paediatric intensive care units with generalist training will be elicited using Benner's competence model.

Aim:

The aim of this paper is to provide an appropriate induction concept for nurses with generalist training in neonatal intensive care units.

Methodology:

A qualitative research approach was chosen for the study. Nine nurses with different levels of experience in neonatal intensive care units were interviewed individually. The software programme MAXQDA 2022 was used for qualitative data analysis. In their induction phases, inexperienced nurses need orientation and mentors, but also an understanding of the intensive care setting and its care, as well as knowledge of activities in the care of neonatal and paediatric patients. Revised and standardised curricula at universities of applied sciences are considered important in order to be able to support inexperienced nurses in this special field of nursing in the best possible way.

Challenges are found in specialised areas as well as in uncertain situations due to demographic data. Measures and their effects in the setting of neonatal-paediatric intensive care which require time management and financing.

Results:

It can be stated that basic knowledge and practical skills and abilities about nursing measures in the neonatological-paediatric intensive care setting must be theoretically available in the generalist training in the higher service of health care and nursing.

Conclusion:

There is a need for further research opportunities with trainees of the university of applied sciences but also with teachers of universities in order to be able to provide new scientific knowledge. Furthermore, there is a need for cooperation between institutions of practical and theoretical generalistic training in the higher service for health care and nursing.

Keywords: neonatal intensive care, new entrants, generalist training, practice guidance

Inhalt

1. Einleitung.....	8
2. Hintergrund und Problemdarstellung	10
3. Forschungsziel und Forschungsfrage	13
4. Theoretischer Rahmen	15
4.1.Das Setting NICU.....	15
4.2.Das Kompetenzmodell nach Patricia Benner.....	18
4.3 Praktische Anleitung nach dem Kompetenzmodell nach Benner	23
4.4.Herausforderungen und Belastungen der praktischen Anleitung	25
4.5.Ausbildungen der Gesundheits- und Krankenpflege in Österreich.....	26
4.6.Praxisanleitung im Setting der Gesundheits- und Krankenpflege	30
5. Methodik.....	34
5.1.Methode der Literaturrecherche	34
5.2.Forschungsdesign.....	37
5.3. Setting und Stichprobe.....	37
5.4. Methoden der Datenerhebung	40
5.5. Methoden der Datenauswertung.....	43
5.6.Gütekriterien qualitativer Forschung	50
5.7. Ethische und datenschutzrechtliche Anforderungen	52
6.Ergebnisse.....	55
6.1.Demographische Daten der interviewten Pflegepersonen	55
6.2.Rahmenbedingungen.....	56
6.3.Kompetenzen und Fertigkeiten	58
6.4. Ausbildungsstand.....	59
6.5. Systematische Einarbeitung.....	60
6.6. Theorie Praxisverknüpfung/ Anleitung	61

6.7.Strategien der Einarbeitung	63
6.8. Maßnahmen und ihre Auswirkungen	66
6.9. Curricula unterschiedliche Schwerpunkte	66
6.10.Lernprozesse und Interventionen.....	67
6.11.Herausforderungen	67
7.Diskussion	69
8. Limitationen	75
9. Empfehlungen	76
9.1. Orientierungsansätze für die Praxis	76
9.2. Orientierungsansätze für die Wissenschaft.....	77
9.3. Orientierungsansätze für die Ausbildungsstätten.....	78
Literaturverzeichnis	80
Abkürzungsverzeichnis	85
Abbildungsverzeichnis	86
Tabellenverzeichnis	86
Anhang I Informationsschreiben	I
Anhang II Einverständiserklärung zur Teilnahme am Forschungsprojekt.....	II
Anhang III Kurzfragebogen zu den demographischen Daten	IV

1. Einleitung

Der Statistik Austria (2020) zufolge wurden rund 83.500 Kinder in Österreich lebend geboren, davon kamen 5.774 als Frühgeborene und 76.917 als Termingeborene zur Welt. Der stationäre Aufenthalt sowie die Notwendigkeit der medizinischen und intensivpflegerischen Versorgung von frühgeborenen Kindern können zwischen einigen Wochen bis zu Monaten andauern. Alle Früh- und kranken Neugeborenen müssen mit den Veränderungen, welche die neuen Umstände extrauterin mit sich bringen, zurechtkommen. Die Aufgabe des pädiatrischen und neonatologischen Intensivpflegepersonals besteht darin, die Kinder in ihrer Entwicklung optimal zu unterstützen und ihre Eltern ehestmöglich in die Pflege zu integrieren.

Der Schutz der menschlichen Gesundheit ist Ziel der Gesundheitsberufe. Insbesondere Säuglinge und Frühgeborene mit hohem Risiko, benötigen spezielle Pflege. Der Anteil an Frühgeborenen mit niedrigem Geburtsgewicht, welcher mit weniger als 2500g definiert ist, ist gestiegen. Während im Jahr 1997 mit 3,3%, wurde im Jahr 2018 6,2%, ebenso ein Anstieg von neugeborenen Hochrisikokindern auf neonatologischen Intensivstationen (NICU), versorgt. Unmittelbar nach der Geburt werden Frühgeborene beziehungsweise kranke Neugeborene auf neonatologisch- pädiatrische Intensivstationen transferiert. Erfahrene Pflegepersonen sind auf der neonatologischen- und pädiatrischen Intensivstation sehr wichtig, da Patient*innen in Notfallsituationen spezielle Betreuung und Pflege ermöglicht werden muss (Lee, et al. 2020).

Die Ausbildungsverordnung in Österreich sieht eine dreistufige Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung vor, welche mit einer Übergangsfrist bis ins Jahr 2024 umgesetzt werden soll. Zur EU-konformen (europäische Union) Anpassung wurde die Ausbildung der Gesundheits- und Krankenpflege im gehobenen Dienst vom sekundären Bildungsbereich in den tertiären Ausbildungssektor an Fachhochschulen angehoben. Die Bachelorausbildung der Generalisten löst die dreijährige Diplomausbildung ab. In sechs Semestern wird der Bachelorabschluss mit der Berufsberechtigung der Gesundheit- und Krankenpflege verknüpft (Gesundheit & Soziales, 2021).

Die neonatologische Intensivpflege stellt innerhalb des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Kinderkrankenpflege eine Spezialaufgabe dar. Die pflegerische

Versorgung von Früh- und Neugeborenen erfordert umfassende Kenntnisse und Kompetenzen, welche über die im GuKG § 68a. Abs. 1 bis 5 Weiss & Lust (2017) geregelte, spezielle Sonderausbildung in der Kinderintensivpflege erworben werden können.

Aktuelle Ausbildungsmodalitäten nach der Novelle des GuKG (2016) stellen die Kinder- und Jugendlichenpflege nach Paragraph §68, sowie die Spezialisierung in der Kinderintensivpflege nach Paragraph §68a dar. Der Schwerpunkt wird neben allgemeinen intensivpflegerischen Kernelementen wie der Pflege und Überwachung von Kindern, mit invasiven und nicht invasiven Methoden sowie angewandte Hygiene, auf die bedarfsorientierte Versorgung von Früh- und Neugeborenen gelegt (RIS, 2021).

2. Hintergrund und Problemdarstellung

Die neonatologische und pädiatrische Intensivmedizin stellt durch ihre Vielfalt der Krankheitsbilder sowie ein breites Behandlungsspektrum von Frühgeborenen ab 450g Gramm Geburtsgewicht hohe Anforderungen an Strukturen und Ausstattung von neonatologischen Intensivstationen. Vor allem betrifft dies die Qualifikation und Kompetenzen des Pflegepersonals. Auch hohe Arbeitsbelastungen können sich negativ auf die Patientenpflege und das Erkennen bedrohlicher Situationen auswirken. Für neonatologische Patient*innen bedeutet eine Unterbesetzung in der Pflege einen potenziellen Qualitätsverlust in der Versorgung (Michel et al, 2019). Auch eine mögliche Unterbesetzung in der neonatologischen und pädiatrischen Intensivpflege basiert auf der Novellierung des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes [GuKG, 2016]. Es wird auf fehlende Pflegekräfte im Bereich der neonatologischen und pädiatrischen Intensivmedizin hingewiesen (Lischka, 2020).

Eine vor der Novellierung vorangegangene Ausbildung der drei Sparten, die der allgemeinen Krankenpflege, der Kinder- und Jugendlichenpflege sowie der psychiatrischen Krankenpflege wurde aufgrund der generalisierten Ausbildung aufgehoben. Die spezifische Grundausbildung der Säuglings- und Kinderkrankenschwester lief deshalb im Jahr 2018 aus. Die Evaluierung der umgesetzten, neuen gesetzlichen Bestimmungen in der Ausbildung soll bis Dezember 2023 erfolgen, erst danach können die dadurch möglichen, entstandenen Auswirkungen aufgezeigt werden (Lischka, 2020).

Da bereits in der EACH Carta, 2006 (European Association for Children in Hospital) im Artikel acht beschrieben wird, dass die Betreuung kranker Kinder von ausgebildetem Pflegepersonal im Rahmen spezialisierter Weiterbildung zu erfolgen hat, kann dies als äußerst wichtig beschrieben werden. Die European Association for Children in Hospital stellt einen Dachverband von Organisationen dar, welche sich für das Wohl aller Kinder vor, während und nach Krankenhausaufenthalten einsetzen, deren Mitgliedschaft 16 Organisationen in 14 europäischen Ländern sowie eine japanische Organisation umfassen. Die Pflegepersonen, welche über eine Basis an Qualifikationen in der Kinderkrankenpflege verfügen, vermögen auf Bedürfnisse von Kindern und deren Eltern einzugehen. Es soll sichergestellt werden, dass die notwendige Pflege und Betreuung von Kindern von

spezialisiertem und qualifiziertem Personal, ausgeführt werden kann. Auch Aufgrund des demographischen Wandels und des Fortschrittes sowie den gesetzlichen Veränderungen werden weitreichende Auswirkungen in der Prozessstruktur der Pflegeversorgung aufgezeigt. Durch strukturelle Veränderungen und den neuen technischen pflegerischen und medizinischen Möglichkeiten steigen auch die Anforderungen an fachlichen Kompetenzen. Durch eine zunehmende Komplexität in der medizinischen sowie pflegerischer Versorgung wird eine stetige Wissenserweiterung und ein Erwerb spezifischer Fachkenntnisse gefordert. Ohne ausreichend qualifiziertes Personal wird ein Leistungsspektrum und Leistungswachstum kaum bewältigbar sein (Lux, 2013).

Berufseinsteiger*innen benötigen Orientierung, um sich einarbeiten können. Die Merkmale von neonatologischen und pädiatrischen Intensivstationen sowie die Krankheiten das pädiatrische Setting betreffend, aber auch die zu behandelnden Themen in der pädiatrischen Intensivpflege bedürfen an ausreichend Informationen. Schwierigkeiten bestehen im Verständnis, wenn nur beobachtet und nicht selbst in Pflegetätigkeiten mitagiert werden könne, aber auch fehlende bzw. nicht ausreichend vorhandene Kenntnisse über medizinische Geräte (Koo & Lee, 2021).

Da Berufsanfänger*innen kaum über Strategien zum Erwerb von klinischen Kompetenzen über ein Niveau fortgeschrittener Anfänger*innen verfügen, stellen Spezialgebiete somit Herausforderungen dar. Eine praktische Anleitung für ihre Tätigkeit welche den Erwerb zusätzlicher Fähigkeiten erfordert, setzten auch theoretische Inhalte in Spezialgebieten voraus. Wenn Theorien erfasst und vermittelt werden können, kann eine Entwicklung sowie das Aufspüren von Problematiken erfolgen. Es können aber auch unterschiedliche Erwartungen von Berufsanfänger*innen und Pflegefachpersonal entstehen. Professionell Pflegende setzten ein Verständnis für Patient*innen und Pflegenden voraus, um situative Pflegehandlungen durchführen zu können (Benner, 2017).

Professionelle Pflege wird durch ethische Entscheidungen, Menschenwürde, und intensives erleben der Patient*innen bezeichnet. Die Wahrnehmungsfähigkeit von speziellen Veränderungen sowie die Einschätzung von kritischen Situationen kann von Berufseinsteiger*innen nicht vorausgesetzt werden. Der Aspekt der Umstrukturierungen und Veränderungen in der Pflegeausbildung sowie den

beruflichen Möglichkeiten von Berufsanfänger*innen ist mit Problemen einer möglichen Abwanderung von besser ausgebildeten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie besseren Aufstiegsmöglichkeiten behaftet (Benner, 2017). Durch die Akademisierung in der Pflege sowie die obligatorische Registrierung im Gesundheitsberufsregister wurde versucht, den beruflichen Status der Gesundheits- und Krankenpflege in Österreich zu fördern. Da es bisher in Österreich nur wenige Erkenntnisse über die Einarbeitung von nicht speziell ausgebildetem Kinderkrankenpflegepersonal, bzw. Pflegepersonal mit generalistischer Ausbildung an Intensivstationen im neonatologischen und pädiatrischen Setting gibt, gilt es herauszufinden inwieweit die in dieser Arbeit genannten Herausforderungen eruiert werden können, um diese auch beantworten zu können. Dabei gilt es den Istzustand anhand der derzeit eingearbeiteten Pflegepersonen mit generalistischer Ausbildung und deren Mentoren zu erheben.

3. Forschungsziel und Forschungsfrage

Ziel dieser Master-Thesis soll es sein, zu eruieren mit welchen Herausforderungen Pflegeexpert*innen neonatologischer Intensivstationen im Hinblick auf die Einarbeitung von Pflegepersonen mit generalistischer Ausbildung konfrontiert werden. Daraus sollen Möglichkeiten einer optimalen Einführung der noch Unerfahrenen in spezifischen Anforderungen der neonatologischen- und pädiatrischen Intensivpflege sowie zur Entwicklung einer Pflegeexpertise in diesem Bereich abgeleitet werden.

Die Ergebnisse dieser Arbeit sollen zu weiteren Erkenntnissen beitragen, wie die Einarbeitung von neueinsteigenden Pflegepersonen mit generalistischer Ausbildung im Hinblick auf den speziellen Kompetenzerwerb erfolgreich gestaltet werden kann.

Der Focus liegt dabei auf den Herausforderungen der Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten von neonatologischen Intensivstationen in der Einarbeitung von Pflegepersonen mit generalistischer Ausbildung um ausreichend Möglichkeiten eines evidenzbasierten Fachwissens erreichen zu können. Aus dem Hintergrund und der Problemdarstellung resultierend können nun zwei nachfolgende Forschungsfragen abgeleitet werden.

*„Welche Erfahrungen machen pädiatrische Pflegeexpert*innen während der Einarbeitung in Bezug auf den theoretischen und praktischen Kenntnisstand, von unerfahrenen Pflegepersonen mit generalistischer Ausbildung an neonatologischen Intensivabteilungen?“*

*„Welche spezifischen Themen können im Hinblick auf Kompetenzen und strukturellen Begleitungen bei der Einarbeitung von Pflegepersonen mit generalistischer Ausbildung auf neonatologischen Intensivstationen durch pädiatrische Pflegeexpert*innen identifiziert werden?“*

Dadurch kann eine Grundlage für die Eruierung von Ressourcen und erforderlichen theoretischen und praktischen Kompetenzen im Setting der Einarbeitung geschaffen, sowie eine Erhebung des Status Quo durchgeführt werden. Resultierend daraus sollen Pflegepersonen künftig geeignete Informationen und neue Erkenntnisse zur Verfügung haben, um künftig mit Pflegepersonen mit generalistischer Ausbildung optimale Einarbeitungsbedingungen gewährleisten zu

können. Außerdem haben Pflegepersonen durch ihr Mitwirken an dieser Arbeit die Möglichkeit ihre Erfahrungen zu reflektieren, zu teilen, und dadurch im Hinblick auf die Zukunft einen wichtigen Beitrag im Setting der neonatologischen- pädiatrischen Intensivpflege leisten zu können. Auch Chancen den Fachbereich der neonatologisch- pädiatrischen Intensivpflege durch die Akademisierung in der Pflege sowie aktuelle Erkenntnisse der Pflegeforschung den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten gerecht werden zu lassen und auch Berufsstolz zeigen zu können.

4. Theoretischer Rahmen

In diesem Kapitel wird der theoretische Rahmen auf das Kompetenzmodell nach Patricia Benner in Bezug auf das Setting NICU dargelegt.

4.1. Das Setting NICU

Die Neugeborenenperiode bezieht sich auf die ersten vier Wochen nach der Geburt. Dieser sensible Zeitraum stellt hohe Anforderungen an Kinder, Eltern und Pflegepersonal. Früh- und Neugeborene haben nach der Geburt rasche physiologische Veränderungen zu durchlaufen. Pflegepersonal hat eine intensive Pflege zu leisten. Risiken für Gesundheit und Sicherheit bei Früh- und Neugeborenen steigen, wenn die neonatologische Intensivpflege von Pflegekräften mit geringen Kenntnissen durchgeführt wird. Deshalb sollte diese von Pflegekräften mit ausreichender Kompetenz ausgeführt werden. Die Pflege auf neonatologischen und pädiatrischen Intensivstationen umfasst die Messung und Überwachung der Vitalparameter, Monitoring, körperliche Beurteilung, Überwachung der Atemtherapie, Ernährung und Ausscheidungsmanagement, sowie die Verabreichung von Medikamenten, Behandlungen und emotionale Unterstützung sowie Family centered care (Koo & Lee, 2021).

Das höchste Risiko stellt bei frühgeborenen Kindern die Morbidität und Mortalität dar. Bei extrem frühgeborenen Kindern unter der 27. Schwangerschaftswoche mit einem Geburtsgewicht unter 1000g „Extremely low birth weight“ (ELBW) liegt die Sterblichkeitsrate in etwa bei 30-50 %. Bei Überlebenschancen besteht ein erhebliches Risiko an Morbidität, wie intraventrikuläre Blutungen (IVH), Chronic lung disease (CLD) und Retinopathie bei Frühgeburtlichkeit (ROP). Die Prädiktoren können langfristige, neurologische Entwicklungsstörungen mit sensorischen und psychiatrischen Behinderungen darstellen. Diese können die Lebensqualität beeinträchtigen und negative Auswirkungen innerhalb des Familiensystems aufweisen. Da sich frühgeborene Kinder nach der Geburt für Hypothermie, Hypoglykämie, Hypotonie und Atemdepressionen als anfällig erweisen können, ist eine adäquate Versorgung von Pflegepersonen angezeigt (Croop et al, 2019).

Auch eine Wiederbelebung im Kreißsaal sowie die Stabilisierung bei der Aufnahme an neonatologischen oder pädiatrischen Intensivstationen (NICU/PICU) umfasst

eine Reihe von einander abhängigen medizinischen und pflegerischen Verfahren. Diese Eingriffe haben ehestmöglich, kompetent und systematisch zu erfolgen, um Komplikationen und Spätfolgen der Frühgeburtlichkeit minimieren zu können. Der Begriff der „Golden Hour“ wird als jene Zeitspanne bezeichnet, in der medizinische und pflegerische Versorgung irreversible Schäden verhindert werden können. Am effektivsten zeigt sich das Verhältnis zwischen den verbleibenden Minuten und der Überlebenswahrscheinlichkeit. Aufgrund der Komplexität der erforderlichen Versorgung haben evidenzbasierten Praktiken, gebündelt in ihrer Anwendung in den ersten Minuten nach der Geburt zur Verbesserung der Qualität und Konsistenz der Versorgung zu erfolgen (Croop et al, 2019).

Pflegepersonen von neonatologischen und pädiatrischen Intensivstationen übernehmen den größten Teil der täglichen Beurteilung und Pflege von Kindern in neonatologisch- pädiatrischen Settings. Sie arbeiten eng mit Eltern und Neonatologen als Team zusammen, um die beste Behandlung für die kranken Kinder gewährleisten zu können. Das Team ist verantwortlich in der Diagnosestellung sowie in der Entscheidungsfindung und des Behandlungsplanes (Murray, 2020).

Alle arbeiten daran Kinder und Eltern in ihren Situationen zu unterstützen. Während neonatologische Intensivstationen auch beängstigende Orte sein können, ist es Aufgabe der Pflegepersonen von neonatologisch- pädiatrischen Intensivstationen, Eltern und Kinder im Rahmen einer familienorientierten Pflege begleiten zu können (Murray, 2020).

Um auf neonatologisch- pädiatrischen Intensivstationen zu arbeiten ist evidenzbasiertes Fachwissen erforderlich. Frühgeborene Kinder und kranke Neugeborene werden an der Grenze ihrer Lebensfähigkeit versorgt, um das bestmögliche Outcome erreichen zu können. Aufgrund eines kontinuierlichen Fortschrittes der Wissenschaft sowie pflegerischen Leistungen hat eigenes Wissen stets aktualisiert und erweitert zu werden (Hermann, Kusma & Kwiatek 2020).

Weiterbildungen im Bereich der neonatologischen Intensivpflege dienen seit Jahren der Weiterentwicklung der Pflegepersonen um das erworbene Fachwissen in die Praxis zu bringen. Durch eine Pflegekammer sowie die Registrierung von Gesundheitsberufen soll eigene Weiterbildungsverordnung entwickelt werden. Als wichtig erachtet wird eine gute Ausbildungsqualität, um die Qualität in der ein

Heranführen durch erfahrene Mentoren und das Lernen am Modell sowie Diskussionen ihrer persönlichen Erfahrungen (Quernheim & Zegelin, 2022).

