

Prof. Dr. Benjamin Kühme
Hochschule Osnabrück
Fakultät für Wirtschafts- und
Sozialwissenschaften



**Forschungsbefunde aus der pflegepraktischen
Ausbildung
-Eine Bestandsaufnahme-
Und nun?**

2. Forum Praxisanleitung im dualen Bachelorstudiengang Pflege
Hochschule Rosenheim/Campus Mühldorf am 21. Februar 2017

Intro

„Eine gute Pflege kann
persönlichkeitsbildend sein, wie
auch eine vertiefte
Persönlichkeitsbildung einer guten
Pflege förderlich sein kann.“
(Wittneben 2003: 56)

Inhalt

1. Quellen des Wissens in der Pflege (woher wir kommen!)

2. Kontext (was sich in der Pflegebildung tut und was erwartet wird!)

Exkurs: Professionalisierung (welche Chancen enthalten sind!)

3. Pflegebildung und Stand der pflegedidaktischen Forschung (wo wir stehen und was nicht unberücksichtigt bleiben darf!)

- Diskurs Pflegedidaktik
- Befunde Perspektive Praxisanleiter
- Befunde praktische Ausbildung
- Befunde akademische Ausbildung

4. Und nun?

1. Quellen des Wissens in der Pflege (Mayer 2003)...woher wir kommen!

- ***Intuition***
- ***Versuch und Irrtum***
- ***Erfahrung***
- ***Tradition und Autorität***
- ***Logisches Schlussfolgern***
- ***Wissenschaftliches Erforschen***

2. Kontext (was sich in der Pflegebildung tut und was erwartet wird!)

- Empfehlungen des Wissenschaftsrates
„Reflective Practitioner“

WR	WISSENSCHAFTSRAT
	Drs. 2411-12 Berlin 13 07 2012

Empfehlungen zu
hochschulischen
Qualifikationen für das
Gesundheitswesen

**Hochschulische Pflegeausbildung nach Teil 3 (Entwurf
Pflegeberufegesetz)**

2. Kontext (was sich in der Pflegebildung tut und was erwartet wird!)

Empfehlungen des Wissenschaftsrates:

„Reflective Practitioner“

- „(...) ein Teil der Angehörigen der Gesundheitsfachberufe soll in die Lage versetzt werden, ihr eigenes pflegerisches, therapeutisches oder geburtshelferisches Handeln auf der Basis wissenschaftlicher Erkenntnis zu reflektieren, die zur Verfügung stehenden Versorgungsmöglichkeiten hinsichtlich ihrer Evidenzbasierung kritisch zu prüfen und das eigene Handeln entsprechend anzupassen.“

MGEPA NRW (2014): „Entwicklung und Beurteilung evidenzbasierter Versorgungskonzepte im klinischen, stationären und ambulanten Bereichen und auch in der Prävention und Gesundheitsförderung.“

2. Kontext (was sich in der Pflegebildung tut und was erwartet wird!)

Qualitätssteigerung durch akademisierte Pflege:

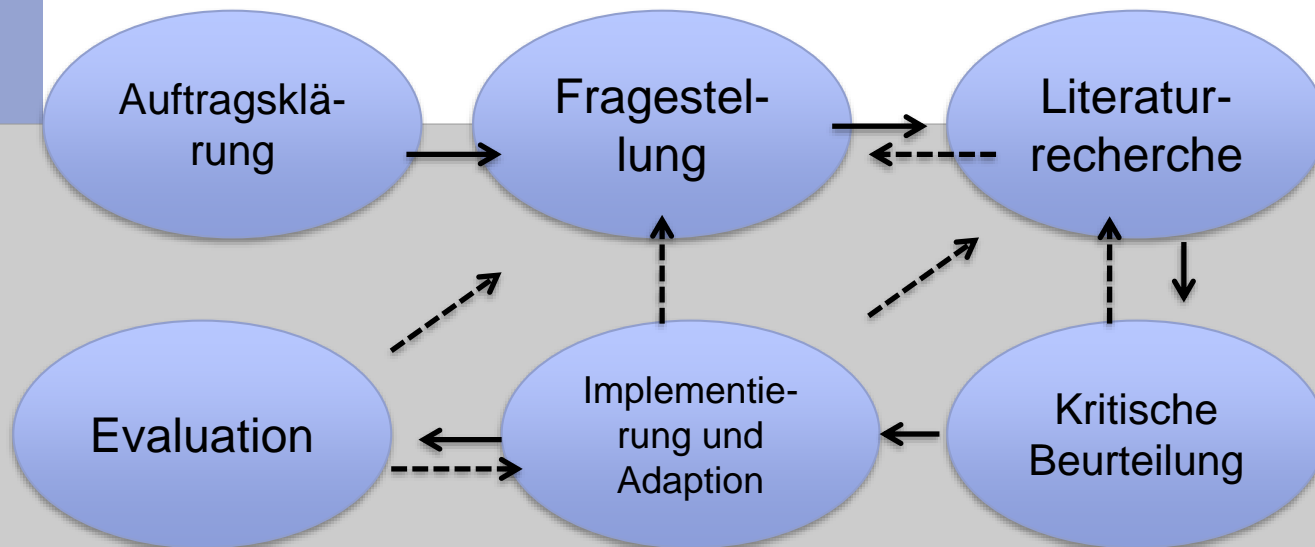
Aiken et al. (2003): „Wahrscheinlichkeit der 30 Tage-Mortalität sowie der Todesfälle nach erlittenen Komplikationen ist den hypothetischen Berechnungen der Studie zufolge in Krankenhäusern, (...) Bachelorpflegenden (Evidenz) am Gesamtpflegepersonal mehr als 60% beträgt, um 19% niedriger als in Krankenhäusern, in denen der Anteil unter 20% liegt. Steigt der Anteil von Bachelorpflegenden um 10%, sinkt die Todesrate nach erlittener Komplikation um 5%.“