Der Pflegeberuf stellt eine Weiterentwicklung mit langer Berufstradition dar. Veränderungen ergeben sich aus demografischen Entwicklungen sowie Reformen des Gesundheits- und Pflegewesens durch „Evidence based Practice“. Hierbei müssen Pflege- und Gesundheitsberufe mit den damit verbundenen Anforderungen Versorgungsstruktur gewährleisten zu können. Eine neue Berufstätigkeit stellt eine Herausforderung dar um sich in einer Abteilung eingewöhnen zu können. Maßnahmen zur Steigerung und Sicherung sollen tragende Säulen in der Berücksichtigung des Berufsverbleibes, aber auch Handlungsstrategien die umgesetzt werden um einen bestmöglichen Berufseinstieg gewährleisten zu können. Das Mentoring stellt ein wichtiges Instrument in der Personalentwicklung dar. Mentoring ist bereits mehr als ein entworfenes Einarbeitungskonzept, da die erste Zeit nach der Ausbildung als Pflegefachkraft für eine Entwicklung der professionellen persönlichen Identität von großer Wichtigkeit ist. Bei der Einarbeitung soll ein rasches Einsteigen und Zurechtfinden in den Arbeitsläufen erzielt werden. Mentoring bedeutet für neueinsteigende Pflegepersonen vorbereitet sein. Professionelles Handeln in der Pflege erfordert pflegewissenschaftliche Kompetenzen. Auszubildende erwerben in diesem neuen Berufsfeld Kompetenzen, die alle Altersstufen verschiedener Versorgungsbereiche beinhalten. Kompetenzen erfordern handlungsorientierte Lernprozesse sowie den Erwerb von Weiterentwicklung in komplexen Pflegesituationen (Hundeborn, 2020).

Pflegekräfte benötigen nach Smith & Wolf, (2018) sowohl individuelle als auch organisatorische Resilienz, um sich an Veränderungen anpassen zu können. Resilienz wird als Teil der beruflichen Entwicklung kultiviert, um neue Mitarbeiter*innen zu coachen, betreuen und entwickeln zu können.

Wie Quernheim & Zegelin, 2020 bekräftigen, wurden Mentoren Programme der integrativen Pflege für Absolventinnen und Absolventen der Fachhochschulen erarbeitet. Diese Programme sind aber auch für alle Berufseinsteiger*innen der Pflege in ihrer Anwendung von großer Bedeutung. Erkennen Pflegende, dass sie Besonderes beziehungsweise Anerkennendes geleistet haben können Gefühle von Selbstwert und Selbstzufriedenheit erlebt werden. Haben Pflegende Wissen und Kenntnisse, warum sie etwas tun und können eine gute Selbstreflexion zeigen, ist

es möglich durch einen Bewusstseinsprozess einen Berufsstolz zu erlangen. Stolz auf den Beruf zu sein erfordert jedoch Wissen und Bildung, da Stolz nicht anerzogen werden kann. Durch eine fachliche Pflegeexpertise können jedoch positive Komponenten von Berufsstolz spürbar gemacht werden. Die Gefühle wie Ärger oder Stolz können gravierende Auswirkungen auf die Gesundheit und Leistungsfähigkeit von Mitarbeiter*innen zeigen. Diese erlebte Selbstwirksamkeit in Bezug zu Gefühlen von Zufriedenheit und Kompetenz sowie Freude stellt wichtige Grundpfeiler dar, um im Pflegeberuf verweilen zu können.

Unterschiedliche Qualifikationsniveaus auf neonatologischen und pädiatrischen Intensivstationen zeigen nach Benner (2017) Veränderungen und Wahrnehmungen von Situationen im Lernen von Fachwissen auf. Einführung und Unterstützung von Pflegepersonen mit generalistischer Ausbildung durch Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten von neonatologisch- und pädiatrischen Intensivstationen zeigen sich als notwendig, um klinische Situationen zu erfassen und damit pflegerisches Handeln anwenden zu können.

Perinatalzentren haben Grundvoraussetzungen im Hinblick auf Zertifizierungen um Qualitätsrichtlinien erfüllen zu können. Als Level I NICU werden Perinatalzentren mit Kooperationen von Fachabteilungen der Geburtshilfe und Neonatologie definiert und befinden sich in Kliniken der Maximalversorgung (Peri Zert®, 2020).

4.2. Das Kompetenzmodell nach Patricia Benner

Den theoretischen Rahmen für diese Arbeit bilden den Kompetenzerwerb in der Pflege nach der Pflegewissenschaftlerin Patricia Benner. Die Elemente dieses Pflegemodells umfassen fünf Stufen von „Anfänger*innen“, Fortgeschrittene Anfänger*innen, „Kompetent Pflegende“, Erfahrene Pflegende bis hin zum/zur Pflegeexpert*innen (Benner, 2017). Dies wird in folgender Abbildung 1 dargestellt.

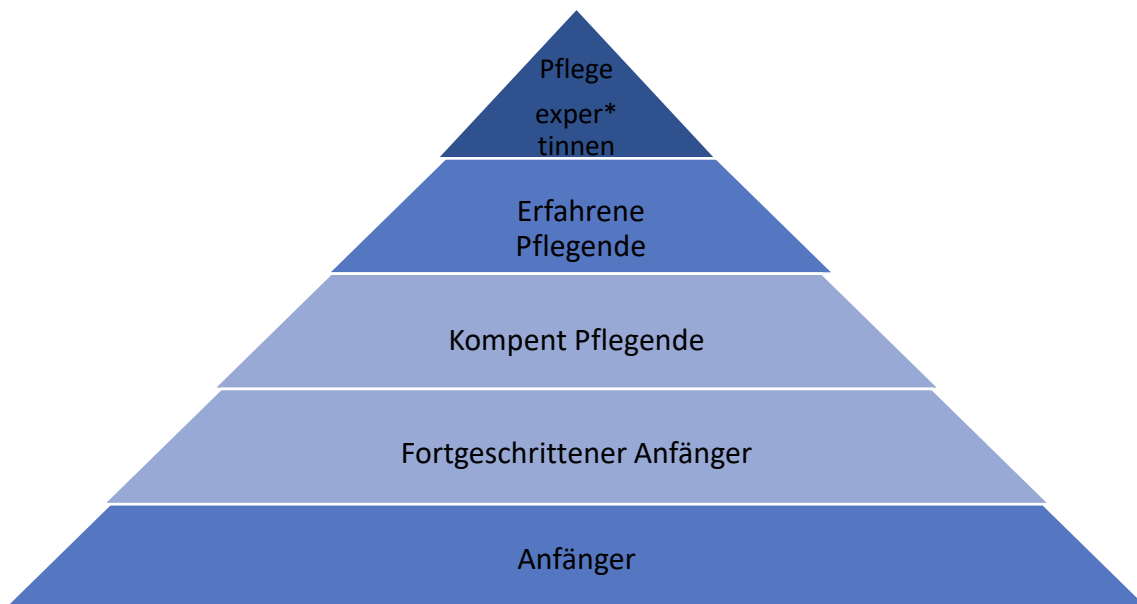


Abbildung 1: Stufen der Pflegekompetenz nach Benner (eigene Darstellung)

Nach Patricia Benner stellt der Ausgangspunkt für professionelle Pflege die Patientinnen und Patientenperspektive dar. Professionelles Pflegen umfasst ihrer Ansicht nach mehr als Technik, regelgeleitete Kompetenzen und Wissen, sondern beschreibt auch den Begriff der „Intuition“, welches ein Hineinfühlen und Denken, betreuender Patient*innen bedeutet. Professionelle Pflege bedeutet zudem auch, die Verletzlichkeit der Patient*innen durch ethisches Handeln und Verhaltensweisen zu schützen. Eine exzellente Pflege wird auf Bedürfnisse und Werte abgestimmt. Ein Anspruch an Höchstleistung für Pflegende in der Pflegepraxis muss angestrebt werden um beste Ergebnisse für Patient*innen erreichen zu können. Kompetente Pflegefachpersonen haben einen Anspruch in der Pflegeprofession zu erfüllen, dadurch zeigt sich ein Paradigmenwechsel im pflegerischen Setting, die Pflege aus Sicht der Patient*innen. Eine Kombination professioneller und individueller Patientenorientierung sowie ethischer Verantwortung kann sich als zukunftsweisend zeigen.

Klinische Entscheidungen sind von ethischer Bedeutung und werden als pflegerische Kompetenzen gewertet. Pflegefachpersonal hat Pflege Techniken, Engagement und persönliche Gestaltung in der Pflege aufzuweisen. Da klinische Situationen hoch komplex sein können, sind Fähigkeiten der Analyse und kritisches Denken sowie ein Abwägen in verschiedensten Situationen unverzichtbar. Wenn entscheidende Informationen fehlen, nicht beobachtbar sind oder Erfahrungswissen nicht verfügbar ist, können Pflegende betreuende Patientinnen

und Patienten Gefahren aussetzen. Deshalb sollte die professionelle Pflege immer über Selbstkritik verfügen. Besonderheiten von Pflegesituationen haben als intuitiv verstanden zu werden. Eine Pflegeexpertise muss klar beschreibbar, nachweisbar und evaluierbar sein können (Benner, 2017).

Der konzeptuelle Rahmen von Benner's „Novice to Expert Model“ wurde von Dr. Patricia Benner im Jahr 1982 als Pflegemodell eingeführt. Der Kompetenzerwerb wurde durch neue erworbene Fähigkeiten sowie neu erlangtes Wissen vom Stadium des Anfängers bis zur Erlangung von Expertenwissen beschrieben. Das Modell zeigt auf, wie die Wissensentwicklung von Pflegepersonal in Bezug auf Wissen, Fähigkeiten, Kompetenzen und Fertigkeiten und das Pflegeverständnis für Patient*innen aufbringen zu können. Eine vollständige, erworbene theoretische Ausbildung und ein Lernen basierend auf Erfahrung kann Pflegende die Stufe vom Anfänger bis zur Stufe des Experten erklimmen lassen (Benner, 2017).

Eine Anleitung sowie Ausbildung in der Pflegepraxis durch Unterstützung von Coaches und Mentoren zeigt sich als sehr wichtig. Anfänger*innen müssen in der klinischen Praxis Erfahrungen sammeln und in der individuellen Pflege der Patient*innen, praktisch unterstützt werden können. Durch Versuch und Irrtum können Situationen beeinflusst werden, sowie neue Aspekte in der Pflegepraxis durch erfahrene Pflegepersonen und deren Unterstützung, erkennen lassen. Erfahrene Pflegende weisen individuelle gut geplante Patient*innenpflege gegenüber Anfänger*innen auf, da sie Pflegesituationen vorhersagen und beurteilen, um im Notfall adäquat darauf reagieren zu können. Individuelle Pflegezusammenhänge zeigen sich in ihren Kompetenzen die durch Mentoring sowie Mentoringprogramme erlangt werden können (Benner, 2017).

Durch spezielles Pflegewissen und deren Reflexion sowie erworbene Kompetenzen kann eine Entwicklung des Pflegeberufes aufrechterhalten werden. Eine individuelle Pflege weist einen wichtigen Indikator für die Qualität der Pflege auf und sollte in die Pflegeausbildung und -praxis integriert werden. Das Modell nach Benner "Vom Anfänger zum Experten" gibt den Pflegenden dabei einen theoretischen Rahmen für die Pflegepraxis vor. Dieses Modell soll darauf abzielen, das Bewusstsein zu schaffen, wertvolle Strategien für die Entwicklung individueller Pflegevorstellungen sowie der Pflegepraxis in pflegefachspezifischen Studien anbieten zu können (Ozdemir, 2019).

Berufsanfänger*innen

Berufsanfänger*innen bzw. fortgeschrittene Anfänger lösen Pflegeprobleme anders als erfahrene Pflegekräfte bzw. Pflegeexpert*innen. Neueinsteiger*innen sind darauf angewiesen, bewusst und überlegt analytisches Denken anzuwenden, um Problematiken lösen zu können. Von großer Bedeutung zeigt auch Wissen über Sachverhalte um Fortgeschrittene in der Pflegepraxis verzeichnen zu können. Praktisches Wissen und klinische Kenntnisse können erst im Laufe der Zeit erworben werden. Durch die Pflegetätigkeit von Pflegeexpert*innen und ihr vorhandenes „KnowHow“, kann aufgrund erklärender Darstellungen eine gelebte Praxis erfasst werden (Benner, 2017).

Unerfahrene Pflegekräfte können ihre Bildungsbedürfnisse erkennen, wenn Gelegenheiten zur direkten Pflegeerfahrung gegeben werden. Auch Vertrauen in Kompetenzen von Neueinsteiger*innen muss vorhanden sein. Theoretisches Wissen vor praktischen Einsätzen, aber auch klare Anweisungen und das Erlernen einfacher, durchzuführender Pflegetechniken stellt einen wichtigen Aspekt in der Einarbeitung dar (Koo & Lee, 2021).

Aktuell neueinsteigende, junge Pflegepersonen gehören nach der Generationenanalyse von Keller, (2015) der Generation „Z“ an. Sie werden auch als „Digital Natives“ (Keller, 2015) bezeichnet, welche ab dem Jahr 1995 geboren wurden.

Sie pflegen soziale Netzwerke qualifizieren sich für sich selbst weiter und kennzeichnen sich als realistisch sowie flexibel aus. Unternehmensbindungen werden von dieser Generation nicht erwünscht und sind eventuell kurzfristig für Projektbeziehungen bereit. Als eingeschränkt, vorhandene Kritikfähigkeit sowie eine geringe Frustrationstoleranz zu haben, werden „Digital Natives“ bezeichnet (Keller, 2015).

Fortgeschrittene Anfänger*innen

Als Fortgeschrittene Anfänger*innen können bei wiederkehrenden Situationen bereits Bewältigungsstrategien angewendet werden. Besonderheiten werden durch Erlebtes in der Realität auch erkannt. Handlungsweisungen werden formuliert und Richtlinien können benannt werden. Hilfestellungen wie unterstützende Maßnahmen im Setzen von Prioritäten bedürfen jedoch noch von Überwachungen durch Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten. In der Anleitung

müssen daher Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter zum Einsatz kommen (Benner, 2017).

Kompetent Pflegende

Kompetent Pflegende zeichnen sich noch nicht als so flexibel und schnell Pfl egetätigkeiten aus, haben aber ein Gefühl den Aufgaben und den Anforderungen im Beruf bereits gewachsen zu sein. Eine bewusste, überlegte Planung charakterisiert diese Fähigkeitsstufe und zeigt Unterschiede in der Entwicklung von Planänderungen welche von erfahrenen Pflegenden und die daraus resultierenden Sichtweisen auf Situationen bereits vorhanden sind (Benner, 2017).

Die Kompetenzen von „Kompetent Pflegenden“ zeigen sich in Pflegesituationen und des Gefühls, Aufgaben gewachsen zu sein. Ein bewusstes Planen und effizientes sowie organisiertes Handeln, charakterisiert diese Kompetenzstufe. Koordination und Übung in verschiedensten Pflegesituationen zu erhalten, bedarf an Coachingstrategien (Benner, 2017).

Die Grundlagen an früheren Erfahrungen anknüpfend, können von erfahrenen Pflegenden in Pflegesituationen wahrgenommen werden. Verschiedene Sichtweisen sind bereits vorhanden. Fähigkeiten auf Abweichungen von erwarteten Sachlagen in komplexen Situationen können aufgrund von Veränderungen erkannt werden. Ein weiterer Lernerfolg kann durch Fallbeispiele ausgebaut und erweitert werden (Benner, 2017).

Erfahrene Pflegende

Erfahrene und gut ausgebildete Pflegepersonen können individuelle Pflege leisten, Pflegeprobleme besser beobachten und die daraus resultierenden, relevanten Veränderungen für zukünftige auftretende Ereignisse erkennen. Sie vermögen darauf adäquat zu reagieren und Fachwissen kann durch ein klinisches Urteilsvermögen beeinflusst werden. Die Pflegequalität kann durch eine individualisierte Umsetzung des theoretischen als auch praktischen Wissenserwerbes weiterentwickelt werden. Pflegende haben ihre Erfahrung wissenschaftlich, kritisch und ethisch denkend weiterzuentwickeln (Ozdemir, 2019).

Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten

Professionell Pflegende stellen nach Benner (2017), Pflegepersonen dar, die nicht mehr auf das Handeln von analytischen Prinzipien angewiesen sind. Durch erworbene Erfahrungen können Situationen intuitiv erfasst werden und Probleme

direkt betrachtet sowie Lösungen gefunden werden. Dies können Kriterien, wie vertieftes Verstehen von Erkrankten sowie auch eine Perspektivenübernahme umfassen. Klinische Entscheidungen können von professionell Pflegenden ethisch reflektiert werden. Es wird eine „Exzellenz“ in der Pflegepraxis angestrebt, die die durch Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten in einem patientenzentrierten, ergebnisorientierten sowie ethischen Ansatz bedeutsam macht.

Eine sinnhafte Deutung von Pflegephänomenen welche von professionell Pflegenden erkannt werden können, bezieht sich auf das hermeneutische Fallverstehen. Kernelemente sowie die Auslegung von Pflegephänomenen dienen der Grundlage, der Kunst von Auslegungen. Hermeneutik wird aus dem Griechischen abgeleitet und bedeutet erklären, auslegen, ersetzen. Dies bedeutet: „Unverständliches verstehbar machen“. Das Ziel soll eine sinnhafte Deutung von Pflegephänomenen beziehungsweise Sachverhalt eines Kontextes sein. Aspekte der Pflege werden durch das Grundprinzip der Hermeneutik ausgelegt. Dadurch nimmt das Verstehen in Bezug auf Bedeutungen durch Pflegephänomene der Patientinnen und Patienten zu (Schrems, 2019).

4.3 Praktische Anleitung nach dem Kompetenzmodell nach Benner

Grundwissen und Kompetenzen von Lernenden müssen vorausgesetzt werden können, um aufbauende Informationen sowie Lösungen entwickeln und Entscheidungen treffen zu können. Lernende müssen Sicherheit und Selbstverantwortung entwickeln können, welche durch Simulationen im Pflegesetting gefördert werden können (Arens et al, 2017).

In der täglichen Praxis gilt es, die Sensitivität in der Experten-Rolle als Fürsprecher für die Patientinnen und Patienten umzusetzen. Exzellente Pflegeteams werden durch hohe pflegerische und psychosoziale Kompetenzen sowie durch ihre speziell erworbenen Fachkompetenzen in den jeweiligen Settings ausgezeichnet (Benner, 2017).

Benner (2017) zeigt in ihrem fünf-stufigen Kompetenzmodell auf, welche verschiedenen Kompetenzstufen von Pflegefachkräften erreicht werden können. Anfänger richten demzufolge ihr Handeln nach Regeln, die ihnen bekannt sind aus. Fortgeschrittene Anfänger erkennen wiederkehrende Situationen und bewältigen diese anhand von Regeln und den eigenen Erfahrungen. Ein Kompetenter handelt

planvoll, Erfahrene begreifen Situationen im Ganzheitlichen. Experten erfassen Situationen ganzheitlich, greifen auf Regeln und Erfahrungswissen zurück, handeln planvoll und intuitiv und können individuell auf Situationen eingehen (Benner, 2017).

Pflegende müssen laut Behrens & Langer (2016) in der Weiterentwicklung ihrer Fähigkeiten unterstützt und gefördert werden. Evidence Based Nursing (EBN) stellt die Nutzung der derzeit besten wissenschaftlich belegten Erfahrung Dritter im Arbeitskontext zwischen professionell Pflegenden und Pflegebedürftigen.

Die Pflegepraxis basiert auf Erfahrungen, Beziehungen und Interaktionen mit und durch Teams an neonatologischen Intensivstationen, sowie des Pflegemanagements. Das Ziel ist es, „Best Practices“ im Rahmen der Pflegepraxis mit fragilen Kindern auf neonatologischen- und pädiatrischen Intensivstationen integrieren zu können. Folgeerkrankungen sollen dadurch minimiert werden, um das Überleben von neonatologischen Intensivpatient*innen zu gewährleisten. Frühgeborene, die einer besonderen und individuellen und präzisen Pflege bedürfen, müssen Fachkräfte berücksichtigen, um das Risiko von oft irreversiblen Folgen und sogar das Risiko des Todes verringern zu können (Klock et al. 2019).

In einer systematisch, literaturgestützten Übersichtsarbeit, weisen positive Auswirkungen und effektive Strategien von Mentoring für den Übergang in die Praxis von Neueinsteiger*innen der Pflege auf. Mentoring-Programme können positive Aspekte im Hinblick auf Kompetenzen und Arbeitszufriedenheit sowie auf den weiteren Verbleib im bestehenden Arbeitsverhältnis aufweisen. Sie verweisen auch auf weitere Forschung im Hinblick auf beeinflussende Faktoren sowie etwaige verursachende Abweichungen hin, damit Mentoren auf Veränderungen achten und sofort intervenieren können (Vidal & Olley, 2020).

Die Botschaft Benners (2017), weist eine Reihe an Empfehlungen und Anliegen als Aufruf des professionellen Handels auf. Diese umfasst die Kernkompetenzen und Werte in der Pflege durch klinische Entscheidungsfindung und Sicherheit sorgen sowie eine professionelle Aufmerksamkeit und Verantwortung in der Pflege. Die ethische Haltung hat einen hohen Stellenwert in den Curricula der Ausbildungen sowie eine patientenorientierte Entscheidungsfindung treffen zu können.

Um zukünftige Generationen pflegepädagogisch unterrichten zu können, haben auch Master- und PhD-Studierende diese Aufgaben zu übernehmen. Pflegende haben Reformen in der Praxis durchzuführen und sich in der Öffentlichkeit für ein besseres Gesundheitssystem einzusetzen. Hierfür ist ein Wissen in der Organisationsentwicklung und der Strategieentwicklung angezeigt, um Organisationen verändern zu können (Benner, 2017).