K... .. (2000)

Europa: Aiken et al.(2014:1): „These associations imply that patients in hospitals in which **60% of nurses had bachelor´s degrees** and nurses cared for an average of **six patients** would have almost **30% lower mortality** than patients in hospitals in which **only 30 % of nurses had bachelor´s degrees** and nurses cared for an average of **of eight patients.**“

auf peripheren Stationen, nicht aber auch auf Intensivstationen

2. Kontext (was sich in der Pflegebildung tut und was erwartet wird!)



Modifiziertes EBN-Schema nach Behrens & Langer (2010: 43) Die sechs Schritte der EBN- Methode G.6

Arbeitsbündnis zwischen professionell Pflegenden **und** Klienten (externe **und** interne Evidenz)

Tätigkeitsprofil Bachelorabsolventen! Patientennähe!



DQR

DEUTSCHER QUALIFIKATIONSRAHMEN
FÜR LEBENSLANGES LERNEN

Niveau 6

beschreibt Kompetenzen zur Planung, Bearbeitung und Auswertung von umfassenden fachlichen Aufgaben- und Problemstellungen sowie zur eigenverantwortlichen Steuerung von Prozessen in Teilbereichen eines wissenschaftlichen Faches oder in einem beruflichen Tätigkeitsfeld. Die Anforderungsstruktur ist durch Komplexität und häufige Veränderungen gekennzeichnet

Niveauindikator

Anforderungsstruktur

Fachkompetenz		Personale Kompetenz	
Wissen	Fertigkeiten	Sozialkompetenz	Selbständigkeit
Tiefe und Breite	Instrumentale und systemische Fertigkeiten, Beurteilungsfähigkeit	Team/Führungsfähigkeit, Mitgestaltung und Kommunikation	Eigenständigkeit/Verantwortung, Reflexivität und Lernkompetenz

2. Kontext (was sich in der Pflegebildung tut und was erwartet wird!) DQR

Regelhafte Ausbildung Pflege
Niveau 5

Pflegestudium Niveau 6

„Kompetenzen zur selbständigen Planung und Bearbeitung umfassender fachlicher Aufgabenstellungen in einem komplexen, spezialisierten, sich verändernden Lernbereich oder beruflichen Tätigkeitsfeld.“

Niveauidikator

„Kompetenzen zur Planung, Bearbeitung und Auswertung von umfassenden fachlichen Aufgaben- und Problemstellungen sowie zur eigenverantwortlichen Steuerung von Prozessen in Teilbereichen eines wissenschaftlichen Faches oder in einem beruflichen Tätigkeitsfeld verfügen. Die Anforderungsstruktur ist durch Komplexität und häufige Veränderungen gekennzeichnet.“

Beispiel: Patientenfall mit Fallschwere (u.a. MRSA- Management)
„Erkennen Patientenfallverläufe in den Wirren der Institution“

2. Kontext (was sich in der Pflegebildung tut und was erwartet wird!)

Kompetenzbildung DQR

■ **Beispiel Patientenfall mit Fallschwere (u.a. MRSA-Management) „Erkennen Patientenfallverläufe in den Wirren der Institution“**

- Entwickelndes Denken und Handeln **oder** regelgeleitetes Handeln
- Berufsfeldorientiert **oder** berufsbildorientiert
 - Mitgestalten **oder** ausführungsbezogen
- Erkenntnisleitendes Handeln reflektieren und regulieren **oder** Anweisung und Assistenz befolgen

(vgl. Meers 2014)

Zugang zur Personalwirtschaft, Möglichkeit der Personalentwicklung und Chance zur **Entwicklung von Pflege Themen!**

2. Kontext (was sich in der Pflegebildung tut und was erwartet wird!)

Differenz zur Realität?

Exkurs: Professionelles Handeln (Fallverstehen nach Oevermann) zur Deutung und Lösung des Falles (Antinomien).....(welche Chancen enthalten sind!)

„Daraus ergibt sich, daß die (...) Handlungslogik von professionellen Praktikern aus dem ambivalenten Nebeneinander zweier grundlegender Komponenten besteht, nämlich der Beherrschung eines universellen, **wissenschaftlich fundierten Regelwissens** mit der dazugehörigen Befähigung zum Umgang mit Theorien und der **hermeneutischen Kompetenz** des Verstehens eines Einzelfalles (...).“ (Dewe et al. 2001: 305f.)

Praxisrealität

Professionell:
hermeneutische
Fallauslegung
und Deutung in
der Vermittlung

Wissenschaft-
liches Wissen

Rolle der Praxisanleiter: Stärke durch Praxisrealität!

3. Pflegebildung und Stand der pflegedidaktischen Forschung (wo wir stehen und was nicht unberücksichtigt bleiben darf!)

Diskurs Pflegedidaktik

- Wittneben (1991/2003) „Patientenignorierung / Patientenorientierung“
- Darmann (2000) „Kommunikative Kompetenz“
- Ertl-Schmuck (2000/2010) „Subjektorientierte Pflegedidaktik“
- Greb (2003) Negative Dialektik / „Identitätskritik“
- Olbrich (2009) „typische“ Kompetenzbildung in der Pflege

3 Perspektive der Praxisanleiterinnen und –anleiter: Qualitative Studie (Dorn 2016)

Perspektive der Praxisanleiterinnen und –anleiter:

1. **Mangelnde Wertschätzung:** erst eine wertschätzende Kooperation zwischen den am Ausbildungsprozess Beteiligten ermöglicht eine gezielte, strukturierte und umfassende Anleitung
2. **Aufgabe im Alleingang:** Praxisanleitung muss als gemeinschaftliche Aufgabe des gesamten Pflgeteams einer Station verstanden werden
3. **Idealismus und Können:** Praxisanleiter benötigen neben der eigenen Motivation eine ausgeprägte berufliche Handlungskompetenz
4. **Durst nach Wissen:** Praxisanleiter benötigen Unterstützung bei der Einschätzung und Erweiterung ihres Wissens (wissenschaftliches Wissen)
5. **Koordination und Steuerung:** Praxisanleiter übernehmen eine koordinierende Aufgabe im Praxiseinsatz, sie sind sich dieser Funktion jedoch nicht bewusst
6. **Die Rolle der Schüler:** Praxisanleitung muss von den Anleitern als umfassende Methode verstanden werden, in welcher die aktive Mitgestaltung der Schüler unerlässlich ist
7. **Kampf inmitten von Widersprüchen:** Die bestehenden Rahmenbedingungen im Krankenhaus lassen eine in den Alltag integrierte fach- und bedarfsgerechte Praxisanleitung nicht zu (vgl. KrPflAPrV/KrpfliG)

Dorn 2016: 33-54

Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter agieren in einem spannungsgeladenen Pflegemilieu, das eine adäquate Anleitung erschwert!

3 Perspektive der Praxisanleiterinnen und –anleiter: Qualitative Studie (2016)

Wie stellt sich für die Anleitenden die Ausbildungssituation dar?