Wissen und „Know-How“ von Pflegepersonen und Pflegeexpert*innen kann durch systematisches Festhalten aus Erfahrungen in der Pflegepraxis weiterentwickelt werden. Die Pflegeforschung kann von Pflegenden profitieren, wenn Einschätzungen und Beobachtungen sowie Einstellungen und Veränderungen miteinander Austausch erfahren. Ein gemeinsames Verständnis und Engagement für Patient*innen muss vorhanden sein, dies könnte als Kunst und Wissenschaft in der Pflege bezeichnet werden (Benner, 2017).

4.4. Herausforderungen und Belastungen der praktischen Anleitung

Erfahrungen von neonatologisch-pädiatrischem Intensivpflegepersonal bei der Betreuung von Hochrisiko-Neugeborenen zeigen Qualitätsverbesserungen sowie bedeutende Verbesserungen in der Lebensqualität der Patient*innen neonatologischer Intensivstationen (Refrande et al. 2018).

Die Wichtigkeit der Lernbereitschaft dient als zentraler Faktor für die Bereitstellung einer hochwertigen Pflege in der neonatologisch- pädiatrischen Intensivpflege. Auswirkungen auf die Ausbildung und die Praxis von Pflegefachkräften müssen erkannt werden, aber auch Lücken und Ausrichtungen entsprechender Bildungsstrategien in der neonatologischen Intensivpflege. Dies erfordert klinische Coaches sowie Lehrpläne in der Praxis, um das Lernen von unerfahrenen Pflegekräften zu unterstützen, insbesondere in Spezialbereichen wie der neonatologischen Intensivstation (Spence, et al 2016).

Neueinsteigende Pflegepersonen werden angesichts des derzeitigen Arbeitskräftemangels als wertvolle Ressource im Gesundheitswesen gesehen. Anspruchsvolle Arbeitsbedingungen wie Schichtarbeit, Überstunden und hohe Patientenanforderungen stellen ein Phänomen als „Realitätsschock“ (Foster et al, 2016), besonders an Akutpflegeabteilungen, wie neonatologischer und pädiatrischer Intensivstationen dar.

Der Beginn als Berufseinsteiger*innen in der Pflege signalisiert grundlegend die Entstehung einer komplexen Übergangszeit für jede einzelne Pflegeperson. Es können stressige und herausfordernde Erfahrungen sein, da Verantwortungsbereiche nach der Phase der Studienzeit bis hin zur Registrierung als Pflegeperson zunehmen. (Foster et al, 2016).

Dabei werden sie infolgedessen den anspruchsvollen Arbeitsbedingungen, Patientenbelastungen, der Schichtarbeit und den obligatorischen Überstunden ausgesetzt. Es werden begrenzte Möglichkeiten der Patientinnen und Patientenversorgung sein und diese auch qualitativ hochwertig ausüben zu können, die in der Ausbildungszeit bereits praktiziert werden konnten. Angst und Stresserleben sowie mangelndes Vertrauen und geringes Selbstwertgefühl lassen einen inneren Konflikt entstehen. Neonatologisch- pädiatrische Intensivsettings zeigen Beispiele auf, in denen eine spezialisierte Pflege von frühgeborenen, kranken oder sterbenden Kindern erforderlich ist (Foster et al, 2016).

Die Arbeit in diesem Bereich erfordert eine Reihe von speziellen Fähigkeiten und Kenntnissen in Bezug auf die perinatale, vorgeburtliche und Entwicklung von Neugeborenen, Pflege und Betreuung von frühgeborenen Kindern sowie mögliche angeborene Anomalien. Da die Praxis von Pflegekräften auf einer Philosophie der familienzentrierten Pflege basiert müssen Pflegepersonen auf neonatologischen Intensivstationen in der Lage sein, auch die Eltern in dieser Zeit unterstützen zu können (Foster, 2016).

Krankenpflegepersonen auf neonatologisch- pädiatrischen Intensivstationen arbeiten, müssen mit harten Realitäten in ihrem Setting, sowie möglichen, ethischen Dilemmata umgehen lernen. Aufgrund der Art von neonatologisch- pädiatrischen Intensivstationen oder „Special Care Nurse“ nach Foster et al, 2016, können neueinsteigende Pflegepersonen im Vergleich zu anderen neuen Absolventen, die im Setting der Allgemeinpflege arbeiten, einen komplexeren Rollenwechsel erfahren (Foster et al. 2016).

4.5.Ausbildungen der Gesundheits- und Krankenpflege in Österreich

Die Ausbildung im gehobenen Dienst zur Gesundheits- und Krankenpflege wird in Österreich seit dem Jahr 2008 zusätzlich zu den Ausbildungsstätten der Gesundheits- und Krankenpflege als primärqualifizierendes Studium an

Fachhochschulen angeboten (RIS, 2017). Mit Jänner 2014 trat Punkt 1 mit dem Paragraphen §31 in der Fassung des Bundesgesetzblattes 2015 in Kraft, sowie Punkt 2 mit den Paragraphen §34 und §35 außer Kraft. Jedoch nur dann, wenn die Ausbildung aufgrund der Evaluierung im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege noch nicht ausreichend durch FH - Bachelorstudiengänge bedarfsdeckend sichergestellt werden konnte (Hauser, 2020).

Ausbildungsstätten für Gesundheits- und Krankenpflege

Entsprechend dem GuKG 2016/17 laufen die bisher 3-jährigen Ausbildungen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege an den Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege aus. Die Ausbildung in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege dauerte drei Jahre und diente der Vermittlung der zur Ausübung des Berufes erforderlichen theoretischen und praktischen Kenntnisse und Fertigkeiten. Die Ausbildung umfasste in Theorie und Praxis 4600 Stunden (Hauser, 2020).

Die spezielle drei-Jährige Grundausbildung in der Kinder- und Jugendlichepflege mit einem Stundenausmaß von mindestens 4600 Stunden in theoretischer und praktischer Ausbildung trat aufgrund gesetzlicher Bestimmungen im Jahr 1997 und mit dem Jahresende 2017 außer Kraft. Somit wurde die spezielle Grundausbildung obsolet (RIS, 2021).

Fachhochschulstudiengänge

Durch weitreichende Veränderungen im Gesundheitssektor welches versorgungsstrukturell und ökonomisch betreffend sowie des demografischen Wandels durch die Novellierung (2016) die bisherige Ausbildung durch ein primärqualifizierendes Studium in der Gesundheits- und Krankenpflege, abgelöst. Die sechs- semestrige Ausbildung endet mit einem akademischen Abschluss. In diesem wird der Titel „Bachelor of Science“ (BSc) der Gesundheits- und Krankenpflege mit der Berufsberechtigung in der Gesundheits- und Krankenpflege verknüpft (Gesundheit & Soziales, 2021).

In der Fassung der FH-Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung vom 12.08.2021 müssen Absolvent*innen Kompetenzen wie Fachkompetenz, sozial-kommunikative Kompetenz und Selbstkompetenz erwerben (RIS, 2021).

Um die personale Kompetenz in der Pflege zu konkretisieren werden Überschneidungen und Ergänzungen im Hinblick auf Pflegende beschrieben, wie Anpassungsfähigkeit, Belastbarkeit, Beurteilungsfähigkeit, Empathie, emotionale Stabilität, aber auch Entscheidungsfähigkeit, Flexibilität, Fürsorglichkeit, Konfliktfähigkeit, Kritikfähigkeit, sowie Leistungsfähigkeit, Motivation, Mut, Offenheit, politisches und kollektives Bewusstsein, Reflexionsfähigkeit, Respekt, Selbstbewusstsein, Selbstständigkeit, Selbstvertrauen, Verantwortungsbewusstsein, Wahrnehmungsfähigkeit, Wertebewusstsein und Zuverlässigkeit. (Bomball & Niebuhr, 2016, S. 66).

Mindestanforderungen an die Ausbildung nach Paragraph 2. Die Gesamtdauer der theoretischen und praktischen Ausbildung in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege hat mindestens drei Jahre und mit einem Stundenausmaß von mindestens 4600 Stunden zu betragen. Die praktische Ausbildung hat mindestens ein Stundenausmaß von 2300 Stunden zu betragen. Eine Stunde im Rahmen der theoretischen Ausbildung hat 45 Minuten und eine Praktikumsstunde 60 Minuten zu umfassen. Ein Praktikum muss mindestens 160 Stunden in einem Praktikumsbereich umfassen (Hauser, 2020).

In der Inhaltsübersicht des Abschnittes 1 werden das Qualifikationsprofil nach §1 die Mindestanforderungen in §2 sowie die Gestaltung der Ausbildung in §3 fachliche und §4 didaktische Grundsätze beschrieben. Im Abschnitt 2 wurden die Mindestanforderungen an Studierende in §5, in §6 für Lehrende und der Praktikumsanleitung in §7 festgesetzt. In ihren Anlagen müssen Fachkompetenzen, Sozialkommunikative Kompetenzen und Selbstkompetenz sowie die wissenschaftliche Kompetenz aber auch Mindestinhalte der Ausbildung der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege und der praktischen Ausbildung vorhanden sein (Hauser, 2020).

Absolvent*innen haben im Rahmen ihrer Ausbildung nachfolgend genannte Fachkompetenzen, welche Fach- und Methodenkompetenz, sowie instrumentell - technische Kompetenzen umfassen für ihre Berufsausübung erworben. Die Fachkompetenz wird abgeleitet von Aufgabenfeldern der Pflege und Individuums bezogene sowie in organisationsbezogene Kompetenz gegliedert. Qualifikationsprofile und gestellte Mindestanforderungen der Ausbildung sind definiert (Hauser, 2020).

Eine Definition des Qualifikationsprofils und die Mindestanforderungen an die Ausbildung werden ebenso im Gesetzestext erläutert. Die Ausbildungen der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege finden im Rahmen von Fachhochschulstudiengängen statt. Die Anforderungen an das Bachelorstudium werden durch die zu erlangenden Fachkompetenzen, die sozialen Kompetenzen und der Selbstkompetenz auch durch eine wissenschaftliche Kompetenz definiert (RIS, 2021).

Für die Ausbildung im Rahmen des Bachelorstudiums entsprechend sind standortbezogene Schwerpunkte nur unter der Voraussetzung zulässig, wenn die erforderlichen Kompetenzen auch entsprechend vorgesehener „Taxonomiestufen“ gewährleistet werden können. Die Studiengänge der Gesundheits- und Krankenpflege an Fachhochschulen müssen in einer dreijährigen Ausbildung theoretisch sowie auch praktisch ein Stundenausmaß von mindestens 4600 Stunden aufweisen. In einer praktischen Ausbildung muss eine Mindeststundenanzahl von 4600 Stunden erbracht werden (Hauser, 2020).

Nach dem Paragraphen §6 zufolge, haben auch Lehrende an Fachhochschul-Bachelorstudiengängen für Gesundheits- und Krankenpflege eine mindestens zweijährige Berufserfahrung vorzuweisen sowie eine Eignung in der Vermittlung von pädagogisch-didaktischen Ausbildungsinhalten. In der theoretischen Ausbildung im Bereich Kinder- und Jugendlichenpflege und der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege können Personen mit entsprechenden Berechtigungen zur Ausübung dieser Spezialaufgaben herangezogen werden (Hauser, 2020).

Die Kompetenzbegriffe in der Gesundheits- und Krankenpflege - Ausbildung werden im konsolidierten Bundesrecht des österreichischen Rechtinformationssystems (RIS, 2021) dargelegt.

In der Inhaltsübersicht des Abschnittes 1 werden das Qualifikationsprofil nach §1 die Mindestanforderungen in §2 sowie die Gestaltung der Ausbildung in §3 fachliche und §4 didaktische Grundsätze beschrieben. Im Abschnitt 2 wurden die Mindestanforderungen an Studierende in §5, in §6 für Lehrende und der Praktikumsanleitung in §7 festgesetzt. In ihren Anlagen müssen Fachkompetenzen, Sozialkommunikative Kompetenzen und Selbstkompetenz sowie die wissenschaftliche Kompetenz aber auch Mindestinhalte der Ausbildung

der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege und der praktischen Ausbildung vorhanden sein (Hauser, 2020).

Ein mindestens zweijähriger Berufsnachweis dieser Spezialaufgabe muss vorhanden sein sowie die Fähigkeit, pädagogisch- didaktische Ausbildungsinhalte dieses Settings vermitteln zu können. Die medizinisch- und pharmakologischen Anteile dieser theoretischen Ausbildung fallen in den Fachbereich der qualifizierten Mediziner sowie der Apotheke (RIS, 2021).

Als Lehrende dürfen auch Pflegepersonen des Gesundheits- und Krankenpflegebereiches im Fachhochschul- Bachelorstudium fungieren, sofern einschlägige Qualifikationen, Berufserfahrung und pädagogische-didaktische Kompetenzen zur Vermittlung von theoretischen Ausbildungsinhalten vorhanden sind (RIS, 2021).

Spezialisierungen in der Gesundheits- und Krankenpflege

Um spezielle Fachausbildungen erlangen zu können, werden Spezialisierungen an Grundausbildungen angeschlossen, wie z.B. die Sonderausbildung in der Kinder- und Jugendlichenpflege welche mindestens ein Jahr andauern muss und ein Mindestmaß an 1600 Stunden in theoretischer und praktischer Ausbildung zu umfassen hat. Um Bedürfnisse der Intensivpflege im neonatologischen und pädiatrischen Setting eingehen zu können, wird eine Spezialisierung in der Kinderintensivpflege an einigen Ausbildungsstätten in Österreich angeboten. Die Voraussetzung für eine Spezialisierung stellt eine erfolgreiche Absolvierung durch eine Befugniserweiterung (Niveau 2) in einer Zeitspanne von innerhalb fünf Jahren vor (Hauser, 2020).

4.6.Praxisanleitung im Setting der Gesundheits- und Krankenpflege

Dem Rechtsinformationssystem (RIS) zufolge, hat die Praktikumsanleitung für die Ausbildung an den Praktikumsstellen bei pflegespezifischen Praktika durch Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege zu erfolgen. Die für die Praktikumsanleitung vorgesehenen Personen müssen über eine mindestens zweijährige facheinschlägige Berufserfahrung in einem für das jeweilige Praktikum relevante Berufsfeld verfügen sowie pädagogisch-didaktisch geeignet sein, um in den Praktika die zu erwerbenden Kompetenzen, vermitteln zu können. (Hauser, 2020).

Ebenso wird eine Mindestanforderung an die Praktikumsanleitung sowie die der Lehrenden wie folgt im Bundesrecht konsolidiert, beschrieben.

Nach §7 hat die Praxisanleitung für Auszubildenden durch den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege von fachkompetenten Pflegepersonen in spezifischen Pflegepraktika zu erfolgen. Die für die Praxis vorgesehenen Praxisanleiter*innen haben eine mindestens zweijährige, facheinschlägige Berufserfahrung aufzuweisen sowie auch über das relevante Berufsfeld des Praktikums. Die Kompetenzen einer pädagogisch- didaktischen Vermittlung im praktischen Setting müssen gegeben sein. Fachkompetente Pflegepersonen haben nach §7 höchstens zwei Auszubildende der Fachhochschulstudent*innen kontinuierlich anzuleiten. Der Ausbildungsschlüssel soll zudem 1:2 betragen (RIS, 2021).

In der Rolle der praxisanleitenden Pflegefachperson werden sowohl Kompetenzen als auch Ansprüche gestellt. Diese bedürfen auch berufspädagogischer Weiterbildungen. Die Anleitung von neueinsteigenden Pflegepersonen bedarf einer Handlungskompetenz welche sich in Kernkompetenzen widerspiegeln. Die Fachkompetenz erfordert fachliches Können und Wissen sowie die Bereitschaft dies an anzuleitende Pflegepersonen transferieren zu können. Ebenso die Bereitschaft als individuelle Persönlichkeit die Anforderungen im Pflegeberuf wahrnehmen zu können, zeigt von personaler Kompetenz (Mammerow, 2021).

Die Mindestanforderungen an die praktische Ausbildung im Rahmen der Praktischen Anleitung von Auszubildenden wird wie folgt in der Rechtsvorschrift des FH- GuKG (Fachhochschul-Gesundheits- und Krankenpflegegesetz) beschrieben. Bei der Gestaltung der praktischen Ausbildung sind die in den §3 und §4 festgelegten fachlichen und didaktischen Grundsätze umzusetzen. Die praktische Ausbildung an den Praktikumsstellen hat in den nachstehend angeführten Versorgungs- und Fachbereichen zu erfolgen. Dabei ist sicherzustellen, dass mindestens 1840 Stunden der praktischen Ausbildung in den folgenden Bereichen absolviert werden, wobei in jedem der angeführten Bereiche ein Praktikum zu absolvieren und davon mindestens 1060 Stunden in der Akutpflege (Hauser, 2020).

In Akutkrankenanstalten mit operativen, konservativen, geburtshilflichen, pädiatrischen und/oder psychiatrischen Fachbereichen und in der Langzeitpflege

in Einrichtungen, die der stationären beziehungsweise teilstationären Betreuung pflegebedürftiger, alter sowie psychisch kranker Menschen dienen. In der mobilen Pflege stehen Einrichtungen und Organisationen, wie die Hauskrankenpflege oder andere Gesundheitsdienste zur Auswahl. In der Prävention und Rehabilitation können Einrichtungen die der Gesundheitsvorsorge dienen oder eine Rehabilitation anbieten, gewählt werden. Ein Ausmaß an höchstens 320 Stunden der praktischen Ausbildung, können auch in Bereichen stattfinden, wie der freiberuflich tätigen Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege sowie auch im öffentlichen Gesundheitsdienst (Hauser, 2020).

Auch in Ordinationen und Praxisgemeinschaften können im niedergelassenen Bereich aber auch in Betreuungseinrichtungen, wenn der Bezug zur Gesundheits- und Krankenpflege gegeben ist Praktika absolviert werden. Den Studierenden muss dabei ein Praktikum nach freier Wahl ermöglicht werden (Hauser, 2020).

Von sozialer Kompetenz kann gesprochen werden, wenn in sozialen Beziehungen, Konfliktfähigkeit und kommunikative Kompetenz vorhanden sind. Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter müssen Methodenkompetenz aufweisen, aber auch mit Methoden und Techniken vertraut sein, um Lernprozesse planen und steuern zu können (Mammerow, 2021).

Die Funktion von Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter spielen für Berufsanfänger*innen eine zentrale Rolle. Die Berücksichtigung von Richtlinien und Zusammenhänge im Setting der praktischen Anleitung kann Berufseinsteiger*innen ermöglichen, sich in der neuen Rolle willkommen zu fühlen (Benner, 2017).

Eine Expertise kann auch situationsabhängig sein, was bedeutet, dass nicht alle Pflegekräfte Expert*innen in Situationen sind und die Erfahrung in ähnlichen, klinischen Settings sich Ebenen des Kompetenzerwerb unterscheiden können. Kompetenzen und Fertigkeiten aber auch fortgeschrittene Fertigkeiten und Kenntnisse erfordern Wissen. Dieses Wissen sammeln Pflegepersonen zunehmend durch eigene Erfahrungen im Pflegealltag. (Benner, 2017).

Folgendes Zitat von Patricia Benner beschreibt das Handeln von Pflegeexpert*innen in Situationen treffend:

„The expert performer no longer relies on analytic principle (rule, guideline, maxim) to connect her or his understanding of the situation to an appropriate action. The expert ... now has an intuitive grasp of each situation and zeroes in on the accurate region of the problem without wasteful consideration of a large range of unfruitful, alternate diagnoses and solutions.“(Benner, 1984:31 in Mortimer et al, 2021, Vol.30 (11), S.657).

5. Methodik

In diesem Kapitel soll die Methodik dieser Masterarbeit beschrieben werden. Für die Beantwortung der Forschungsfragen der vorliegenden Master-Thesis wurde ein qualitativer Forschungsansatz gewählt. Die Querschnittstudie stellt eine Momentaufnahme dar, wie neonatologische- und pädiatrische Intensivpflegepersonen den Onboarding-Prozess von Berufsanfänger*innen mit generalistischer Ausbildung im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege erleben. Dies betrifft die neueinsteigenden Pflegepersonen auf neonatologischen und pädiatrischen Intensivstationen mit generalistischer Ausbildung und jene Pflegepersonen die in den Einarbeitungsphasen als Mentoren agierten. Eine zentrale Rolle spielen hierbei die Herausforderungen in der Einarbeitungszeit. Die Auswahl der Teilnehmer*innen, die Datenerhebung und Datenanalyse sowie ethische Aspekte finden hier ihre Berücksichtigung. Im Fokus dabei steht die ganzheitliche Betrachtung dieser Thematik aus der Perspektive der Befragten und deren Bedeutung (Mayer, 2019).

5.1.Methode der Literaturrecherche

Die Recherchetätigkeit begann mit einer Handsuche bezüglich Fachliteratur in der Bibliothek der Universität Wien. Zudem wurden Online- Fachzeitschriften gesichtet. Dabei wurden wesentliche Begriffe definiert und daraus ergaben sich Ein- und Ausschlusskriterien.

Um die aktuelle Forschungsfrage beantworten zu können, wurden die Datenbanken für die Suche von Forschungsarbeiten sowie aktuelle Literatur ab dem Jahr 2012, bildeten via der Benutzerplattform EBSCO HOST die Datenbank CINAHL, über die Benutzerplattform PubMed via Benutzerplattform OVID sowie den elektronischen Bibliothekskatalog OPAC der medizinischen Universität Wien. Die Einschlusskriterien bezogen sich auf wissenschaftliche Literatur in deutscher und englischer Sprache. Nicht wissenschaftliche Literatur in allen anderen Sprachen wurden ausgeschlossen. Zudem wurden Volltexte und Abstracts als Einschlusskriterien definiert werden. Literatur ohne vorhandene Abstracts sowie nicht einsehbare Volltexte wurden ausgeschlossen. In der anschließenden Tabelle 1 werden die Ein- und Ausschlusskriterien dargestellt.