1. **Mangelnde Wertschätzung:** erst eine wertschätzende Kooperation zwischen den am Ausbildungsprozess Beteiligten ermöglicht eine gezielte, strukturierte und umfassende Anleitung. Aber:
 - ...wir arbeiten am wenigsten mit den Schülern zusammen...
 - ...dann macht die (Stationsleitung) einen Termin aus und führt das Erstgespräch...
 - ...die Zusammenarbeit unter den Praxisanleitern ist schwierig...
 - ...es wäre vielleicht besser, wenn die Lehrer auch persönlich kommen...
 - **2. Aufgabe im Alleingang:** Praxisanleitung muss als gemeinschaftliche Aufgabe des gesamten Pflereteams einer Station verstanden werden.
 - ...man bekommt vom Team wenig Rückmeldungen, die jetzt wirklich produktiv sind...
 - ...haben wir beschlossen, dass wir so ein Heft führen...das ist super hilfreich.....früher war die Beurteilung gar nicht möglich...
 - ...die zeigen auch super viel...aber sehen das halt in dem Moment nicht als situative Anleitung und da geht viel verloren...

3 Perspektive der Praxisanleiterinnen und –anleiter: Qualitative Studie (2016)

Wie stellt sich für die Anleitenden die Ausbildungssituation dar?

3. **Idealismus und Können: Praxisanleiter benötigen neben der eigenen Motivation eine ausgeprägte berufliche Handlungskompetenz (fachlich, sozial, methodisch, Personalkompetenz).**
 - ...entschieden habe ich mich dafür, weil mir die Zusammenarbeit mit den Schülern Spaß macht...
 - ...Zurzeit gefällt es mir nicht mehr so gut, weil halt einfach die Besetzung immer schlechter geworden ist...
 - ...wenn ich das Telefon am Leib habe und es klingelt alle 5 Minuten, obwohl gerade ein Patient vor mir steht und erbricht und starke Schmerzen hat. Wo man sich einfach teilen möchte, man möchte ja allem gerecht werden...
 - ...ich hab tolle Schüler...ich hab auf der anderen Seite auch Schüler, wo ich dann denke, verdammt Leute ihr habt es euch doch selbst ausgesucht...

Dorn 2016: 37-39

3 Perspektive der Praxisanleiterinnen und –anleiter: Qualitative Studie (2016)

Wie stellt sich für die Anleitenden die Ausbildungssituation dar?

4. **Durst nach Wissen: Praxisanleiter benötigen Unterstützung bei der Einschätzung und Erweiterung ihres Wissens.**

- ...ich würde mir mehr Auffrischungsschulungen wünschen...wir sind auch oft die einzige Quelle. Die wirklich Neuheiten weitergibt...

5. **Koordination und Steuerung: Praxisanleiter übernehmen eine koordinierende Aufgabe im Praxiseinsatz, sie sind sich dieser Funktion jedoch nicht bewusst.**

- ...das kann ich auch nicht so großartig koordinieren, ich hab da auch keine Zeit dafür...ich möchte nicht unbedingt, dass ich das mache...
- ...ich kümmere mich um alle Schüler, Praktikanten und neue Mitarbeiter...
- ...ich hab eigentlich keine Freistellung dafür...das läuft alles nebenher...
- ...die ganzen organisatorischen Sachen. Die auch an einem reißen und zerren...es wird ja immer schlimmer...

3 Perspektive der Praxisanleiterinnen und –anleiter: Qualitative Studie (2016)

Wie stellt sich für die Anleitenden die Ausbildungssituation dar?

6. **Die Rolle der Schüler:** Praxisanleitung muss von den Anleitern als umfassende Methode verstanden werden, in welcher die aktive Mitgestaltung der Schüler unerlässlich ist.

- ...und wenn du dann noch einen Schüler hast, der sehr zurückhaltend ist, der geht dann komplett unter...
- ...das sich nicht alle Schüler auf die Anleitung vorbereiten...
- ...die (Schüler) wissen schon, was die wollen...

6. **Kampf inmitten von Widersprüchen:** Die bestehenden Rahmenbedingungen im Krankenhaus lassen eine in den Alltag integrierte fach- und bedarfsgerechte Praxisanleitung nicht zu.

- ...weil einfach zu wenig Zeit für die Schüler ist...
- ...man arbeitet mehr als die anderen Kollegen in diesem gesteckten Zeitrahmen vom Dienstplan her und deswegen macht man halt auch oft Überstunden

Dorn 2016: 45-51

Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter agieren in einem spannungsgeladenen Pflegemilieu, das eine adäquate Anleitung erschwert!