Einschlusskriterien:	Ausschlusskriterien:
Publikation: wissenschaftliche Literatur	Publikation: nicht wissenschaftliche Literatur
Zeitraum: ab dem Jahr 2012	Zeitraum: vor 2012
Sprache: Deutschsprachige und Englischsprachige Literatur	Sprache: Alle anderen Sprachen
Abstract: vorhanden	Abstract: nicht vorhanden
Volltext: zu erhalten	Volltext: nicht einsehbar

Tabelle 1: Ein und Ausschlusskriterien zur Literaturrecherche (eigene Darstellung)

Die verwendeten Suchbegriffe werden in folgender Tabelle 2 und das Suchprotokoll der verwendeten Datenbanken ist in den Tabellen 3 und 4 und 5 ersichtlich.

Pflegepersonen NICU	Caregivers NICU
Neonatologische Intensivstationen	Neonatal intensive care unit
Unerfahrene Pflegepersonen	Inexperienced caregivers NICU
Neonatologische Intensivpflege	Neonatal intensive care nursing
	Novice
Pflegepersonal NICU	Caregivers NICU
	Novice nurse NICU

Tabelle 2: Suchbegriffe (eigene Darstellung)

Datenbank	Alle Treffer	Relevante Treffer nach Thema	Endauswahl nach Volltext
PubMed	468	3	3
CINAHL	356	7	7
Literatursuche Handsuche	40	26	3
Gesamt	91	34	13

Tabelle 3: Suchprotokoll Datenbanken (eigene Darstellung)

CINAHL		
Suchbegriffe	Treffer insgesamt	Relevante Treffer
Caregivers „AND“ NICU „OR“	0	0
Neonatal intensive care nursing „AND“ Novice	12	1 relevanter Treffer
Caregivers NICU „AND“ inexperienced caregivers	3	0
Neonatal Intensive Care Unit „AND“ novice nurse	23	4 relevante Treffer
Inexperienced caregivers „AND“ novice nurse „AND“ NICU	13	2 relevanter Treffer
Inexperienced caregivers „OR“ novice nurse	306	2 relevante Treffer
Novice nurse „AND“ NICU	2	1 relevanter Treffer

Tabelle 4: Suchprotokoll CINAHL (eigene Darstellung)

PubMed		
Suchbegriffe	Treffer insgesamt	Relevante Treffer
Caregivers „AND“ „OR“ NICU	430	1 (nur Abstract)
Neonatal intensive care unit „AND“ Novice	4	1
Caregivers NICU „AND“ inexperienced caregivers	29	0
Neonatal intensive care unit „AND“ novice nurse	2	1
Inexperienced caregivers „OR“ novice nurse	3	1

Tabelle 5: Suchprotokoll PubMed (eigene Darstellung)

5.2. Forschungsdesign

Auf Grund einer geringen Studienlage zu der zu untersuchenden Thematik, wurde im Rahmen dieser Arbeit eine qualitative Untersuchung gewählt. Diese bietet die Möglichkeit, genaue Informationen über ein bestimmtes Merkmal von definierten Gruppen oder von bestimmten Situationen zu erhalten (Mayer, 2019).

Das Ziel der qualitativen Forschung ist es, ein Phänomen durch die Sichtweise von Personen zu eruieren und die Bedeutung aller daran Beteiligten herausfinden zu können (Mayer, 2019).

5.3. Setting und Stichprobe

Die Stichprobe in der qualitativen Forschung zielt darauf ab, individuelle Wirklichkeiten aus Sicht der befragten Personen aufzuzeigen, um eine zielführende Theorie daraus generieren zu können. Es geht hierbei nicht um eine Menge an Perspektiven, sondern um die mitgeteilten Inhalte selbst. Von Datensättigung kann gesprochen werden, wenn sich keine weiteren Erkenntnisse durch weitere Interviews eruieren lassen. Die Auswahl an Interviewpartnerinnen und Interviewpartner soll das Ziel verfolgen, eine nützliche Stichprobe für einen ausreichenden Informationsgewinn zu erhalten. Das zu untersuchende Phänomen

soll adäquat und präzise beschrieben werden sowie eine angemessene Größe der Datensättigung aufweisen (Mayer, 2019).

Um diesen Kriterien gerecht zu werden, wurde bei der Auswahl der Interviewpartnerinnen und Interviewpartner darauf geachtet, dass neonatologisch-pädiatrische Intensivpflegepersonen und neueinsteigende Pflegepersonen mit generalistischer Ausbildung an einer „Neonatologie mit Level I“ und pädiatrischen Intensivstationen beschäftigt sind. Die Einrichtungen haben sich auf die Bundesländer Wien und Niederösterreich aus zeitökonomischen Gründen beschränkt. Ebenso sollte die Berufserfahrung im Setting der neonatologischen und pädiatrischen Intensivpflege sowie die neueinsteigenden Pflegepersonen mit generalistischer Ausbildung bei der Stichprobe abgelenkt werden, um Herausforderungen erfassen zu können.

In der Tabelle 6 werden die Ein- und Ausschlusskriterien des Settings und der Stichprobe wie folgt dargestellt.

Ein und Ausschlusskriterien Setting und Stichprobe

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Setting: Neueinsteigende Pflegepersonen mit generalistischer Ausbildung an Fachhochschulen im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege in Österreich an neonatologischen Intensivstationen	Setting: Pflegepersonen nicht neueinsteigend im Pflegefachgebiet-neonatologisch- pädiatrischem Intensiv-Setting Neueinsteigende Pflegepersonen mit Spezialisierung in der Kinder- und Jugendlichenpflege / Kinderintensivpflege
Neueinsteigende Pflegepersonen mit allgemeiner Ausbildung an Gesundheits- und Krankenpflegeschulen im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege	Pflegepersonen im nicht pädiatrischen Intensivpflege Setting
Pflegepersonen als Mentoren an neonatologische-pädiatrischen Intensivstationen im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege	Auszubildende
Mentoren mit Spezialisierungen	Mentoren ohne Spezialisierungen
Pflegepersonen an neonatologischen-pädiatrischen Intensivstationen Wien und Niederösterreich	Alle anderen Pflegepersonen im pädiatrisch- neonatologischem Setting

Tabelle 6: Ein- und Ausschlusskriterien zur Literaturrecherche (eigene Darstellung)

Die Rekrutierung der neun befragten Pflegepersonen im Setting der pädiatrische-neonatologischen Intensivpflege erfolgte nach der erhaltenen Einverständniserklärung der LGA (Landes Gesundheits- Agentur) Niederösterreich sowie des Wiener Gesundheitsverbundes über berufliche Kontakte der Forscherin. Die Datenerhebung fand mittels leitfadengestützter Interviews mit Pflegepersonen, die an einer neonatologischen Intensivstation tätig sind, statt. Die Interviews wurden mit Pflegepersonal die eine spezielle Ausbildung in der Kinderintensivpflege des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege aufweisen sowie auch mit neueinsteigenden Pflegepersonen mit generalistischer Ausbildung, durchgeführt.

Die zur Verfügung stehenden Interviewpartner*innen waren bereits seit einem bis fünf Jahren an einer neonatologischen Intensivstation beschäftigt und haben bereits als Mentoren neueinsteigende Pflegepersonen mit generalistischer Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege praktisch angeleitet. Die Mentoren wiesen jeweils Spezialisierungen in der Kinderintensivpflege auf. Weitere Interviewpartner*innen haben bereits einen Onboarding-Prozess im neonatologischen Intensivpflegesetting durchlaufen und waren an den jeweiligen Abteilungen tätig. Pflegepersonen welche sich noch im Ausbildungsstatus befanden bzw. jene sie in anderen pädiatrisch- neonatologischen Überwachungssetting tätig sind sowie im nicht pädiatrischen Intensivpflege-Setting wurden den Ausschlusskriterien zugeordnet. Pflegepersonen an neonatologische- pädiatrischen Intensivstationen in Wien und Niederösterreich wurden in die Studie miteingeschlossen.

5.4. Methoden der Datenerhebung

Die Einholung der Zustimmung für Interviewpartnerinnen und Interviewpartner erfolgte durch eine schriftliche Kontaktaufnahme der kollegialen Führungen der Pflegedirektionen der jeweiligen Kliniken der Pflege- und Kompetenzentwicklung des Wiener Gesundheitsverbundes sowie der LGA Niederösterreich der Forschungsstelle NOE-LGA, sowie der Personalvertretung des Betriebsrates. Eine umfassende Information und Aufklärung hinsichtlich des Forschungsprojektes erhielten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer vorab.

Bei bestehendem Interesse wurden diese von der Forscherin kontaktiert und über das weitere Procedere informiert. Die bereitwilligen Interviewpartnerinnen und Interviewpartner wurden per mail kontaktiert. Die Kontaktdaten wurden von einer Pflegeperson der Praxisanleitung im Einverständnis der Autorin zur Verfügung gestellt. Nach erfolgter Kontaktaufnahme wurden für die Interviews jeweils Zoom Termine vereinbart.

Im Rahmen der Datenerhebung konnten neun problemzentrierte, leitfadengestützte Interviews durchgeführt werden (Witzel, 2000). Letztendlich bestimmen die Daten der Interviews die erreichte Datensättigung, welche durch die Datenerhebung in den neun geführten Interviews erreicht werden konnte.

Ein Interviewleitfaden wurde im Vorhinein mit offenen Fragen formuliert und diente als Hilfestellung bei der Durchführung der Interviews. Die Befragten wurden zu freien Erzählungen angeleitet und direkt an das Problem angeknüpft, beziehungsweise immer wieder von der Forscherin darauf zurückgeführt. Die Interviews dauerten zwischen dreißig und achtzig Minuten.

Durch ein vorab durchgeführtes Probeinterview des erstellten Leitfadeninterviews konnte dieser Leitfaden unverändert verwendet werden. Darüber hinaus konnte eine Überprüfung des Leitfadens beziehungsweise der Eingangsfragen, die nicht am Forschungsprojekt beteiligt waren, durchgeführt werden.

Laut Mayring (2016) wird das problemzentrierte Interview anhand des Leitfadens, der aus Fragen und Erzählanreizen besteht, geführt. Diese Form des Interviews enthält auch biografische Daten in Hinblick auf das thematisierte Problem. Zusätzliches Datenmaterial konnte durch Nachfragen noch eruiert werden. Der Leitfaden während des Interviews gab grob vor welche Fragen in welcher Reihenfolge gestellt wurden, diese mussten aber nicht unbedingt die Reihenfolge der angeführten Fragen einhalten. Die Forscherin hatte die Möglichkeit, Vertiefungs- und Zusatzfragen je nach Situation zu stellen welche sich aus dem Gesprächsverlauf ergaben. Bei den Fragen handelte es sich um offene Fragen ohne festgelegte Antwortmöglichkeiten.

Offene Fragen wurden formuliert, um zum Erzählen zu motivieren dadurch sollten die individuellen Erfahrungen besser erfassbar gemacht werden. Die Schwerpunkte lagen bei den Interviews in den Herausforderungen und dem Focus von Mentoren im Onboarding-Prozess sowie in den Herausforderungen und dem Kompetenzerwerb von Berufsanfänger*innen. Überlegungen dazu waren, welche Aspekte für eine gelungene Einarbeitungszeit von Relevanz sein könnten und welche Rolle dabei die theoretischen und praktischen Kompetenzen von neueinsteigenden Pflegepersonen spielen.

Abschließend ging es um positive sowie negative Veränderungen und Erfahrungen aber auch Belastungen die in der Zeitspanne des Onboarding-Prozesses von neueinsteigenden Pflegepersonen mit generalistischer Ausbildung sowie auch jene der Mentoren erlebt wurden. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer erzählten dabei

von ihren persönlichen Erfahrungen bezüglich ihres Alltages in den Einarbeitungsphasen.

Die Interviews erfolgten im Zeitraum von Mai 2022 und Juni 2022. Aufgrund der Terminfindungen und der Dienstplangestaltung der Interviewpartnerinnen und Interviewpartner wurden die Interviews geplant und digital im online Modus via Zoom durchgeführt. Auch durch die Pandemielage bedingt und der vulnerablen Gruppe von betreuenden Patientinnen und Patienten im neonatologischen-pädiatrischen Setting wurde von Seiten der Interviewpartnerinnen und Interviewpartner sowie von der Forscherin diese Form der Befragung als Sicherheitsfaktor im Gesundheits- und Krankenpflegebereich gesehen. Die Durchführung „online“ wurde auch als ein optimal durchzuführendes Zeitmanagement von Interviewpartner*innen und der Forscherin befürwortet.

In den durchgeführten, problemzentrierten Interviews wurden die Befragten möglichst frei in ihren Erzählungen sowie ihrer Erfahrungen dieser Thematik gelassen. Ein freies erzählen auf die Problemstellung in der Einarbeitung von generalistischen Pflegepersonen auf neonatologischen, pädiatrischen Intensivstationen im Mentoring sowie jene im Einschulungsprocedere, wurde forciert. Der Kurzfragebogen von soziodemographischen Daten der Interviewpartnerinnen befindet sich im Anhang III dieser Arbeit.

Die Problemstellung wurde von der Autorin analysiert und ein Interviewleitfaden im Vorfeld erarbeitet, um im Gesprächsverlauf, Aspekte der Interviews ansprechen zu können. Die subjektiven Erfahrungen der Interviewpartner*innen konnten dadurch eruiert werden.

Wichtig für diese Interviewtätigkeit stellte die Offenheit der Befragten dar, da sie ihre subjektiven Erfahrungen offenlegen sowie konkrete Bedingungen thematisiert werden konnten. Es wurde eine Vertrauensbeziehung zu den Interviewpartner*innen aufgebaut. Die Formulierung der Analyse stand am Anfang der Interviews. Ein standardisierter Leitfaden erleichterte dabei die Vergleichbarkeit der durchgeführten Interviews. Das gewonnene Material konnte auf den Leitfaden bezogen und ausgewertet werden (Mayring, 2016).

Der Leitfaden wurde von der Autorin entwickelt und durch Probe-Interviews auf Verständlichkeit und Vollständigkeit sowie der Dauer der Interviews überprüft. Der

Ablauf der Interviews gestaltete sich der Problemanalyse nach aufbauend auf dieser Leitfadenkonstruktion. Zu Beginn wurden die Befragten über die Funktion und Besonderheiten des Befragungsstiles informiert und erhielten allgemeine Hinweise wie die Zusicherung der Anonymität sowie über die Aufzeichnung und Transkription der Gesprächsdaten.

5.5. Methoden der Datenauswertung

Nach der Aufzeichnung erfolgte anschließend eine Erstellung der dazugehörigen Transkripte. Die Transkriptionsregeln nach Kallmeyer und Schütze (1976) wurden im Transkriptionsverfahren angewandt. Es wurden zusätzlich zur Charakterisierung der Befragten demografische Daten wie Alter, Art der Qualifikation, Berufserfahrung in Jahren und Arbeitsstunden pro Woche sowie der Bildungsabschluss abgefragt. Die demografischen Daten der Interviewpartnerinnen und Interviewpartner sowie die Transkripte der Interviews wurden anonymisiert, nach der Auswertung erfolgte die Löschung der Daten. Die Transkription erfolgte jeweils im Anschluss an das Interview um die Informationen so rasch als möglich verschriftlichen und abspeichern zu können. Nach mehrfachem Abhören des Tonträgers wurde entschieden welche Passagen tragenden Inhalt aufwiesen. Im ersten Schritt wurde Material reduziert und in einer Textverfassung verschriftlicht. Die Einleitung der Interviews wurden nicht verschriftlicht beziehungsweise transkribiert. Den Äußerungen von Interviewpartnerinnen und Interviewpartnern wurden Aussagen unter Berücksichtigung des Kontextes entnommen welche sprachlich geglättet wurden.

Die Qualität redigierter Aussagen wurde mit der Tonaufzeichnung verglichen und überprüft (Mayring, 2015). Die theoretische Grundlage für die Erstellung des Untersuchungsinstrumentes bilden zwei Forschungsfragen, die auf dem Forschungsstand und theoretischen Vorüberlegungen basieren. Die Generierung des Materials erfolgte anhand der folgenden Analyse.

Methode der Datenanalyse

Das systematische Vorgehen zeigt sich darin, dass die Datenanalyse theoriegeleitet durchgeführt wurde. Dabei ging es nicht darum den Text wiederzugeben, sondern diesen nach theoretisch festgelegten Fragestellungen zu analysieren. In der Analyse ging es auch darum, das Material als Teil des

Kommunikationsprozesses zu betrachten. Die Stärke der qualitativen Inhaltsanalyse liegt darin, dass die Analyse in einzelnen vorher festgelegten Interpretationsschritten erfolgte. Diese mussten dem jeweiligen vorliegenden Material angepasst werden. Im Bereich der Kodierung wurde der kleinste Materialbestandteil festgelegt, welcher ausgewertet wurde sowie der minimale Textteil, der unter diese Kategorie fiel. In der Kontexteinheit wurde auch der größte Textbestandteil festgelegt, welcher ausgewertet werden konnte. Im Bereich der Auswertungseinheit wurde festgelegt, welche Textteile jeweils nacheinander ausgewertet wurden. (Mayring, 2015, S.61).

Der Ablauf der Analysemethode wurde an das Material und die Fragestellungen angepasst anschließend wurden Kodiereinheiten festgelegt. Der kleinste sowie der größte Bestandteil von Textteilen die unter festgelegte Kategorien gefallen sind, wurden anschließend ausgewertet. Ein wichtiger Aspekt in der qualitativen Inhaltsanalyse war die Einbettung des Materials in den Kommunikationszusammenhang indem der Text innerhalb seines Kontextes interpretiert wurde. Die Orientierung der Analyse erfolgte nach festgelegten Regeln. Anfangs wurde die Reihenfolge der zu analysierenden Texte und die zu erfüllenden Bedingungen festgelegt. In der induktiven Kategorienbildung wurden diese direkt aus dem Material aus einem Verallgemeinerungsprozess abgeleitet. Bei der induktiven Kategorienbildung war es hilfreich diese noch offen zu halten. Ziel dabei war es das zu erforschende Material möglichst zielorientiert und gegenstandsnahe abzubilden, ohne dabei durch Vorannahmen der Forscherin Verzerrungen einzubringen. Dieser Kategorienbildungsprozess folgte innerhalb der Inhaltsanalyse wieder einer bestimmten Systematik. Zu Beginn musste festgelegt werden, welches Material Ausgangspunkt der Kategorienbildung sein sollte. Das Material wurde festgelegt, welches der Ausgangspunkt einer Kategorienbildung war. Durch diesen Vorgang wurde Wesentliches vom Unwesentlichen für das Forschungsvorhaben wie vom Thema Abweichendes getrennt. Im Mittelpunkt der Analyse stand die Bildung von Kategorien. Der Focus lag auf der Konstruktion und Begründung dieser. Im Vordergrund der Fragestellungen stand die Analyse der Textpassagen. Anschließend wurden die Kategorien auf die Erfahrungen in der Einarbeitung von unerfahrenen Pflegepersonen und deren Mentoren im Hinblick auf Kompetenzen und die strukturellen Begleitungen gelegt. Da es sich um einen

noch wenig erforschten Gegenstand handelt, wurde eine Orientierung an den Forschungsfragen durchgeführt.

Die Datenauswertung erfolgte durch eine zusammenfassende Inhaltsanalyse durch induktiver Kategorienbildung. Das Datenmaterial wurde soweit reduziert, dass wichtige Inhalte noch erhalten blieben. Durch die Abstraktion konnte eine überschaubare und sprachlich einheitliche Fassung geschaffen werden.

Die Abbildung des Grundmaterials erfolgte durch vier Schritte, die Paraphrasierung und Generalisierung auf das Abstraktionsniveau sowie eine erste und zweite Reduktion (Mayring, 2016). Das gewonnene Material wurde berücksichtigt und systematisch auf das Wesentliche reduziert. Das Kategoriensystem wurde entwickelt und definiert, um im Wechselverhältnis der Fragestellungen und des Materials durch eine Zuordnung analysiert, überarbeitet und rücküberprüft werden konnte. Es erfolgte eine Ergebnisdarstellung sowie die anschließende Interpretation bezüglich der Fragestellungen.

Für die Auswertung wurde die Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2016) herangezogen. Das Datenmaterial wurde im Laufe der zusammenfassenden Inhaltsanalyse systematisch kategorisiert. Die zwei Forschungsfragen dienten als deduktive Oberkategorien, die im Zuge der Auswertung mit induktiven Daten aufgefüllt wurden. Im Verlauf der Analyse wurde das Datenmaterial so reduziert, dass alle wesentlichen Inhalte abgebildet werden konnten. Das Endergebnis stellt eine übersichtliche Zusammenfassung dar, welches das Gesamtmaterial abbildet. In folgender Tabelle „7“ und Tabelle „8“ werden zwei Beispiele der durchgeführten Analyse von Interviews dargestellt. In der letzten Spalte sind bereits mögliche Codes durch Bündelung aus denen die jeweiligen Kategorien gebildet wurden, ersichtlich.

	Kodiereinheit	Kontexteinheit	Auswertungseinheit	Hauptkategorie	
				Strategien der Einarbeitung	
I 7	Wissen, Basisfertigkeiten	Wissen wäre von Vorteil gewesen, Wissen im Kinderbereich (Z.36-37)	Unwissenheit, fehlendes Wissen im Kinderbereich	Einarbeitung in Praxis & Theorie	
I 4	Phasen der Einarbeitung	[...], in der letzten Phase soll die Reifephase sein, dass sie sozusagen hier Fuß fassen und man dann sagt, die Mentorin oder Mentor, dass diese Person alle Kinder betreuen kann (Z. 65-66)	Einarbeitungsphasen unterstützen, alle Kinder betreuen können	Mentoring-System - Entwicklung -Phasen der Einarbeitung entwickeln	

Tabelle 7: Analysekatgorie (eigene Darstellung)

In der oben angeführten „Tabelle 7“ wurden die kodierten Einheiten mit den in Kontext bezogenen Interviewaussagen ausgewertet und der Kategorie der „Strategien der Einarbeitung“ zugeordnet. In der anschließenden „Tabelle 8“ wurden Kontext bezogene Interviewaussagen der Kategorie „Kompetenzen und Fertigkeiten“ zugeordnet werden.

	Kodiereinheit	Kontexteinheit	Auswertungs- einheit	Hauptkategorie Kompetenzen & Fertigkeiten
I 8	Kompetenzen, Basisfertigkeiten	beginnt beim Wickeln wie greife ich ein Kind an wie nehme ich ein Kind hoch, [...] noch keine Vorerfahrungen haben dann müssen wir wirklich bei der Basis beginnen (Z. 4- 5)	Basisfertigkeiten müssen erlernt werden, können nicht vorausgesetzt werden	Fehlende theoretische, praktische Fertigkeiten -erfordern längere Einarbeitung
I 2	Grundwissen FH Ausbildung	...schwer getan haben Inhalte die nicht in der generalistischen Ausbildung vorgekommen sind, nachzuholen, [...] sie waren sehr konzentriert eine Ausbildung der FH [...] sehr viel Grundwissen gefehlt hat auch Basiswissen einfache, pflegerische (Z.12- 13)	Grundwissen fehlt, kann nicht vorausgesetzt werden	Schwer tun in der Praxis -Mehraufwand -theoretische Inputs

Tabelle 8: Analysekatgorie (eigene Darstellung)

Durch die angewandte qualitative Inhaltsanalyse konnten die Interviewtexte systematisch analysiert und theoriegeleitet an gewonnenen Interviewmaterialien in einem Kategoriensystem weiterentwickelt werden. Das Ziel dieser Analyse bestand darin, die wesentlichen Inhalte zusammenzufassen und strukturiert Aspekte der Interviews herauszufiltern, um bestimmte Kriterien einschätzen zu können. Es wurde eine induktive Kategorienbildung genutzt, um auf die Sichtweise der Auswertung Wert legen zu können.

Zu definierte Kategorien konnten in passenden Textstellen gefunden und weitere Kategorien definiert, beziehungsweise subsumiert werden. Nach einer anschließenden Revision und dem Durchgang des gesamten Materials erfolgte die Interpretation und Auswertung.

Die Auswertung erfolgte unter zu Hilfenahme des Softwareprogrammes „MAXQDA 2022“. Im Rahmen dieses Auswertungsprozesses wurde eine qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) herangezogen. Die Transkripte wurden in das Softwareprogramm importiert. Textpassagen der Interviews wurden bearbeitet und codiert. Jedes Dokument wurde mit Codes versehen und einem Codesystem zugeordnet.

Es wurde eine Liste an Codes erstellt und durch Farb-Codes gekennzeichnet und die Textstellen wurden Kategorien zugeordnet. Das Ziel der Analyse stellte den Text der Interviews dar. Im Focus stand eine zusammenfassende Inhaltsanalyse des Inhaltes. Dabei sollten Erklärungen bestimmter Prozesse menschlichen Verhaltens und deren Veränderungen aus gewonnenen Daten erörtert werden (Breuer et al, 2019).

Inhaltstragende Textstellen wurden mittels Codes erstellt, sowie in Kategorien zusammengefasst und den Zusammenhängen eruiert.

In dieser qualitativen Inhaltsanalyse konnte zusammengefasst, expliziert sowie strukturiert vorgegangen werden.

Eine qualitative Inhaltsanalyse wurde gewählt, da kommunikative Inhalte aufgrund der Interviews analysiert werden konnten. Die qualitative Inhaltsanalyse folgte der systematisch- theoriegeleiteten Bearbeitung von Texten des gewonnenen Interviewmaterials dieser Masterarbeit.

Die zu beantwortenden Forschungsfragen orientierten sich am Inhalt des

Forschungsmaterials. Durch deduktives Vorgehen bestand die Möglichkeit die konkret gestellten Fragestellungen auf enger theoretischer Basis aufgebaut, diese zu beantworten.

Der Analyseprozess konnte durch den festgelegten Auswertungsablauf transparent gemacht werden.

Nach Mayring (2015), stehen Kategorien im Zentrum der Analyse. Dies soll ein Nachvollziehen für die Leser ermöglichen. Die Interviews wurden durch Interesse an den Fragestellungen produziert und in Richtung der definierten Zielgruppe verfasst.

Diese Inhaltsanalyse liegt im Rahmen der Transkriptionen vor und bietet damit eine Grundlage. Die Veranschaulichung des Materials stand im Vordergrund. In der Durcharbeitung des Interviewmaterials sowie unter zu Hilfenahme eines Categoriesystems, wurden Kodierungen möglich. Einzelne Interpretationsschritte konnten aufgrund der Analyse zerlegt werden. In den Kodiereinheiten wurden kleinste Materialbestandteile ausgewertet, nicht inhaltstragende Texteinheiten wurden als obsolet betrachtet. Es konnten Kontexteinheiten gesichtet und in Kategorien eingeteilt werden. Im Zentrum standen die Entwicklungen der Categoriesysteme. Ein Abstraktionsniveau konnte aufgrund des vorliegenden Materials bestimmt werden. Dies konnte im Wechsel der Fragestellungen und dem entwickelten Material konstruiert und zugeordnet werden. Während des Analyseprozesses wurden Zuordnungsregeln definiert, überarbeitet und wieder überprüft. Textbestandteile wurden herausgefiltert und über die Häufigkeiten sowie den Aussagen in den Interviews der Gewichtung strukturiert zusammengefasst.

Es konnten bestimmte Elemente ausgezählt und mit anderen aufgetretenen Elementen verglichen werden. Ein inhaltlicher Bezug konnte durch ihre aufgetretene Anzahl einmal gezählt werden. Ziel dieser Analyse war es eine Reduktion des Materials herzustellen, um das Grundmaterial abbildbar zu machen, damit wesentliche Inhalte nach der Abstraktion erhalten blieben.

Nach einer inhaltlichen Strukturierung wurden wichtige Aspekte des herauszufilternden Interviewmaterials sowie den Ordnungskriterien eingeschätzt. Nachdem Textstellen auf ein angestrebtes Abstraktionsniveau transformiert wurden, konnten mehrere Analyseschritte zusammengefasst werden. Im Rahmen

dieser Inhaltsanalyse wurde versucht das gesamte Material unter Berücksichtigung systematisch auf das Wesentliche reduzierbar zu machen (Mayring, 2015).

5.6. Gütekriterien qualitativer Forschung

In der wissenschaftlichen Forschung konnte die Qualität der Forschung durch die Erfüllung sogenannter Gütekriterien sichergestellt werden. In der qualitativen Forschung wurden die von Mayring (2016) aufgezeigten Gütekriterien verwendet. Die folgende Forschungsarbeit wurde an jenen Aspekten der Verfahrensdokumentation, Argumentative Interpretationsabsicherung, Regelgeleitetheit, Nähe zum Gegenstand, Kommunikative Validierung und Triangulation ihrer Güte untersucht.

Die Aspekte der Regelgeleitetheit im Rahmen des Analyse- und Auswertungsprozesses sollen besondere Berücksichtigung finden. Mit der Modifizierung der Analysemethode im Bearbeitungsprozess wurde Wert auf eine systematische Vorgehensweise gelegt. Durch die gewählte Erhebungsmethode und deren Umsetzung konnte die Nähe zum Gegenstand ermöglicht werden. Die Option die Interviews doch in den Einrichtungen vor Ort führen zu können, hätte eventuell zusätzlich Einblicke in das Setting der jeweiligen neonatologischen-pädiatrischen Intensivstation und den Befragten ermöglicht.

Die intersubjektive Nachvollziehbarkeit konnte aufgrund dieses Forschungsprozesses sichergestellt werden, da eine transparente Beschreibung vorliegt, welche am Material belegt werden kann. Eine kommunikative Validierung liegt vor, da mit den Interviewpartner*innen eine diskursive Einigung mit den Ergebnissen hergestellt werden konnte. In vorliegender Forschungsarbeit wurden nach Abschluss des Auswertungsprozesses die aufgezeichneten, digitalen Audiodateien vernichtet.

Verfahrensdokumentation

Die Nachvollziehbarkeit dieses Forschungsprozesses der vorliegenden Arbeit soll durch eine möglichst ausführliche Dokumentation und Offenlegung der einzelnen Schritte gegeben werden. Bleibt dieser Aspekt unerfüllt, sind diese nicht ausreichend zu überprüfen woraus eine ungenügende Qualität resultiert.

Argumentative Interpretationsabsicherung

In der qualitativen Forschung entstehen Ergebnisse aus den Interpretationen von Datenmaterial. In dieser Forschungsarbeit wurden aus Inhalten der Interviews Schlüsselbegriffe und Kategorien gebildet, es erfolgte eine Zusammenführung zu Oberbegriffen. Daher müssen das Vorgehen und der Ablauf der Forschung nachvollziehbar sein (Mayer, 2019). Zur Bekräftigung der Interpretationen des Datenmaterials sowie der Ereignisse wurden diese mit Zitaten der Interviewteilnehmer*innen versehen.

Regelgeleitetheit

Da in der qualitativen Forschung keine Standardisierung erfolgt, bedeutet dies doch, dass das Datenmaterial systematisch bearbeitet werden muss (Mayring, 2016). Durch das Auswertungsschema wurden die Daten in vorliegender Arbeit in systematische Abfolge und regelgeleitet bearbeitet.

Nähe zum Gegenstand

Die Relevanz auf das untersuchte Phänomen in der qualitativen Forschung liegt einer natürlichen Betrachtungsweise zu Grunde. Dafür muss die Lebenswelt der interviewten Personen abgebildet werden. Der Gegenstand kann auch einen individuellen Blickwinkel von Betroffenen abgebildet werden (Mayer, 2019).

Die Forscherin konnte im Rahmen ihres beruflichen Werdeganges theoretische und praktische Erfahrungen in der neonatologisch- pädiatrischen Intensivpflege sammeln. Durch die Gespräche mit den Interviewteilnehmer*innen konnten auch hier weitere Einblicke in den Arbeitsalltag und den Herausforderungen der Einarbeitung von neueinsteigenden Pflegepersonen an neonatologisch- pädiatrischen Intensivstationen erhalten werden.

Kommunikative Validierung

Aus den Daten der herausgearbeiteten Forschungsergebnisse können hinsichtlich der Überprüfung der Validität präsentiert, vorgelegt und diskutiert werden. Diese Vorgehensweise darf ebenfalls als kommunikative Validierung verstanden werden (Mayer, 2019). Diese Kategorie wurde mit den Interviewpartner*innen nicht durchgeführt jedoch wurden die Schritte mit der betreuenden Professorin dieser Forschungsarbeit durchbesprochen.

Transparenz – Intersubjektivität

Die Gütekriterien konnten in dieser in dieser Arbeit adäquat erfüllt werden. Durch die Anwendung der Gütekriterien der Transparenz, Intersubjektivität und der Reichweite muss sichergestellt sein, dass diese Forschungsarbeit angemessen reflektiert beziehungsweise von der Autorin nicht subjektiv beeinflusst wurde. Beim Gütekriterium Transparenz wurde das Vorgehen der Autorin in dieser Masterarbeit genau dokumentiert. Ebenso wurde die Auswahl der Forschungsmethode genau dargelegt. Die intersubjektive Nachvollziehbarkeit soll aufgrund dieses Forschungsprozesse sichergestellt sein, da eine transparente Beschreibung vorliegt, welche am Material belegt werden soll.

Die gestellten Forschungsfragen konnten durch die neun durchgeführten Interviews beantwortet sowie die Ein- und Ausschlusskriterien in der Auswahl der Interviewpartner*innen festgelegt werden. Die subjektiv gewonnenen Ergebnisse sollen in dieser Arbeit für die Leserinnen und Leser plausibel dargestellt werden. Die Ergebnisse wurden von der Autorin als Forschende reflektiert.

5.7. Ethische und datenschutzrechtliche Anforderungen

Ethische Forschungsgrundsätze spielen in der Pflegeforschung eine besondere Rolle. Es zeigt sich im Hinblick auf vulnerable Gruppen, dass ethische Aspekte nicht außer Acht zulassen sind, da sie der Ausgangspunkt von Diskussionen ethischer Fragen in der Forschung sowie für die Vorgehensweise von wissenschaftlichen Abhandlungen sind.

Die zu interviewten Personen wurden umfassend sowohl schriftlich als auch mündlich und in einer für die Teilnehmer*innen verständlichen Sprache über das Vorhaben informiert. Das Informationsschreiben sowie die Einverständniserklärung befinden sich im Anhang dieser Arbeit. Es wurde dabei ausreichend Zeit und Information zu den Punkten des Studienzieles, der Vorgehensweise, den Zeitrahmen und Zeitaufwand sowie deren Freiwilligkeit, Anonymität und Datenschutz gegeben. Die Interviewpartner*innen wurden über ihr Recht aufgeklärt die Teilnahme zu verweigern oder ihr Interview zu jedem Zeitpunkt ohne Angabe von Gründen aber auch ohne jegliche Konsequenzen erwarten zu müssen, abbrechen zu können. Die Einreichung bei der Ethikkommission erwies sich als nicht relevant, da Patientinnen und Patienten nicht direkt in die Erhebung involviert und Pflegefachpersonen nicht als vulnerable Gruppe benannt wurden. In Anhang I

und II dieser Arbeit befindet sich das Informationsschreiben sowie die Einverständniserklärung dieses Forschungsprojektes.

Sie wurden in Kenntnis gesetzt, dass sie ihre Einwilligung bis zur Datenverarbeitungsphase widerrufen können. Die Einwilligung erfolgte mittels „Informed Consent“ im direkten zeitlichen Vorfeld des Interviews durch e-mails übermittelt und nach dem Interview unterfertigt retour gesandt.

Da Teilnehmende während der Interviews auch persönliche Informationen preisgeben, muss die Anonymität stets gewährleistet werden. Die Identität der teilnehmenden Personen muss stets geheim gehalten werden und die erhobenen Daten dürfen nur für Forscher*innen zugänglich sein, sodass diese und von den Forschenden eingesehen und bearbeitet werden können.

Die Aufbereitung der Transkripte erfolgte anonym mit Pseudonymen, sodass keine Rückschlüsse auf Einzelpersonen gezogen werden können. Die erhobenen Daten wurden ausschließlich zur wissenschaftlichen Verwertung genutzt und nicht weitergegeben. Die Gewährleistung wurde mit Unterschrift der Forscherin bestätigt. Die Daten wurden nach Verarbeitung und Auswertung vernichtet.

Diese Prinzipien stellen die umfassende Information und freiwillige Teilnahme aber auch die Gewährleistung der Anonymität sowie den Schutz den Einzelnen vor etwaigen Schäden, dar. Nachgehend sollen relevante Grundsätze aufgezeigt und im Hinblick auf das Vorgehen des Forschungsprojektes erläutert werden (Mayer, 2019).

Die Einverständniserklärung wurde schriftlich unterzeichnet, wobei die freiwillige Teilnahme an diesem Projekt nochmals erwähnt wurde. Die Interviews wurden in digitaler Form, aufgrund der Beschäftigung in pädiatrischen und neonatologischen Intensivstationen abgehalten. Die Teilnehmer*innen haben ausreichend Informationen und Zeit erhalten, um freiwillig an diesem Forschungsvorhaben teilnehmen zu können. Die Kopie der Einwilligungserklärung wurde Ihnen per mail versendet. Im Anhang dieses Dokumentes befinden sich das Informationsschreiben sowie die Einverständniserklärungen.

Erhobene Daten und Informationen wurden ausschließlich für wissenschaftliche Zwecke genutzt und nicht weitergegeben. Die Gewährleistung der Anonymität wurde mit der Unterschrift der Forscherin bestätigt. Nach der Verarbeitung und

Auswertung der Daten, wurden diese vernichtet. Die Teilnahme an der Forschungsstudie soll freiwillig sowie keinem, mit keinem auftretenden psychischen und physischen Schaden für den Einzelnen verbunden sein. Im Vorfeld wurde ein Informationsschreiben per mail versandt, welches eine freiwillige Teilnahme bekundete.

Die Daten wurden vertraulich und anonym behandelt. Ebenso hatten die Interviewteilnehmer*innen jederzeit die Möglichkeit ihre freiwillige Zustimmung ohne Begründung zu widerrufen bzw. das Interview abubrechen. In diesem Fall wären die betroffenen Daten sofort gelöscht worden. Für dieses Forschungsprojekt ist keine Einreichung bei der Ethikkommission notwendig, da Patient*innen nicht direkt in die Erhebung involviert und die Pflegepersonen in diesem Kontext keine vulnerablen Gruppen darstellen. Sollten jedoch Krankenhausträger eine Ethikkommission als notwendig erachten, wäre dem nachgekommen worden (Körtner, 2017).

Im Anhang dieser Masterarbeit befinden sich die Dokumente des Informationsschreibens welches an die Interviewpartner*innen zu ihrer Zustimmung ausgehändigt wurden, sowie die Vorlagen der verwendeten Einverständniserklärungen und das Dokument anhand welchem die demografischen Daten der Teilnehmer*innen abgefragt wurden.

6. Ergebnisse

Anhand der neun durchgeführten Interviews konnten folgende zehn Kategorien analysiert und im Ergebnisteil dieser Masterarbeit verschriftlicht werden. In den Interviews sollen wie folgt die Kategorien aufgelistet und beschrieben werden.

6.1. Demographische Daten der interviewten Pflegepersonen

Die neun befragten Interviewpartner*innen waren zwischen 24 bis 54 Jahre alt. Acht waren weiblich und einer männlich. Die Interviewpartner*innen besitzen die österreichische Staatsbürgerschaft und gaben als Muttersprache „Deutsch“ an. Ihre beruflichen Qualifikationen konnten von Pflegepersonen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege die Kinderintensivausbildung an neonatologischen und pädiatrischen Intensivstationen tätig sind, vorgewiesen werden.

Die Beschäftigungsdauer reichte von einem bis über acht Jahre. Das Beschäftigungsausmaß im neonatologischen und päd. Intensivbereich beträgt zwischen Teilzeit „20 Wochenstunden“ bis Vollzeit „40 Wochenstunden“. Zu den Zusatzausbildungen der Interviewpartner*innen zählen die Sonderausbildung für Kinder- und Jugendlichenpflege die Sonderausbildung für Kinderintensivpflege, Breast care nurse, Praxisanleitung, Praxismentoring, Master ANP-Counseling, Master Pflegewissenschaft, Master Pflegepädagogik, Mittleres und basales Management, Wundmanagement, Atemtherapeutin und Gesundheitsmanagement. Die interviewten Pflegepersonen sind in den Bundesländern Wien und Niederösterreich beschäftigt und fungierten als Mentoren von einzuschulenden Pflegepersonen mit generalistischer Ausbildung. Es wurden auch generalistische Pflegepersonen welche sich noch aktuell in der Einschulungsphase befanden beziehungsweise bereits eingeschult waren, interviewt.

Die Befragten Pflegepersonen beschrieben das Arbeiten und die Einarbeitung an neonatologischen und pädiatrischen Intensivstationen von neueinsteigenden Pflegepersonen mit generalistischer Ausbildung im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege als Spezialgebiet. Die Herausforderung in der Einarbeitung bilden dabei die Aspekte des Fachwissens, der Einschulungszeit, den zeitlichen

Ressourcen, den theoretischen Ausbildungsunterschieden der Fachhochschulen sowie deren Ausbildungsschwerpunkte in der Theorie sowie in der Praxis.

Im nun folgenden Kapitel sollen die zehn analysierten Kategorien beschrieben und dargestellt werden.

1. Rahmenbedingungen
2. Kompetenzen und Fertigkeiten
3. Ausbildungsstand
4. Systematische Einarbeitung
5. Theorie Praxisverknüpfung / Anleitung
6. Strategien der Einarbeitung
7. Maßnahmen und ihre Auswirkungen
8. Curricula-unterschiedliche Schwerpunkte
9. Lernprozesse/Interventionen
10. Herausforderungen

6.2.Rahmenbedingungen

Da die Pflegepraxis auf Erfahrungen, Beziehungen und Interaktionen durch Teams an neonatologisch- pädiatrischen Intensivstationen, sowie des Pflegemanagements basiert, soll das Ziel durch „*Best Practices*“ in der Pflegepraxis von neonatologisch- pädiatrischen Intensivstationen sein, Folgeerkrankungen und Risiken von Frühgeborenen minimieren und ein Überleben von neonatologischen Intensivpatient*innen zu gewährleisten. Nach dem Zeitpunkt der Novellierung des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes (2016) stellte dies eine Umstellung sowie Überforderung der neueinsteigenden Pflegepersonen auf neonatologischen und pädiatrischen Intensivstationen dar. Rahmenbedingungen zeigen von großer Wichtigkeit, abhängig jedoch durch einzelne Mitarbeiter*innen und deren Einstellungen sowie Eigeninitiativen. Nicht ausreichend gelehrt Unterrichtseinheiten im pädiatrischen Setting neonatologischer Patient*innen weisen auf einen unterschiedlichen Wissenshorizont auf theoretischer und

praktischer Ebene in der generalistischen Ausbildung hin. Dies verdeutlicht folgendes Zitat:

„[...] sie waren sehr konzentriert und sehr interessiert und dann gab es welche wo man gesehen hat, dass eine Ausbildung der FH [...] weil ihnen auch sehr viel Grundwissen gefehlt hat [...] auch Basiswissen über pflegerische Maßnahmen einfache pflegerische“ (I 2, Z. 13).