3 Pflegebildung und Stand der pflegedidaktischen Forschung (was nicht unberücksichtigt bleiben darf!)

Pflegepädagogische Forschung Pflegeschüler (qualitativ):

- Kersting (2002 / 2011) „**Coolout**“ (**moralische Desensibilisierung**)
- Fichtmüller / Walter (2007) „Wirkzusammenhänge des Lehrens und Lernens“ (**mangelnder Transfer von Wissen**)
- Balzer / Kühme (2009) „**Chamäleonkompetenz**“, „**Anpassung an die Pflegeteams**“, Schüler winden sich zwischen Patientenorientierung und vorgefundener Patientenignorierung (**mangelnder Transfer von Wissen, Störungen interprofessionelle Zusammenarbeit, Pflegepraxis ist konzeptlos und von Theorie losgelöst...**)
- Bohrer (2013): „Selbständigwerden in der Pflegepraxis“ (**informelles Lernen: Bedeutung der Praxis**)
- Kühme (2014): „**Identitätsbildende Muster**“ (**Wirkzusammenhänge Bildungsmuster in der Pflegepraxis, Dominanz der Praxiserfahrung kann für Bildungsprozesse kontraproduktiv sein**)

Kritische Theorie der Gesellschaft: gesellschaftliche Strukturen und Widersprüche				
Berufsbildungstheorie:		Hermeneutische Einzelfallkompetenz		
Pfleger- und Gesundheitswissenschaften	zentrale Medien der Pflege	Individuum leibgebundene Perspektive	Interaktion humanitär-moralische Perspektive	Institution gesundheitspolitisch- ökonomische Persp.
	1. Krankheits- erleben	1.I Leiderfahrung und Leibentfremdung	1.II Mimesis und Projektion	1.III Individualität und Standardisierung
	2. Helfen Handlungstyp	2.I Beziehung und Methode	2.II Teamarbeit und Konkurrenz	2.III Tradition und Emanzipation
	3. Gesundheits- wesen	3.I Bedürfnis und Verwaltung	3.II Humanisierung und Sozialtechnologie	3.III Marktliberalität und soziale Gerechtigkeit

Reflexion der
Pflegepraxis (Greb)

Modalisierungen
(Marotzki)

3. Kühme (2014) Empirische Untersuchung: Musterbildung Lernende in der Praxis

Kritische Theorie der Gesellschaft: gesellschaftliche Strukturen und Widersprüche				
Berufsbildungstheorie:		Hermeneutische Einzelfallkompetenz		
Pfleger- und Gesundheitswissenschaften	zentrale Medien der Pflege	Individuum leibgebundene Perspektive	Interaktion humanitär-moralische Perspektive	Institution gesundheitspolitisch- ökonomische Persp.
	1. Krankheits- erleben	1.I Leiderfahrung und Leibentfremdung	1.II Mimesis und Projektion	1.III Individualität und Standardisierung
	2. Helfen Handlungstyp	2.I Beziehung und Methode	2.II Teamarbeit und Konkurrenz	2.III Tradition und Emanzipation
	3. Gesundheits- wesen	3.I Bedürfnis und Verwaltung	3.II Humanisierung und Sozialtechnologie	3.III Marktliberalität und soziale Gerechtigkeit

© Ulrike Greb

Reflexion der Pflegepraxis:

Sprachliche Verflachung,
Reduktion der Komplexität von Pflege

An Stationszwängen orientierte
Vermittlung von Pflege

Mangel an professionellen
pflegerischen Methoden

Monozentrisches Verständnis:

Pflege an Stationszwängen ausrichten
(Der Fall Corinna)

Methodische und theoretische Reflexion
der Pflege (Der Fall Clarissa)

Polyvalentes Verständnis:

Spuren identitätstheoretischer und differenztheoretischer Modalisierung:
PFLEGE

Bildungsmuster (polyvalente und monozentrische Prozesse)

Muster differenztheoretischer Ausprägung:

- *Die an Stationszwängen orientierte Vermittlung von Pflege ist Anlass für polyvalente Deutungen*
- *Differenzierungen im Vergleich mit anderen Berufsgruppen*
- *Pflege methodisch und theoretisch reflektierend entdecken*

Muster identitätstheoretischer Ausprägung:

- Übernahme monozentrischer Sichtweisen für pflegerisches Handeln
- Reduktion der Komplexität durch monozentrische Sprache in der Pflege
- Rollenattributionen in der Pflege
- „Dazugehören“:
Passung des Pflegebildes

Bildungsprozesse



Bildung wird unterlaufen

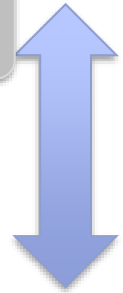
Bildungsmuster (polyvalente und monozentrische Prozesse)

Muster differenztheoretischer Ausprägung:

- *Negationen im Pflegelernen: durch Differenzen Unbestimmtheiten erleben*
- *Differenzen zur Sichtweise der Anleiter als Anlass polyvalenter Erfahrungen*
- *Patientenorientierung als Anlass zur Differenzierung des Pflegelernens*
- *Den in der Pflegepraxis erlebten Umgang mit Wissen negieren*

Bildungsprozess

Verwertungsanforderung – Differenzen zum patientenorientierten Lernen erkennen
minimale Kontrastierung



Muster identitätstheoretischer Ausprägung:

- *Integration der institutionellen Verwertungsanforderung in die Rolle des Lernenden*

Bildung wird unterlaufen

Themenkomplex: Multiprofessionelle Zusammenarbeit

*Anlässe der Musterbildung
(Erfahrungsverarbeitung in der Pflegepraxis)*

- *Assistenz und Kompensation durch Pflege – jenseits der Professionalität*
- *Lästerkultur zwischen Pflege und Medizin*

Zusammenfassung: Widerspruchserfahrung der Schüler ist Anlass für Bildungsprozesse oder Bildung wird durch Dominanz der Praxiserlebnisse unterlaufen!

3 Erste Befunde akademische Primärausbildung: Pflegestudierende in der Pflegepraxis (Stähle 2014)

Qualitative Interviews, Inhaltsanalyse (Mayring)

- Pflegestudent sein
- Als Pflegestudent im Pflorgeteam
- Als Pflegestudent im multiprofessionellen Team arbeiten
- Patientenkontakt zwischen Verwechslung und Vertrauen
- Theorie/Praxis Transfer als Herausforderung
- Unsichere Zukunft und Perspektiven: Zwischen Wunsch und Wirklichkeit

Wird fortgesetzt....

3 Erste Befunde akademische Primärausbildung: (Darmann-Finck, Görres, Reuschenbach 2014)

- Expertenfokusgruppen (Personenmix
Modellstudiengänge)
- Quantitative Befragung Kompetenzbildung
(Selbst- Fremdzuschreibung)
- Befragung von 12 Personen im Praxisfeld mit
Erfahrung mit
Studierenden/Absolventinnen/Absolventen

Halbstrukturierte Interviews als Critical Incident
Technique, Inhaltsanalytische Auswertung und
Einordnung in das Kompetenzmodell

3 Erste Befunde akademische Primärausbildung: Kompetenzbildung

Darmann/ Muths: Auszüge Evaluation Modellstudiengänge NRW (Expertenfokusgruppen)

- Anzeichen zur Entwicklung von Expertentum im Sinne des Verstehens von Einzelfällen (vgl. Darmann-Finck, Muths 2014: 143).
- (strukturell) Transparenz für alle Beteiligten im Sinne einer expliziten Ausweisung der ge- und verplanten Zeitressourcen ist zu verbessern (Darmann-Finck, Muths 2014: 143).
- (strukturell/inhaltlich) methodisch strukturierter und wissenschaftlich begründeter Ansätze im Curriculum fördern Gelingen in der Praxis (ebd. 2014: 143).
- Studierenden stoßen auf Akzeptanzprobleme. Widerspruch zum institutionellen Verwertungsinteresse an den Auszubildenden und Studierenden in der Praxis
- Reflexives und am Subjekt orientiertes Handeln
- Systemisch-kritisch-reflexiver Blick auf Institution und Akteure
- Selbstverständnis zur wissenschaftlichen Reflexion

3 Erste Befunde akademische Primärausbildung: (Darmann-Finck, Görres, Reuschenbach 2014)

Qualitätsdimensionen für eine hochschulische Ausbildung

Quantitative Befragung: n= 57 Absolventinnen,
154 Studierenden und 229 Auszubildende
(Selbst- und Fremdzuschreibung)

- Fähigkeit zur Anwendung wissenschaftlichen Wissens

In fast allen Items wurde den Studierenden höhere
Kompetenzbildung zugesprochen – ausgenommen „Fähigkeit
zum Aufbau Arbeitsbündnis“: Schüler

- Fähigkeit zur Forderung/Weiterentwicklung der Profession

3 Erste Befunde akademische Primärausbildung: (Darmann-Finck, Görres, Reuschenbach 2014)

Ergebnis der Interviews PraxisanleiterInnen

Faktor 1:

- Fähigkeit zur Anwendung wissenschaftlichen Wissens auf dem jeweils aktuellen Entwicklungsstand
- Recherche wissenschaftlicher Studien
- Theoretische Durchdringung von Diagnostik und Interventionen

3 Erste Befunde akademische Primärausbildung: (Darmann-Finck, Görres, Reuschenbach 2014)

Faktor 2: Besondere klinische Kompetenzen

- Geplantere und durchdachtere Diagnostik
- Höhere Flexibilität und Variabilität

Faktor 3: Fähigkeit zum Aufbau und zur Reflexion eines

- Arbeitsbündnisses
- Fallorientierte Vorgehensweise

Hier Abweichung zur quantitativen
Befragung Studierende/Schüler!

3 Erste Befunde akademische Primärausbildung: (Darmann-Finck, Görres, Reuschenbach 2014)

Faktor 4: Fähigkeit zur Umsetzung von interprofessionellen Diskursen

- Gleichberechtigter Diskurs
- Eigene fachliche Grenzen kennen

Faktor 5: Fähigkeit zur (sektorenübergreifenden) Fallsteuerung

- Blick „über den Tellerrand“
- Hinweis auf weitere Versorgungsmöglichkeiten

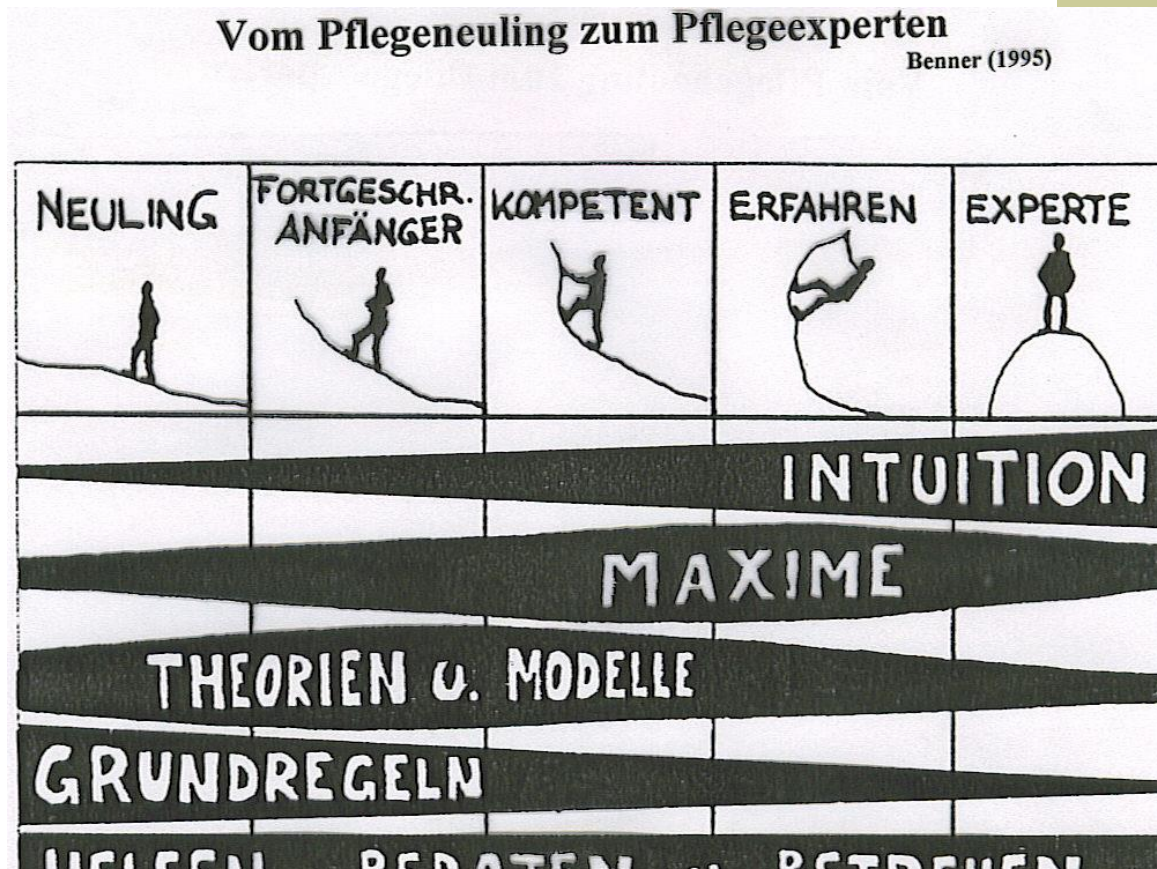
Faktor 6: Fähigkeit zur Förderung der eigenen Profession