Unterbesetzungen durch fehlende Pflegekräfte in der neonatologischen und pädiatrischen Intensivpflege werden dadurch sichtbar. Rahmenbedingungen wirken sich auf die Gestaltung und Durchführung verschiedener Handlungsebenen und auch unterschiedlicher Komponenten aus. Die Erwartungshaltung wirkt auf Pflegende im Praxisalltag nicht immer situationsangemessen, um gelerntes theoriegeleitetes Wissen aufgrund individueller Erfahrungen, ethisch und intuitiv zu pflegen und dies auch anwenden zu können.

„Es hängt auch von den Einzelnen die ins Team kommen ab [...] wenn man keine Rahmenbedingungen herstellt oder garantiert, dann kann man sich nicht sicher darauf verlassen, dass die derjenige der jetzt eingearbeitet wurde bleibt, deswegen sind einerseits die Rahmenbedingungen wichtig“ (I 4, Z. 104-105)

Verschiedenste, unterschiedlich aufgebaute Schwerpunkte von Curricula an Fachhochschulen, wirken sich im Rahmen dessen nicht nur auf den theoretischen Ausbildungskontext, sondern auch im praktischen Setting der neonatologischen- und päd. Intensivpflege aus. Generalistinnen und Generalisten weisen einen unterschiedlichen Wissenshorizont auf. Als schwierige Rahmenbedingung erweist sich ein nicht gemeinsam gesetzter Focus von Fachhochschulen in pädiatrischen Settings.

*„Das bedeutet, dass Generalist*innen unterschiedlichen Wissenshorizont haben, nicht nur auf theoretischer Ebene (..) sondern auch auf praktischer Ebene. Das war mir vor 6 Jahren 7 Jahren schon bewusst, [...] auf unserer Station jetzt ein neues Konzept entwickelt“ (I 4, Z. 14-15).*

Dadurch, dass Erfahrene und gut ausgebildete Pflegepersonen individuelle Pflege leisten, werden Pflegeprobleme besser beobachtet und relevante Veränderungen wahrgenommen. Eine gute Versorgungsstruktur muss durch Ausbildungsqualität

sichergestellt werden. Durch die Herausforderungen in einem speziellem Berufsfeld bedarf es einer längeren Eigewöhnungsphase im Setting NICU welche auch von Mentoren abhängig sind. Bereits erworbene praktische Erfahrungen im neonatologischen Setting lassen Rahmenbedingungen erkennen. Das Mentoring ist ein wichtiges Instrument in der Personalentwicklung, da es bereits mehr als ein entworfenes Einarbeitungskonzept darstellt. Ein bereits vorhandener theoretischer Background vor praktischen Einsätzen im Setting der neonatologischen Intensivpflege weist einen wichtigen Aspekt in den Einarbeitungsphasen auf. Ausbildungsinhalte des neonatologischen- und pädiatrischen Settings sind wichtige Rahmenbedingungen in der Ausbildung.

„Das bedeutet, dass Generalistinnen und Generalisten einen unterschiedlichen Wissenshorizont haben, nicht nur auf theoretischer Ebene, sondern auch auf praktischer Ebene.“ (I 4, Z 12-15).

6.3.Kompetenzen und Fertigkeiten

Bereits erworbene Kompetenzen und Fertigkeiten durch Praktika im neonatologisch- pädiatrischen Setting vermitteln Sicherheit in der Pfl egetätigkeit an neonatologisch- pädiatrischen Intensivstationen. Im Rahmen der drei- jährigen Ausbildung zur Kinderkrankenpflegeperson an Gesundheits- und Krankenpflegeschulen konnten Basiskompetenzen und Fertigkeiten der pädiatrischen Pflege vorausgesetzt werden. Eine Einarbeitungszeit lässt sich aufgrund von erlernter Theorie und Praxis gut gestalten.

„Neonatologie es ist so ein breites Feld und es gibt nichts, dass es nicht gibt (..)und hab ihnen dann auch versucht zu erklären, dass sind die wichtigsten Krankheitsbilder für unser Klientel“ (I 2, Z. 24-26).

[...]„es war ein Umdenken, man fängt bei null an“ (I 1, Z 19).

Grundwissen und Kompetenzen muss von neueinsteigenden Pflegepersonen vorausgesetzt werden können um Entscheidungen zu treffen und Lösungsentwicklungen zu erarbeiten. Dies verdeutlicht folgendes Zitat:

[...] „weil ihnen auch sehr viel Grundwissen gefehlt hat, auch Basiswissen über pflegerische Maßnahmen einfache pflegerische“ (I 2, Z.13).

6.4. Ausbildungsstand

Durch die Veränderungen im Gesundheitssektor sowie die veränderte Ausbildung in der Kinderkrankenpflege musste ein spezieller Ausbildungsleitfaden von Praxisanleiter*innen entwickelt werden. Theoretische sowie praktische Inhalte müssen Verknüpfungsmöglichkeiten für die neuen einzuarbeitenden Mitarbeiter*innen an neonatologischen- und pädiatrischen Intensivabteilungen bieten. Die Komplexität der Ausbildung und ein erforderliches Basiswissen muss „Best Practice“ im Rahmen der Pflege neonatologischer Patient*innen anwenden können.

„Das Handling ist, wird nicht übermittelt. Vielleicht im theoretischen Sinne aber wenn man kein Praktikum gehabt hat im Sinne einer Praktikantenfigur so zu sagen, dann kann man das nicht beherrschen das ist bei den Kolleginnen nicht immer ganz nachvollziehbar“ (I 2, Z. 28-30).

Pflegepersonen von neonatologischen Intensivstationen und Neueinsteiger*innen mit unterschiedlichen Ausbildungen und Basiswissen haben spezielle Einarbeitungsphasen zu durchlaufen, da Grundwissen wie in der dreijährigen Kinderkrankenpflegeausbildung nicht mehr vorausgesetzt werden kann. Eine Orientierung ist für neueinsteigende Pflegepersonen notwendig. Die Merkmale von neonatologischen- und pädiatrischen Intensivsettings und ein Verständnis sowie vorhandene Kenntnisse in Pflege Tätigkeiten bzw. ein spezielles Handling sind relevant.

[...] „das war am Anfang eine Umstellung für mich, ein anderer Umgang mit Medikamentendosierungen“ (I 1, Z. 7-8).

Eine Einarbeitung von Pflegepersonen mit generalistischer Ausbildung gestaltet sich als zeitaufwändiger, da fehlende theoretische und praktische Ausbildungsinhalte erkennbar sind. Dies verdeutlicht folgendes Zitat:

„Komplexität der Unreife ein spezielles Handling das man in der generalistischen Ausbildung nicht lernen kann“ (I 2, Z. 26).

Von Pflegefachpersonal werden unterschiedliche Erwartungen an Berufsanfänger*innen gestellt. Die Anleitung und Ausbildung in der Praxis durch Unterstützung von Mentor*innen, wird als sehr wichtig gesehen und individuelle Zusammenhänge im Setting der Pflege und des Pflegeprocedere werden durch

Mentorenprogramme erlangt. Aus der Beobachtung wird ersichtlich, dass eine zunehmende Lernqualität von Studierenden sich als erschwert bemerkbar macht.

[...] „dass es zunehmend sichtbarer wird, aber jetzt nicht im Sinne wissenschaftlicher Evidenz, sondern einfach aus der Beobachtung heraus, dass die nachkommenden Schülerinnen und Schüler, Studierenden sich sehr schwer tun beim Lernen.“ (I 2, Z. 42-44).

6.5. Systematische Einarbeitung

Berufseinsteiger*innen benötigen Orientierung, um sich einarbeiten zu können. Die Merkmale von neonatologischen und pädiatrischen Intensivstationen sowie die Krankheiten im pädiatrischen Setting, bedürfen an ausreichend Informationen. Schwierigkeiten bestehen im Verständnis, fehlende theoretische und praktische Kenntnisse und Fertigkeiten werden in der Einarbeitungszeit bemerkt.

„[...] war ich sehr froh darüber, dass ich alle Kollegen auch wenn sie jetzt nicht meine Einschulenden waren, dass ich immer alle fragen konnte, das ist jetzt auch noch so (I 3, Z. 56).

Die Weiterentwicklung und Unterstützung von Fertigkeiten von Pflegenden muss gefördert werden. Gesundheitsberufe haben den Auftrag sich für ein optimiertes Gesundheitssystem einzusetzen. Die Erfahrungen der Pflegepraxis müssen sich im Austausch der Wissenschaft weiterentwickeln. Grundwissen und Kompetenzen müssen von Lernenden vorausgesetzt werden können, damit Pflegende der Praxis eine systematische Einarbeitung gewährleisten können. Durch speziell erworbene Fachkompetenzen werden hohe pflegerische und psychosoziale Kompetenzen in Pflegeteams ausgezeichnet. Feedbacks legen auch einen besonderen Focus auf eine systematische Einarbeitung, um bereits Erlerntes erfassen zu können.

[...] „der Schwierigkeitsgrad muss gesteigert werden, wie erkenne ich Schmerz bei Kindern“ (I 4, Z.33-34).

Speziell erstellte Einarbeitungsleitfäden für neue Mitarbeiter*innen im Hinblick auf Überwachung und Monitoring sowie die Verabreichung von Medikationen erfolgte durch Praxisanleiter*innen, da kein strukturiertes Konzept vorhanden war.

„[...] Einschulung gestaltete sich schleppend, haben einen Einarbeitungsleitfaden erstellt, um neue Mitarbeiter einzuarbeiten, [...] es war kein strukturiertes Skript vorhanden“ (I 5, Z.23.25).

Auf neonatologischen Intensivstationen zu arbeiten erfordert Fachwissen, um Diagnosestellungen und Entscheidungsfindungen sowie ein Bestmögliches Outcome von frühgeborenen und schwerkranken Kindern zu erreichen. Dazu zählt die familienorientierte Pflege, um Eltern und ihre Kinder gut begleiten zu können. Neben der direkten Einarbeitungsphase in der Praxis sind zusätzliche Leistungen durch die Praxisanleitung vorhanden. Dies bringt auch einen zusätzlichen Mehraufwand im Tagesablauf der Einarbeitung mit sich. Die Praxisanleitung ist gefordert, theoretische Defizite in den praktischen Einarbeitungsphasen wett zu machen und selbst Einarbeitungskonzepte zu konzipieren. Theorie und Praxis muss sich durch Selbststudium und Eigeninitiative gemeinsam mit Mentor*innen angeeignet werden. Eine erforderliche Lernbereitschaft stellt einen wichtigen Aspekt in der Einarbeitung mit neueinsteigenden Pflegepersonen dar.

„[...] sehr viel Selbststudium und Eigeninitiative ergreifen, weil sonst funktioniert das einfach nicht beziehungsweise. Sicherheit, da habe ich gelernt, dass man dranbleiben soll und hineinbeißen soll damit man das Ganze gut schafft und mit der Unterstützung von meinen Kollegen hat das ganz gut funktioniert“ (I 7, Z. 69-71).

6.6. Theorie Praxisverknüpfung/ Anleitung

Auf neonatologischen Intensivabteilungen (NICU) ist evidenzbasiertes Fachwissen erforderlich, um frühgeborene Kinder und kranke Neugeborene an der unteren Grenze der Lebensfähigkeit zu versorgen aber auch ein Bestmögliches Outcome zu erreichen. Durch wissenschaftliche Fortschritte sowie der medizinischen und pflegerischen Leistungen muss eigenes Wissen stets aktualisiert und erweitert werden. Ein Schwerpunkt muss auch auf Krankheitsbilder und Praxis-Theorietrainings im pädiatrischen Setting gelegt werden, da dieses Basiswissen nicht vorausgesetzt werden kann. Praktisches Wissen und klinische Kenntnisse werden im Laufe der Zeit erworben. Durch nicht ausreichende Basisfertigkeiten stehen Mentor*innen sowie neueinzuarbeitende Pflegepersonen mit generealistischer Ausbildung in der Einarbeitung vor großen Herausforderungen.

„[...] mein Focus war die ersten Monate darauf, dass wir die Basics gelernt haben die um ein Kind zu versorgen (...) der Anfang war natürlich aufgebaut in Richtung Beatmung und einfach intensivere Kinder, der Schwerpunkt waren die Krankheitsbilder da natürlich dieses Wissen gefehlt hat“ (I 7, Z. 12-14).

Konzipierte Lernziele durch Praxismentor*innen sollen eine Horizonterweiterung ermöglichen. Im Hinblick auf die Lehrpläne in der praktischen Ausbildung sind Pflegeexpert*innen gefordert, als klinische Coaches in der Anleitung unterstützend mitzuwirken. Dies erfordert „Know-How“, Erfahrung und Entwicklung von Mentorenprogrammen, welche die Expert*innen der Pflege selbst als Praxismentoren konzeptionieren müssen, um Qualitätsverbesserungen gewährleisten zu können. Pflegekräfte als Mentoren benötigen individuelle Resilienz um sich den Veränderungen die auf sie zukommen, anpassen zu können.

„Praxis- und ein Theorietag da werden quasi was ist wichtig auf der Neonatologie vor allem zum Thema Schmerzmanagement dann natürlich die Grundlagen der Beatmung. [...] und eben manche Krankheitsbilder die wir auch besprechen sind Fallbeispiele und wo wir durchgehen was jetzt die Kinder“ [...] „was wäre jetzt in so einer Situation zu tun“ (I 5, Pos. 26-29).

Dies wird auch als Teil einer beruflichen Entwicklung gesehen, um neueinsteigende Pflegepersonen betreuen und entwickeln zu können. Um die individuellen Bedürfnisse der neueinsteigenden Pflegepersonen zu erkennen und darauf zu reagieren, sind Praxismentoren zusätzlich an speziellen Weiterbildungen gebunden. Die unterschiedlichsten Qualifikationsniveaus welche sich bereits auf neonatologischen Intensivstationen finden können, zeigen sich in den veränderten Wahrnehmungen in situativen Lernsituationen. Erfahrungen von Mentor*innen zeigen, eine veränderte Lernsituation von generalistischen Absolvent*innen.

„[...] meine Einschulungszeit war sehr herausfordernd für mich, lehrreich, viel zu sehen, teilweise schwer für mich, weil mir Basiswissen fehlte. Meine Mentoren haben das super hinbekommen“ (I 7, Z. 6-8).

Kompetenzen werden im Rahmen einer pädagogisch-didaktischen Vermittlung von relevanten Inhalten im praktischen Setting gefordert. Um Bedürfnisse im pädiatrischen Setting und deren praktischen Anleitung befriedigen zu können, müssen weitere Ausbildungen absolviert werden. Eine professionelle

Personalarbeit muss in der Pflegepraxis Berücksichtigung finden da ein Generationen-Mix stark zu spüren ist. Aufgrund von unterschiedlichen Arbeitsauffassungen, Erwartungshaltung und verschiedener Werte und Prägungen der Generationen zeigt sich ein demographischer Wandel im Pflegeberuf. Eine Anleitung in der Pflegepraxis durch Unterstützung von Coaches und Mentoren wird als notwendige Unterstützung erachtet. Anfänger*innen müssen in der klinischen Praxis Erfahrungen sammeln und praktisch unterstützt werden.

„[...] eine Fertigkeiten-Checkliste mit über 200 Lernzielen, wo theoretischer und praktischer Horizont erweitert werden kann“ (I 4, Z.15).

Theoretische Inhalte in Spezialgebieten müssen vorausgesetzt werden können, um praktische Anleitungen im Rahmen ihrer Tätigkeiten erwerben zu können. Pflegepersonen von neonatologischen Intensivstationen (NICU) übernehmen den größten Teil der täglichen Beurteilung und Pflege von Kindern und arbeiten eng mit Eltern, Neonatologen als NICU-Team zusammen.

Die beste Behandlung für die kranken Kinder muss zu gewährleisten sein. Um optimal anleiten zu können wird eine personale Kompetenz von Pflegepersonen sowie eine Erwartungshaltung nach den Einarbeitungszeiten vorausgesetzt.

„[...] und jetzt habe ich meinen Praxistrain-Lehrgang gemacht“ (I 5, Z. 26).

6.7.Strategien der Einarbeitung

Als besonders wichtig erweist sich eine sichtbare Entwicklung in der Einarbeitung, um die neueinsteigenden Pflegepersonen unterschiedlicher Ausbildungsinhalte optimal an neonatologisch- pädiatrischen Intensivstationen „Onboarden“ zu können.

„[...] versuche auch immer meine Zeit für sie so einrichten, dass sie reflektieren können da hilft nicht wirklich ein Tagesfeedback, sondern vielmehr ein Gespräch bei den Generalisten“ (Interview 2, Z.75).

Durch allgemeine intensivpflichtige Kompetenzen in der Überwachung und Pflege an neonatologischen und pädiatrischen Intensivabteilungen wird ein Schwerpunkt auf invasive und nicht invasive Methoden sowie angewandte Hygienemaßnahmen in der Bedarfsorientierung gelegt.

„[...] dass ich mit pädagogischen Lernmodellen um einfach den Bereich ein bisschen logischer, nachvollziehbarer zu machen“ (Interview 2, Z.17)

Durch verschiedene Ausbildungsmodalitäten von Pflegepersonen und deren Wissensstand haben Mentoren ihre Anleitungsinhalte den neu einlernenden Pflegepersonen anzupassen. Durch pädagogische Lernmodelle müssen für generalistischen Absolventinnen in der Einschulung Grundwissen vermittelt werden, um den Bereich der neonatologischen Intensivpflege nachvollziehbarer gestalten zu können. Ausgebildete Kinderkrankenpflegepersonen verfügen über Fertigkeiten, um auf Bedürfnisse von Kindern und deren Eltern einzugehen. Deshalb ist eine Sicherstellung in der Betreuung durch spezialisiertes, qualifiziertes Personal notwendig. Durch strukturelle Veränderungen und pflegerischen Möglichkeiten steigen auch Anforderungen an fachliche Kompetenzen.

„[...] „unsere Problematik vielleicht durch die Novelle, dass alle Generalistinnen und Generalisten ausgebildet werden [...] das Problem, dass jede Hochschule unterschiedlicher Curricula hat (I 2, Z 5-8).

Durch die Vielfalt der Krankheitsbilder im Setting neonatal- und pädiatrische Intensivmedizin werden hohe Anforderungen an die Strukturen der neonatologischen- pädiatrischen Intensivstation gestellt. Dies betrifft die Qualifikationen und Kompetenzen des Pflegepersonals, aber auch hohe Arbeitsbelastungen sowie Unterbesetzungen des neonatologisch- pädiatrischen Intensivpflegepersonals können sich für Patient*innen auswirken und einen Verlust in der Versorgungsqualität mit sich bringen.

„[...] sag jetzt nicht, dass es leicht ist aber ich glaub schon, dass ich eine Kompetenz besitze die ich sehr schnell sehr vieles aufnehmen kann und auch damit umgehen kann, wenn mir etwas zu viel ist sage ich es“ (I 9, Z. 47-48).

Neue Berufsprofile müssen eine primäre Gesundheitsversorgung sichern und weitere Weiterbildungsbereiche anbieten. Die Untersuchung im Rahmen dieser Forschungsarbeit wird als sehr wichtiges Thema gesehen.

„[...] ich möchte mich bedanken, dass du diese Thematik untersuchst, weil ich denke das Thema ist sehr wichtig ist und darüber noch viel zu wenig gesprochen wird viel zu wenig aufgegriffen wird“ (I 2, Pos. 71-72).

Die Einarbeitung in der Pflegepraxis ist aufgrund der generalistischen Ausbildung verändert. Durch bevorstehende Pensionierungen und den Fachkräftemangel ist es wichtig, zukünftig eine gute Einarbeitung anzubieten, um neue Mitarbeiter*innen im neonatologisch-pädiatrischen Intensivpflegesetting halten zu können.

„Was man jetzt ja bereits auch merkt ist es wichtig eine gute Einarbeitung zu haben“. (I 4, Z. 79).

6.8. Maßnahmen und ihre Auswirkungen

Im Hinblick zwischen neonatologisch- pädiatrischer Pflege und der Pflege von Erwachsenen ist eine Differenzierung notwendig, diese stellt Herausforderungen an Pflegepersonen dar. Ohne vorangegangene theoretisch und praktisch erworbene Kompetenzen und Fertigkeiten im pädiatrischen Setting wird dies als herausfordernd bezeichnet.

Große Herausforderungen in der Einarbeitung im neonatologisch- pädiatrischen Intensiv-Setting betreffen viele junge Kolleginnen und Kollegen, die nach kurzen Zeitspannen die Abteilungen verlassen. Die Ausbildung im praktischen Setting stellt eine herausfordernde Aufgabe an Mentor*innen. Diese müssen für die Unterweisung von neueinsteigenden Pflegepersonen, Kompetenzen und Fähigkeiten auf höchstem Niveau aufweisen, um Richtlinien und Grundsätze als Expert*innen vermitteln zu können.

„Das ist schon eine große Herausforderung. Es gibt sehr, sehr viele Unterschiede zu Erwachsenen also es ist anders“ (I 3, Z. 67).

6.9. Curricula unterschiedliche Schwerpunkte

Durch rechtliche Vorschriften werden Mindestanforderungen an die praktische Ausbildung gesetzt. Eigenes Wissen im Rahmen pflegerischer Leistungen muss erneuert und aufgefrischt sowie erweitert werden. Die unterschiedlichen Ausbildungsinhalte von Fachhochschulen bieten eher wenig im Bereich des pädiatrischen Settings, da spezifische Curricula mit unterschiedlichen Schwerpunkten zeigen und eine generalistische Ausbildung mit wissenschaftlichem Arbeiten im Vordergrund steht.

[...] „auf der FH ist man mit den Praktika oder mit den praktischen Stunden, ganz im Gegenteil“ [...] „man ist quasi weg von den Praktika gegangen (I 5, Z. 31-34).

“Die Stadt oder das Land soll Pflegepersonen ausbilden die wirklich gern am Patienten arbeiten aber wenn jeder einen anderen Focus hat, auf der FH ist es umso nochmal schwieriger“ (I 5, Z. 70)

Datenbasierendes Arbeiten wird als große Ressource gesehen. Spezielle Ausbildungsinhalte der Curricula an Fachhochschulen erfordern jedoch noch eine

Anpassung im neonatologischen- pädiatrischen Setting. Dies stellt Mentor*innen und neueinsteigende Pflegepersonen vor große Herausforderungen.

[...] finde es nicht gut, dass eigentlich Kinder gar nicht unterrichtet wird. Das ist schon eine große Herausforderung. Es gibt sehr viele Unterschiede zu Erwachsenen es ist anders (I 4, Z. 67-69).

6.10.Lernprozesse und Interventionen

Aus den geführten Interviews wurde ersichtlich, dass es durch die veränderte Ausbildungsverordnung im Bereich des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege sowie den verschiedenen Ausbildungscurricula an Fachhochschulen die Anleitung an neonatologisch- und pädiatrischen Intensivstationen einen intensiveren und längeren Zeitplan in der Einarbeitung bedarf. Nicht ausreichend vorhandenes Basiswissen muss durch spezielle Einschulungskonzepte von Mentor*innen kompensiert werden. Ein praktischer Erwerb von Fachkompetenzen im neonatologischen- und pädiatrischen Setting kann auch Schwierigkeiten in der Kommunikation beziehungsweise der Formulierung von Inhalten oder von Wahrnehmungen einhergehen. Fortschritte über Einarbeitungsmodalitäten und deren Reflexion stellen eine herausfordernde Komponente des Lernprozesses dar, da Unterforderung sowie Überforderung sichtbar werden.

[...] „pflegende Personen die aus der Einschulung kommen, noch ein bisschen unterstützen im Sinne von Mentorinnen für Sie“ (I 2, Z. 55).

6.11.Herausforderungen

Pflegepersonen von neonatologischen Intensivstationen übernehmen den größten Teil der und Pflege von Kindern und arbeiten im multiprofessionellen Team. Neonatologisch- pädiatrische Intensivbereiche stellen hohe Ansprüche an Absolventinnen und Absolventen generalistischer Ausbildungen, welche in den ersten Einarbeitungsmonaten extreme Überforderung zeigen können. Herausforderungen betreffen das allgemein pflegerische Wissen der neonatologisch- pädiatrischen Intensivpflege.

„[...] wie schnell er im Setting lernen kann. D.h. ist er unterfordert, überfordert meist sind sie überfordert, weil einfach der Intensivbereich also Neo-Intensivbereich bei

uns was sehr Herausforderndes ist, und (..) ja also es ist es kommt darauf an, weil wir diese Lernziele einfach abarbeiten“ (I 4, Z. 37-42).

Fehlende Lehrpläne des praktischen Settings und wenig Basiswissen der neueinsteigenden Pflegepersonen mit generalistischer Ausbildung stellen Herausforderungen der Mentoren dar. Ein Lernbedarf von unerfahrenen Pflegekräften muss erkennbar und unterstützt werden und dies in Spezialbereichen wie der neonatologischen und pädiatrischen Intensivpflege. Fehlendes Basiswissen und der Umgang mit theoretischem Kompetenzerwerb von neueinsteigenden Pflegepersonen, wurde als Herausforderung gesehen.

„[...] also man merkt schon, dass in der generalistischen Ausbildung das Kinderthema nicht so präsent ist wie bei der reinen Kinderausbildung, das merkt man schon was für uns weniger schwierig ist also für die Auszubildenden, müssen sich selbst aneignen das sonst in der Ausbildung drinnen war (I 6, Z. 18-21).

„[...] Herausforderungen waren die Elternarbeit, etwas Neues für mich, bis man da Vertrauen in notwendige, natürlich auch Basiswissen oder Wissen hat und dann Eltern gut Auskunft geben zu können, zu informieren und die Sicherheit vermitteln, das war auf jeden Fall eine Herausforderung für mich (I 7, Z. 32-33).

7.Diskussion

Die Ergebnisse werden nachfolgend in Bezug zur Literatur kritisch diskutiert und die Forschungsfragen beantwortet. Weiterführend sollen daraus Optionen und Empfehlungen für die Praxis sowie die Ausbildungsstätten vorgestellt werden. Der vorliegenden Arbeit lagen folgenden Forschungsfragen zu Grunde, deren Beantwortung anschließend erfolgen soll.

*„Welche Erfahrungen machen pädiatrische Pflegeexpert*innen während der Einarbeitung in Bezug auf den theoretischen und praktischen Kenntnisstand von unerfahrenen Pflegepersonen mit generalistischer Ausbildung an neonatologischen Intensivabteilungen?“*

Kompetenzen und Fertigkeiten

Die Analyse der Daten zeigt, dass Basiswissen und praktische Fähigkeiten und Fertigkeiten über pflegerische Maßnahmen im pädiatrischen Intensivsetting als nicht bzw. unzureichend vorhanden sind. Da Berufsanfänger*innen über wenig Strategien bezüglich des Erwerbes klinischer Kompetenzen verfügen (Benner, 2017) stellt das Spezialgebiet der neonatologischen Intensivpflege eine große Herausforderung dar. Herausforderungen wurden auch in Bezug auf Verantwortung sowie der Entscheidungsfindung in schwierigen Situationen wahrgenommen. Dies resultiert aus unterschiedlichen und fehlenden theoretischen Ausbildungsinhalten der generalistischen Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege. Neue Blickwinkel aufgrund von wissenschaftlicher Ausbildung wurden erkannt, jedoch machten die unterschiedlichen Curricula der einzelnen Fachhochschulen und deren theoretischen Inputs der neonatologischen und pädiatrischen Intensivpflege einen unterschiedlichen Kenntnisstand erkennbar. Als sehr wichtig werden in der Analyse der Daten das Mentoring-System, in dem neu eingearbeitete Kolleg*innen begleitet werden, gesehen. Es gibt bis jetzt keine Studien, welche an einem Unterstützungsprogramm für unerfahrene, einzuarbeitende Pflegepersonen mit generalistischer Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege an neonatologischen- und pädiatrischen

Intensivstationen ansetzen, deshalb bringt diese Untersuchung wesentliche Erkenntnisse mit sich.

Die häufigsten Aussagen in den Interviews betreffen die unterschiedlichen zu erwerbenden Kompetenzen und Fertigkeiten in der theoretischen Ausbildung. Aber auch wenig vorangegangene Praktika an neonatologisch- pädiatrischen Intensivstationen welche bereits während der Ausbildung Einblicke in die spezielle Pflege von neonatologischen- und pädiatrischen Intensivpatient*innen geben. Grundkenntnisse der praktischen Pflege werden bereits in Praktika vermittelt und eine mögliche Orientierung der Spezialisierung geben.

Aufgrund veränderter Ausbildungsmodalitäten zeigen sich Veränderungen im Einschulungssetting von neueinsteigenden Pflegepersonen mit generalistischer Ausbildung. Um neues Wissen generieren zu können, ist es von großer Wichtigkeit wie Quernheim & Zegelin (2022) bekräftigen weitere Bildungsbereiche anbieten zu können. Eine Anpassung der Mentoren an die neu einzulernenden Pflegepersonen durch Vermittlung von Grundwissen zusätzlich zur praktischen Einarbeitung muss mit Lernmodellen angepasst werden, um diesen speziellen Bereich nachvollziehbar machen zu können. Aufgrund diverser theoretischer Ausbildungen haben sich Coaches und Mentoren an Einarbeitungsphasen zu orientieren, welche Kompetenzen und Basisfertigkeiten im neonatologisch- und pädiatrischen Setting bereits vorhanden sind.

In der praktischen Ausbildung werden Mentoren gefordert, Lehrpläne in der Praxis und Anleitung zu entwickeln und zu konzipieren. Qualitätsverbesserungen müssen gewährleistet werden um Qualität in der Pflege durch theoriegeleitete und praktische Umsetzung weiterentwickeln zu können. Mentoren benötigen zudem Resilienz um sich an künftige Veränderungen anpassen zu können (Benner, 2017). Orientiert man sich an den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit und an das Modell von Benner, 2017, kann man sagen, dass es hier ein Bedürfnis nach einer Einarbeitungsstruktur in Bezug auf Kompetenzen und Fertigkeiten gibt. Dabei geht es darum, das Gelernte und mühevoll erworbene und weitergegebene Wissen auch umsetzen zu können.

Die Wahrnehmung von Lernsituationen durch den Generationenmix von Pflegenden sowie ihren unterschiedlichen Erwartungen und Prägungen wird im Hinblick auf Veränderungen des Pflegeberufes verändert (Keller, 2015). Da sich

Absolvent*innen im Lernverhalten verändern, können schwierige Starts im Einarbeitungsprozess wahrgenommen werden. Aufgrund von fehlenden, theoretisch gelehnten Unterrichtseinheiten im Setting der Kinderkrankenpflegeausbildung neonatologischer und pädiatrischer Patient*innen, werden Pflegepersonen des Mentorings vor große Herausforderungen gestellt. Der Auftrag an Einzuschulende lautet, Einschulungsprogramme für die Praxis zu konzipieren und die zeitlichen Ressourcen dafür zu schaffen. Bei weiteren möglichen Unterstützungen geht es um Schwerpunktthemen von einzelnen Teammitgliedern, welche spezielle Kompetenzen aufweisen.

Die aktuelle Studie zeigt, dass umfangreiche Einschulungsleitfäden und theoretische Inputs durch Videoaufzeichnungen und Praxistage für neu einzuschulende Pflegepersonen mit generalistischer Ausbildung nicht vorausgesetzt werden können. Dies führt zu längeren Einschulungszeiten, da komplexe Pflegesituationen und mögliche spezielle Krankheitsbilder als herausfordernd und nicht immer in den Einschulungsphasen vorhanden sind, bezeichnet werden.

*„Welche spezifischen Themen können im Hinblick auf Kompetenzen und strukturellen Begleitungen bei der Einarbeitung von Pflegepersonen mit generalistischer Ausbildung auf neonatologischen Intensivstationen durch pädiatrische Pflegeexpert*innen identifiziert werden?“*

Strategien der Einarbeitung

In der strukturellen Begleitung konnten im Hinblick auf Kompetenzen von Pflegepersonen mit generalistischer Ausbildung nach Themen identifiziert werden. Demnach können Strategien der Einarbeitung durch allgemeine intensivpflichtige Kompetenzen in der Überwachung und Pflege an neonatologischen und pädiatrischen Intensivabteilungen mit dem Schwerpunkt auf invasive und nicht invasive Methoden sowie angewandte Hygienemaßnahmen in der Bedarfsorientierung gelegt werden.

Mit pädagogischen Lernmodellen muss Basiswissen theoriegeleitet in einer strukturellen Begleitung vermittelt zu werden. Einschulungskonzepte können Erleichterungen in der strukturellen Einarbeitung bieten, um den Überblick im Einarbeitungsprocedere behalten zu können. Als notwendig stellt sich auch die Verwendung von spezieller Fachliteratur im neonatologisch- pädiatrischen Setting dar. Ein speziell entwickeltes Mentoringprogramm mit adäquat gesetzten Ausbildungszielen zeigt sich von großer Relevanz.

Mentor*innen werden vor herausfordernde Aufgaben in speziellen Ausbildungsmodalitäten der praktischen Ausbildung gestellt. Diese müssen Kompetenzen und Fähigkeiten auf höchstem Niveau besitzen sowie diese auch vermitteln, um Verbesserungen in der praktischen Einarbeitung beitragen zu können (Benner, 2017). Durch Reflexionen von Einarbeitungsthemen müssen optimale Startbedingungen für generalistische Pflegepersonen geschaffen werden. Mentor*innen verwenden konzipierte Leitfäden in denen Lernziele für neueinsteigende Pflegepersonen erfasst und nach Schwerpunkten und Schwierigkeitsgraden gesteigert werden, um im Einarbeitungszeitraum die gesetzten Meilensteine erreichen zu können.

Personale Kompetenzen von Pflegepersonen müssen vorausgesetzt werden um eine optimale Anleitung gewährleisten zu können (Bomball & Niebur, 2016). Eine emotionale Stabilität, Verantwortungsbewusstsein, Belastbarkeit aber auch Motivation sowie Anpassungsfähigkeit müssen ihre Voraussetzungen in vorhandenen Kompetenzen zu finden sein.

Durch strukturelle Begleitungen im Einarbeitungszeitraum im Rahmen des Medikamentenmanagements und der Berechnung sowie der Elternkommunikation aber auch der Beurteilung in der Veränderung von kranken Kindern im Setting der neonatologisch- pädiatrischen Intensivpflege konnten als wichtige Themen identifiziert werden. Grundlagen die auf bereits vorhandene Kompetenzen weiter aufgebaut werden müssen, betreffen die Ernährung von Frühgeborenen und deren Schmerzerkennung beziehungsweise die Wahrnehmung von klinischen Veränderungen der Patient*innen im neonatologischen- pädiatrischen Setting.

Schwerpunktsetzungen an Fachhochschulstudiengängen im Bereich der neonatologischen und pädiatrischen, praktischen Ausbildung in speziellen

Strukturrahmen müssen zukünftig vorhanden sein. Theoretische Inhalte in Spezialgebieten müssen vorausgesetzt werden können, um praktische Anleitungen im Rahmen ihrer Tätigkeiten auch durch zusätzliche Fähigkeiten und Fertigkeiten erwerben und zu festigen. Die Strategien der Einarbeitung hängen jedoch auch nicht nur von Mentor*innen ab, sondern auch von den neu einzuarbeitenden Pflegepersonen mit generalistischer Ausbildung. Dies orientiert sich an den Ressourcen, wie sich unerfahrene, einzuarbeitende Pflegepersonen im neonatologischen- pädiatrischen Setting ihren Herausforderungen stellen und welche Motivation in der Pflege für diese speziellen Patientinnen und Patienten mitgebracht werden.

Berufsanfänger*innen verfügen über kaum Strategien bezüglich des Erwerbes klinischer Kompetenzen und Fertigkeiten. Die Stufen von Benner werden im Laufe der Ausbildung durchlaufen. Im Hinblick auf die praktische Anleitung wird die Wichtigkeit der Unterstützung von Coaches sowie Mentoringprogramme bekräftigt. Im Onboarding-Prozess müssen Berufsanfänger*innen in ihrer praktischen Erfahrungssammlung themenbezogen unterstützt werden (Benner, 2017).

Auch die unterschiedlichsten Qualifikationsniveaus welche sich bereits auf neonatologischen und pädiatrischen Intensivstationen finden lassen, zeigen veränderte Wahrnehmungen von Lernsituationen. Auch stellt zusätzlich der Generationenmix von Pflegenden und deren Einstellungen die Veränderungen im Pflegesetting dar (Keller, 2015). Mit Hilfe von Fertigkeiten und der Weiterentwicklung ist Sicherheit im Team zu gewinnen, die eine Zeitspanne von einem Jahr andauern kann. Praktisches Wissen und klinische Kenntnisse werden erst im Laufe der Zeit der gelebten Praxis erworben. In der Anleitung von neueinsteigenden Pflegepersonen aber auch in der Phase der Fortgeschrittenen Anfänger*innen haben Praxisanleiter*innen eine tragende Rolle (Benner, 2017). Die Aufteilung von Einarbeitungsphasen vermittelt Sicherheit in der Pflegepraxis. Unter Anleitung selbständig zu arbeiten und ein eigenes Zeitmanagement zu organisieren lässt neueinsteigende Pflegepersonen auf Ressourcen von Mentor*innen zurückgreifen. Grundwissen muss von Lernenden vorhanden sein um aufbauende Informationen verstehen zu können.

Im Kompetenzmodell nach Benner (2017) können fünf verschiedenen Kompetenzstufen erreicht werden. Ein Basiswissen wird in der ersten Phase der

Einschulung an neueinsteigende Pflegepersonen mit generalistischer Ausbildung vermittelt. Dies betrifft die Betreuung in der neonatologischen-pädiatrischen Überwachung der Patient*innen, wickeln, der Nahrungsverabreichung wie füttern und sondieren sowie der Schmerzerkennung von Kindern und deren richtigen Positionen. In der zweiten Phase werden Vorbereitungen von medizinischen Eingriffen und Untersuchungen, Elternintegration, familienzentrierte Pflege, entwicklungsfördernde Pflege, und Pflege von Kindern mit nicht invasiver Beatmung im Mentoring begleitet. Hauptaugenmerk liegt in der Einarbeitung auf den Strategien der Überforderung sowie einer möglichen Unterforderung von neu einsteigenden Pflegepersonen. In Phase drei werden praktische Fertigkeiten gefestigt, gesteigert und Hauptaugenmerk auf die neonatologische- pädiatrische Intensivpflegebetreuung gelegt. Dies umfasst die Pflege beatmeter Patientinnen und Patienten im neonatologischen- pädiatrischen Setting. Diese drei Phasen werden auch als Vorbereitungsphase, Orientierungsphase und Reifephase bezeichnet. In der ersten Phase wird nach bekannten Regeln gehandelt, welche bereits bekannt sind. In Phase zwei werden wiederkehrende Situationen bereits erkannt und anhand eigener Erfahrungen bewältigt werden. Phase drei sollen ganzheitliche Situationen bereits geplant werden können.

8. Limitationen

Die Limitationen ergeben sich aus den methodischen Faktoren der Anzahl der durchgeführten Interviews im Rahmen der gewählten, qualitativen Forschung. Als weitere Limitation kann die Suche in den Datenbanken Pubmed, CIINAHL angesehen werden, da wenig Literatur zu dieser Thematik vorhanden ist. Des Weiteren fokussiert diese Arbeit ein spezielles Setting zu Beginn des Lebens sowie spezielle Kompetenzen und Ausbildungen und die daraus resultierende, begrenzte Anzahl an Interviewpartner*innen. Eine weitere Limitation ergibt sich dadurch, dass Interviewpartner*innen nicht von neonatologischen Intensivstationen aus ganz Österreich involviert waren. Hauptaugenmerk wurde auf die Interviewpartnerinnen und Interviewpartner im Rahmen der Ein- und Ausschlusskriterien gelegt und versucht die Einzuarbeitenden mit generalistischer Ausbildung sowie Mentoren als Pflegefachpersonen von neonatologisch- pädiatrischen Intensivstationen in äquivalenter Anzahl zu interviewen, um die Erfahrungen beider Seiten in diese Arbeit einfließen lassen zu können. Schwierigkeiten lagen auch darin, dahingehend geeignete Interviewpartner*innen zu erreichen. Im Hinblick darauf, dass eine optimale Vernetzung von Studierenden des Masterstudiums für Pflegewissenschaft aber auch eine Vernetzung zu Praxisanleiter*innen und Kolleg*innen an neonatologischen und pädiatrischen Intensivstationen sich von Vorteil erwies, konnten durch persönliche Kontakte auch Interviewpartnerinnen und Interviewpartner rekrutiert werden.

Weiters konnten an neonatologisch- pädiatrischen Abteilungen keine Pflegepersonen miteinbezogen werden, die noch keine Erfahrungen in der Einarbeitung von neueinsteigenden Pflegepersonen mit generalistischer Ausbildung zum Zeitpunkt der Durchführung der Interviews sammeln konnten, vorhanden waren.

Diese Querschnittstudie stellt Analyse zu einem einmalig durchgeführten Zeitpunkt dar. Der Untersuchungsgegenstand umfasste die Monate Mai bis Juni in dem die Interviewpartnerinnen und Interviewpartner einzeln in einem festgelegten Zeitrahmen befragt wurden.

9. Empfehlungen

Es sollen nun weitere Empfehlungen und Orientierungsansätze wie folgt beschrieben werden.

9.1. Orientierungsansätze für die Praxis

Einen großen Einfluss auf die Einarbeitung neueinsteigender Pflegekräfte mit generalistischer Ausbildung zeigt bereits die Edukation des pflegerischen Intensivpflegepersonals auf neonatologischen und pädiatrischen Intensivstationen. Die Phasen der Einarbeitung sowie das Procedere fördern die Wahrnehmung der neonatologischen- und pädiatrischen Teams sowie die beeinflussenden Faktoren und Herausforderungen in der Einarbeitung von generalistischen Pflegepersonen. Ein eigens konzipiertes Einarbeitungskonzept in diesem Setting welches unterschiedlich in Krankenanstalten ausgearbeitet, implementiert und durchgeführt wird spiegelt sich auch mit den unterschiedlichen Ausbildungsschwerpunkten von Fachhochschulen wider. Dies muss in Angriff genommen werden und auf eine Vereinheitlichung in der theoretischen sowie auch praktischen Ausbildung abzielen. Für die Entwicklung eines Einarbeitungskonzeptes an neonatologischen-pädiatrischen Intensivstationen müssen die Studiengangsleitungen sowie die Unterrichtsprofessoren der Fachhochschulen aber auch Praxisanleitungen und Mentoren der Praxis involviert sein. Im Rahmen eines vereinheitlichten Projektes welches einer gemeinsamen Zielbestimmung dienen soll, müssen Voraussetzungen geschaffen werden. Das Festlegen des Vorgehens aber auch die Auswahl an Methoden und deren Durchführung hat kooperativ auch mit unerfahrenen Pflegepersonen zu erfolgen. Regelmäßige Jour-Fix sowie Vernetzungen von neonatologischen Intensivstationen innerhalb Österreichs können als sinnvoll erachtet werden. Nach einer Umfeldanalyse müssen Lernbedarf, Lernvoraussetzungen und Lernwiderstände aber auch Motivation eingeschätzt werden können. Die dafür erforderlichen Zeitressourcen verlangen nach Spezifizierung. Diese müssen auch in der Dienstplangestaltung Anwendung finden, damit eine konkrete Zuteilung von Mentoren und deren einzuarbeitenden Pflegepersonen abgebildet werden kann.

Alle beteiligten Pflegepersonen sowie Lehrpersonen von Fachhochschulen und Absolvent*innen haben an einer gemeinsamen Lösungsstrategie zu arbeiten, um

eine optimale Einarbeitung an neonatologischen- und pädiatrischen Intensivabteilungen im Hinblick auf die Pflegepraxis zukünftig zu gestalten und gewährleisten zu können.

Anhand der Ergebnisse dieser Interviews, muss im Besonderen auf Personalstrukturen an neonatologischen und pädiatrischen Intensivstationen unter den Voraussetzungen von möglichen Personalengpässen durch die veränderte gesetzliche Situation im Gesundheits- und Krankenpflegebereich nicht nur hingewiesen, sondern auch reagiert werden. Als entscheidend werden auch gesetzte Rahmenbedingungen im praktischen Setting gesehen. Als eindrucksvoll zeigt sich auch speziell der Berufsstolz im Setting der Kinderkrankenpflege. Mitarbeiter*innen stellen die wichtigste Ressource im Setting der Pflege dar auch der Zufriedenheit von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern wird demnach eine große Bedeutung zuteil.

9.2. Orientierungsansätze für die Wissenschaft

Aus den in dieser Arbeit gewonnen Erkenntnissen lassen sich verschiedene Implikationen für die zukünftige Forschung ableiten. Besonders die theoriegeleiteten Inhalte im Kontext Ausbildung zeigen einen relevanten Ansatz.

Eine weitere Forschung im Bereich der Onboarding-Prozesse von neueinsteigenden Pflegepersonen ist anzustreben, um diese unter Berücksichtigung der Thematik und die konkreten Auswirkungen auf das pflegerische Setting und deren Pflegepersonen in diesem Spezialbereich näher beleuchten zu können. Konkret könnten dies Forschungsvergleiche im Rahmen von Best Practice Beispielen im deutschsprachigen Raum aber vorangehend vorerst an allen neonatologischen und pädiatrischen Intensivstationen Österreichs sein. Eine Wissensstanderhebung von neonatologischen und pädiatrischen Intensivstationen im Rahmen ihrer angewandten Onboarding- Prozesse und die daraus resultierenden Maßnahmen und Ergebnisse. Zudem sollte die notwendige adäquate Ausbildung der beteiligten Berufsgruppen und deren Kompetenzen aufgezeigt werden. Bis zum jetzigen Zeitpunkt gibt es nur wenig wissenschaftlich belegte Literatur zum Thema Einarbeitung von neueinsteigenden Pflegepersonen an neonatologischen und pädiatrischen Intensivstationen mit generalistischer Ausbildung.

Die hier vorliegende Arbeit muss einen Anreiz für weitere Forschungen geben, sowie die dargestellten Herausforderungen müssen Anlass für weitere Diskussionen sein. Der Onboarding-Prozess und die Ausbildungsmodalitäten sowie ihre zugrundeliegende Sensibilität müssen die Möglichkeit für weiterführende Auseinandersetzungen mit dieser Thematik in der generalistischen Ausbildung der Gesundheits- und Krankenpflege und der Einarbeitung von neueinsteigenden Pflegepersonen an neonatologischen- und pädiatrischen Intensivstationen bieten. Auszubildende des Fachhochschulstudienganges aber auch Lehrende der Hochschulen können im Hinblick auf weitere Forschungsmöglichkeiten und weitere durchzuführende Studien neue wissenschaftliche Erkenntnisse liefern. Darüber hinaus bedarf es einer Zusammenarbeit zwischen Institutionen der praktischen und theoretischen generalistischen Ausbildung und Onboarding-prozesse sollten auch wissenschaftlich untersucht werden. Da im Rahmen der vorliegenden Arbeit beschrieben wurde, dass Kompetenzen und Basisfertigkeiten sowie der Ausbildungsstand von Pflegepersonen mit generalistischer Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege eine relevante Rolle spielen, bedarf es weiterer Forschung mit einer größeren Untersuchungsgruppe hinsichtlich weiterer deutschsprachiger, neonatologischer- und pädiatrischer Intensivstationen.

9.3. Orientierungsansätze für die Ausbildungsstätten

Aufgrund der gewonnenen Erkenntnisse welche diese Arbeit in dieser Form entstehen lassen konnte, lassen sich Empfehlungen für die Ausbildungsstätten wie folgt ableiten, um als praktische Umsetzungsmöglichkeit weitergeben zu können. Neueinsteigende Pflegekräfte im Setting der neonatologischen und pädiatrischen Intensivpflege mit generalistischer Ausbildung benötigen fundiertes Fachwissen in der pädiatrischen Pflege. Angemessene praktische Ausbildungsmodalitäten an neonatologischen – und pädiatrischen Intensivstationen müssen von den Teams der neonatologischen-pädiatrischen Intensivstationen eingefordert werden, um langfristig hohen Personalfluktuationen sowie langen Einschulungsphasen entgegenzuwirken. Praktische Settings an den verschiedensten Fachhochschulen müssen äquivalent angeboten werden. Die gesetzlichen Rahmenbedingungen können ad hock nicht verändert werden.

Jedoch durch ein Gegensteuern der in der Praxis tätigen Pflegepersonen im Rahmen von Empfehlungen hinsichtlich einer theoriegeleiteten sowie

praxisgeleiteten Ausbildung an Fachhochschulen muss diese Thematik angesprochen und aufgezeigt werden. Die Erlernung von Basiswissen und ausreichend Kompetenzen vor Praktikumseinsätzen an neonatologischen- und pädiatrischen Intensivstationen muss vorausgesetzt werden können, um in der Praxis adäquat ansetzen zu können. Im Hinblick auf die Einarbeitungsphasen müssen hier Rahmenbedingungen im theoretischen Setting einen entscheidenden Beitrag leisten. Längere „Onboarding-Prozesse“ von neueinsteigenden Pflegepersonen mit generalistischer Ausbildung an neonatologischen und pädiatrischen Intensivstationen müssen optimierte Personaleinsatzpläne und deren Berechnungen voraussetzen können. In der praktischen Ausbildung im Setting der neonatologischen sowie pädiatrischen Intensivpflege müssen theoretische Basisfertigkeiten vorausgesetzt werden können. Dies hat vorab in möglichen Zentren für Simulationen nahe den Praktikumsstätten zu erfolgen. Spezielle Termine dazu an denen Trainingstage in der praktischen Anleitung für angehende Absolvent*innen der generalistischen Ausbildung im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege in Kooperation mit Praktikumsstellen der neonatologischen- pädiatrischen Intensivstation sowie den Praxisanleiter*innen müssen angeboten werden.

Im Rahmen von Trainings und Transfers müssen theoretische Inhalte vorausgesetzt werden können.

Literaturverzeichnis

- Behrens, J. & Langer, G. (2016). Evidence based Nursing and Caring. Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung – Vertrauensbildende Entzauberung der „Wissenschaft“ 4., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Verlag Hogrefe
- Benner, P (2017). Stufen zur Pflegekompetenz. From Novice to Expert. 3. unveränderte deutschsprachige Auflage. Bern: Verlag Hogrefe
- Breuer, F., Muckel, P. & Dieris, B. (2019). Reflexive Grounded Theory. Eine Einführung für die Forschungspraxis 4., durchgesehene und aktualisierte Auflage. Münster, Oldenburg und Dortmund: Springer Verlag
- Bomball, J., & Niebuhr, A. M. (2016). Was hält Pflegende gesund? Der Beitrag Personaler Kompetenz zur Gesunderhaltung von Pflegenden. Lage: Jacobs Verlag
- Croop, S.E.W., Thoyre, M., Aliaga, S., McCaffrey, M.J. & Wohl, S.P. (2019). The Golden Hour: a quality improvement initiative for extremely premature infants in the neonatal intensive care unit Springer Nature America
- European Association for Children in Hospital, (2006). EACH CARTA: Zugriff am 13.10.21 unter: https://www.kib.or.at/fileadmin/user_upload/each_web.pdf
- Foster, J., Taylor, C., Patterson, T. & Psaila, K. (2016). Experiences of new graduate nurses working in a neonatal intensive care setting: a systematic review protocol of qualitative evidence/Joanna Briggs Institute/DOI:10.11124/JPISIRIR-2016-003169 Volume 14-issue 10 p105-115
- Gesundheit und Soziales. Zugriff am 19.12.21 unter: [www.fhv.at/studium/soziales/gesundheit-und-krankenpflege-bsc/Gesundheits- und Krankenpflege](http://www.fhv.at/studium/soziales/gesundheit-und-krankenpflege-bsc/Gesundheits-und-Krankenpflege) | Bachelor Studiengang FH (fh-kaernten.at)

- Hauser, W. (2020). FHG Kurzkomentar Fachhochschulgesetz. 9. Auflage Zugriff am: 12.11.22. unter <https://www.verlagoesterreich.at/media/99/81712/1625735363/fhg-anhang-online.pdf>
- Herrmann, A., Kusma, L. & Kwiatek, A. (2020). Warten lohnt sich – Kurzfortbildungen auf der NICU. Verlag: Thieme 2020,28:131-136
- Hundeborn, G. (2020). Grundlagen des Pflegeberufes. Pflege-Ausbildung und Beruf. Zugriff am 21.12.21 unter:https://eref.thieme.de/ebooks/cs_13099261?fromSearch=true&context#/ebook_cs_13099261_cs462
- Kallmeyer, W. & Schütze, F. (1976). Konversationsanalyse. In Studium Linguistik (1), 1–28.
- Keller, E.M. (2015). HR-Trends auf dem Weg zum Unternehmen für die nächste Generation. Norderstedt Germany, Verlag: Grin
- Klock, P., Erdmann, A.L., Costa, R. & Santos, S.V. (2019). Best Practices In Neonatal Nursing Care Management. DOI:10.1590/1980-265X-TCE-2017-0157 Zugriff am 21.12.21
- Koertner, U. (2017). Grundkurs Pflegeethik. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.
- Koo, H.J & Lee, B.R. (2021). Educational needs for practicing neonatal intensive care among Korean nursing students. Child Health Nurs Res, Vol.27, 27(4):339-353 Zugriff am 21.12.21 unter: <https://doi.org/10.4094/chnr.2021.27.4.339>
- Lee, H., Kim, D.J. & Han, J.W. (2020) A Delphi Studie. Developing Nursing Standard Guidelines for Nurses in a Neonatal Intensive Care Unit
- Lischka, A. (2020). Richtungsweisende Ideen der „Kinderklinik Glanzing“ seit 1915 Quo vadis Kinderheilkunde DOI:10.1007/s00608-020-00782
- Lux, V. (2013), Wie wichtig ist die Ausbildung für ein flexibles Pflegemanagement? Erfahrungen aus einer Universitätsklinik als Krankenhaus Maximalversorgung. Springer Verlag: Berlin-Heidelberg

- Mamerow, R. (2021). Praxisanleitung in der Pflege. 7. Auflage. Hamburg: Verlag Springer
- Mayer, H. (2019). Pflegeforschung anwenden: Elemente und Basiswissen für das Studium. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.
- Mayring, P. & Gläser-Zikuda, M. (2008). Die Praxis der Qualitativen Inhaltsanalyse. 2. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Verlag
- Mayring, P. (2015). Qualitative Inhaltsanalyse. *Grundlagen und Techniken*. 12., überarbeitete Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Verlag
- Mayring, P. (2016). Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zum qualitativen Denken. 6 Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Verlag
- Michel, J., Hofbeck, M. Gerster, L. & Neunhoeffer, F. (2019). Personalsituation auf neonatologischen und pädiatrischen Intensivstationen – eine europaweite Umfrage. Verlag: Thieme KG Stuttgart-New York
- Murray, D. (2020). Who works in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU). The Members of Your Sick or Premature Baby's Health Care Team. Zugriff am: 30.11.21 unter: <https://www.verywellfamily.com/who-works-in-the-nicu-4125500?>
- Mortimer G., Reynolds J., Forman, D., Brannigan, C & Mitchell K. (2021). From expert to advanced clinical practitioner and beyond Zugriff am 21.07.22 unter: BJON_2021_30_10_000_ACPAdvancedpracticeandbeyond_CC.pdf
- Peri Zert®, (2020). Anforderungskatalog zur Zertifizierung von Perinatalzentren Level I. Zugriff am: 27.12.21. unter: https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fperizert.com%2Fpz_downloads_public/AFK%20Level%201%20Ver.%202020-01.pdf
- Quernheim, G. & Zegelin, A. (2022). Berufsstolz in der Pflege. Das Mutmachbuch. 2., korrigierte Auflage. Bern: Hogrefe Verlag
- Rechtsinformationssystem des Bundes [RIS]. (2021). Zugriff am 11.11.22 Verfügbar unter:

https://www.ris.gv.at/geltendefassung/bundesnormen20005853/fh-guk-av,fassung_vom_12.08.2021.pdf (bka.gv.at)

Rechtsinformationssystem des Bundes [RIS]. (2021). Bundesrecht konsolidiert: Gesundheits- und Krankenpflegegesetz § 12, Fassung vom 26.04.2021. Zugriff am 01.12.2021 unter <https://www.ris.bka.gv.at/NormDokumente.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011026&Fassung-Vom=2021-0426&Artikel=&Paragraf=12&Anlage=&Uebergangsrecht=>

Refrande, S.M., Silva, R.M.C.R.A., Pereira, E.R., Rocha, R.C., Melo, S.H., Refrande, N.A. & Dos Santos, R.R. (2018). Nurse`s experiences in the care of high-risk newborns:a phenomenologica study. DOI: 10.1519/0034-7167-2018-0221 Zugriff am: 21.12.21

Schrems, B (2019). Fallarbeit in der Pflege. 3. überarbeitete und ergänzte Auflage. Wien: Facultas Verlag

Smith, J.R., & Wolf, M. (2018). Resiliency A Core Competency in Today`s NICU Nurse Leader. DOI: 10.1097/JPN.0000000000000370 Zugriff am 21.12.21

Spence, K., Sinclair, L., Morrit, M.L., & Laing. S., (2016). Knowledge and learning in speciality practice. Original Artikel. Zugriff am 27.12.21 Verfügbar unter: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jnn.2016.05.002>

Statistik Austria 2020. Zugriff am: 19.12.21 Verfügbar unter: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1018480/umfrage/lebendgeborenen-in-oesterreich-nach-schwangerschaftsdauer/>

Strauss, A & Corbin, J. (1996). Grounded Theorie: Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Mannheim: Psychologie Verlags Union

Vidal, J.A.M. & Olley, R. (2020). Systematic literature Review oft he effect of clinical mentoring on new graduate registered nurses clinical performance, job satisfaction and job retention. Asia-Pacific Journal of Health Management Zugriff am 21.12.21.

Weiss, S. & Lust, A. (2017). Gesundheits- und Krankenpflegegesetz-GuKG. (8. überarbeitete und aktualisierte Auflage). Wien: MANZ`sche Verlags- und Universitätsbuchhandlung

Witzel, A. (2000). Das Problemzentrierte Interview, Forum: Qualitative Reasearch, 2000 (1/22), Absatz 8.

Abkürzungsverzeichnis

BSc	Bachelor of Science in Nursing
bzw.	beziehungsweise
CLD	Chronic lung disease
EACH Charta	European Association for Children in Hospital
ELBW	Extremely low birth weight
EU	Europäische Union
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflege
LGA	Landes Gesundheitsagentur
NICU	Neonatal intensive care unit
Peri Zert®	Anforderungskatalog zur Zertifizierung von Perinatalzentren Level I
PICU	Paediatric intensive care unit
ROP	Retinopathy of prematurity
SSW	Schwangerschaftswoche
WGW	Wiener Gesundheitsverbund
z.B.	zum Beispiel
ZVK	Zentralvenenkatheter

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Stufen der Pflegekompetenz nach Benner.....	19
--	----

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Ein und Ausschlusskriterien zur Literaturrecherche	35
Tabelle 2: Suchbegriffe	35
Tabelle 3: Suchprotokoll Datenbanken.....	36
Tabelle 4: Suchprotokoll CINAHL	36
Tabelle 5: Suchprotokoll PubMed	37
Tabelle 6: Ein- und Ausschlusskriterien zur Literaturrecherche.....	39
Tabelle 7: Analysekategorie.....	46
Tabelle 8: Analysekategorie.....	47

Anhang I

Universität Wien

Institut für Pflegewissenschaft
Fakultät für Sozialwissenschaften

Informationsschreiben

Sehr geehrte Damen und Herren!

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen!

Mein Name ist Michaela Anna Just, ich absolviere derzeit das Masterstudium der Pflegewissenschaft an der Universität Wien. Im Rahmen meiner Master-Thesis beschäftige ich mich mit dem Thema der Einarbeitung von neueinsteigenden Pflegepersonen mit generalistischer Ausbildung im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege sowie den Herausforderungen im Einsatz an neonatologischen Intensivstationen. Ich bitte Sie, mich bei dieser Datenerhebung zu unterstützen. Die Ergebnisse der Interviews sollen als Grundlage für die zukünftige Entwicklung der Einarbeitung der Rolle als Generalisten in der neonatologischen und pädiatrischen Intensivpflege dienen. Ihre Antworten sind besonders wertvoll und tragen wesentlich für die Planung weiterer Maßnahmen in Bezug der Kompetenzerweiterung im Einsatz von Generalisten bei. Die Datenerhebung erfolgt durch Interviews in Präsenz oder aber auch online.

Zur Datenerhebung wird je ein Interview mit ausgewählten Interviewpartner*innen durchgeführt. Die Interviews sollen mit spezialisiertem Pflegepersonal sowie von neueinsteigenden Pflegepersonen mit generalistischer Ausbildung, an neonatologisch- und pädiatrischen Intensivstationen durchgeführt werden.

Vor dem Interview hat von Ihnen eine schriftliche Einverständniserklärung zu erfolgen. Ihre Teilnahme an der Studie ist freiwillig. Ihr Name und Ihre Kontaktdaten werden nicht mit den Angaben verbunden, die Sie in der Befragung machen.

Die Interviews werden in digitaler Form Ministeriums und mit Tonband oder Mobiltelefon aufgezeichnet. Ihre angegebenen Daten des Interviews werden nur bis zum Abschluss des Forschungsprojektes sicher verschlüsselt aufbewahrt und anschließend gelöscht.

Die Ergebnisse werden ausschließlich ohne Namen und Kontaktdaten dargestellt, d.h. nicht personenbezogen ausgewertet. Dies bedeutet, dass Niemand aus den Ergebnissen erkennen kann, von welchen Personen die Angaben gemacht wurden. Die Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.

Eine Kopie der Einwilligungserklärung wird Ihnen ausgehändigt und ein Widerruf der Zustimmung kann Ihrerseits jederzeit ohne Angaben von Gründen erfolgen sowie das Aussteigen an der Teilnahme, ohne dass Ihnen ein Nachteil daraus entsteht. Die Daten werden ausschließlich für wissenschaftliche Zwecke verwendet und anonym gespeichert. Die Daten werden ausschließlich für die wissenschaftliche Forschung und Statistik verwendet. Wenn Sie an dem Forschungsvorhaben teilnehmen wollen oder Sie weitere Fragen haben, rufen Sie mich an oder kontaktieren Sie mich per Mail:

Einverständniserklärung zur Teilnahme am Forschungsprojekt

Einverständniserklärung

Name Teilnehmer*in (Druckbuchstaben):

Geb. Datum (optional):

Ich wurde von der verantwortlichen Person dieses Forschungsprojektes (.....) vollständig über Wesen, Bedeutung und Tragweite des Forschungsprojektes aufgeklärt. Ich hatte die Möglichkeit Fragen zu stellen, habe die Antworten verstanden und habe zurzeit keine weiteren Fragen mehr. Ich bin über möglichen Nutzen und Risiken dieses Projektes informiert.

Ich hatte ausreichend Zeit, mich zur Teilnahme an diesem Projekt zu entscheiden und weiß, dass die Teilnahme daran freiwillig ist. Ich weiß, dass ich jederzeit und ohne Angabe von Gründen diese Zustimmung widerrufen kann, ohne dass sich dieser Entschluss nachteilig auf mich auswirken wird.

Ich bin damit einverstanden, dass in diesem Projekt Daten von mir aufgezeichnet werden. Mir ist bekannt, dass meine Daten anonym gespeichert und ausschließlich für wissenschaftliche Zwecke verwendet werden.

Ich habe eine Kopie der Einwilligungserklärung erhalten und erkläre hiermit meine freiwillige Teilnahme an diesem Forschungsprojekt.

Datum

Unterschrift Teilnehmer*in

Anhang III

Kurzfragebogen zu den demographischen Daten

Welche Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflege haben Sie abgeschlossen? Vor der GuKG Novelle oder eine generalistische Ausbildung?

☐ Diplomlehrgang

☐ Hochschule/ Fachhochschule

☐ Sonstige, bitte näher bezeichnen:

.....

In welchem Arbeitsausmaß sind Sie derzeit beschäftigt?

☐ Vollzeit (40h)

☐ Teilzeit, wenn ja,

bitte genaue Stundenanzahl angeben:

Wie lange üben Sie ihre Tätigkeit als Gesundheits- und Krankenpflegeperson mit Spezialisierung in der Kinderintensivpflege aus?

☐ seit 8 Jahren

☐ Länger als 8 Jahre

Haben Sie auch Zusatzausbildungen absolviert?

☐ Nein

☐ Ja, bitte genauer anführen:

.....