3 Erste Befunde akademische Primärausbildung: (Darmann-Finck, Görres, Reuschenbach 2014)

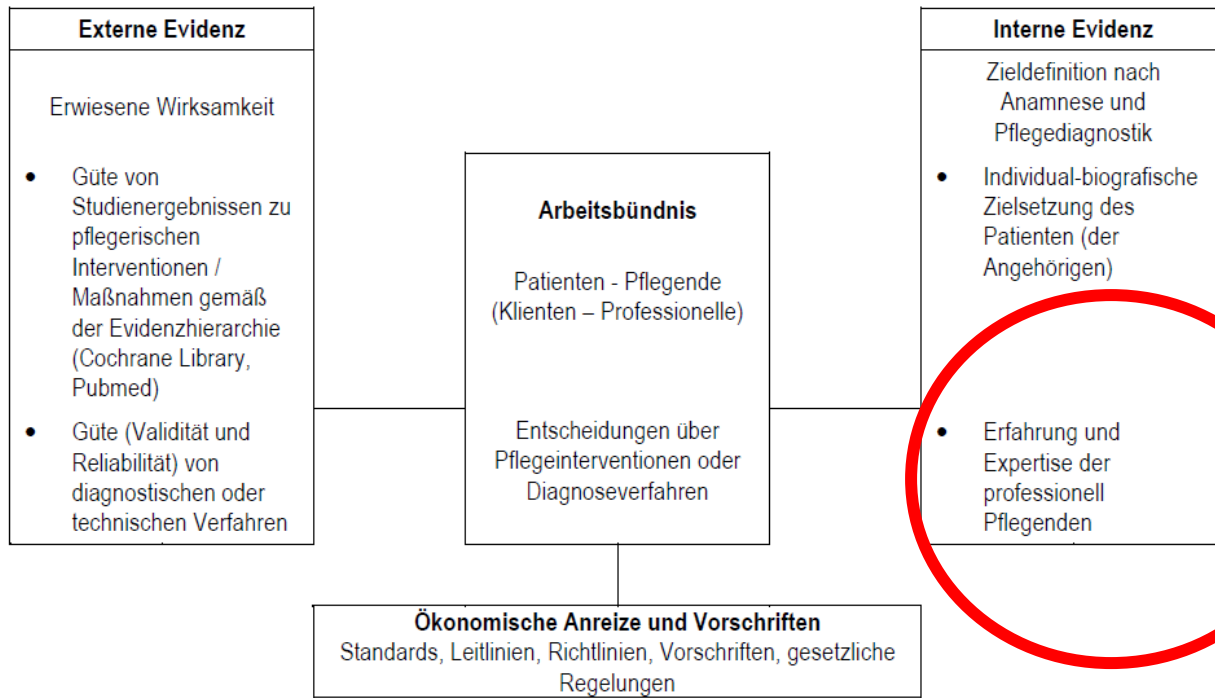
Lernen in realen Arbeitsprozessen und durch Instruktion quantitativ am meisten vertreten

- kaum Unterschiede z. Berufsausbildung: Handlungsspielraum gegeben, soziale Unterstützung/Kollektivität teilweise vorhanden, ansonsten Kriterien lern- und kompetenzförderlicher Arbeitsumgebungen nur in Ansätzen erfüllt, Verwertungsinteresse im Vordergrund (v.a. in der Pflege) → Studierende fühlen sich als „*extrem billige Arbeitskräfte*“ → „*Arbeitsberge, Patientenberge*“ müssen „abgearbeitet“ werden
- Bedingungen nicht gegeben, um wissenschaftliche Praxis, umfassende Verantwortung und interprofessionelle Kooperation zu erfahren
- Praxisanleitung: Nur ca. 10% (Pflege) bzw. ca. 40% (Hebammen, Therapieberufe) erhalten regelmäßig eine Praxisanleitung, ca. 10% werden auf einem anderen Niveau als beruflich Lernende angeleitet

Exkurs Profession: Bachelorabsolventen (wie die derzeit Realität ist!)



Achtung! Absolventen haben keine Berufserfahrung! Überfordernde Situationen drohen... "Geleitete Praxis" ist notwendig!



Modifiziertes EBN-Schema nach Behrens & Langer (2010)

Arbeitsbündnis zwischen professionell Pflegenden und Klienten

Exkurs Profession: Bachelorabsolventen (wie es gehen könnte!)

4 Pflegebildung und Stand der pflegedidaktischen Forschung. Und nun?

Resümee:

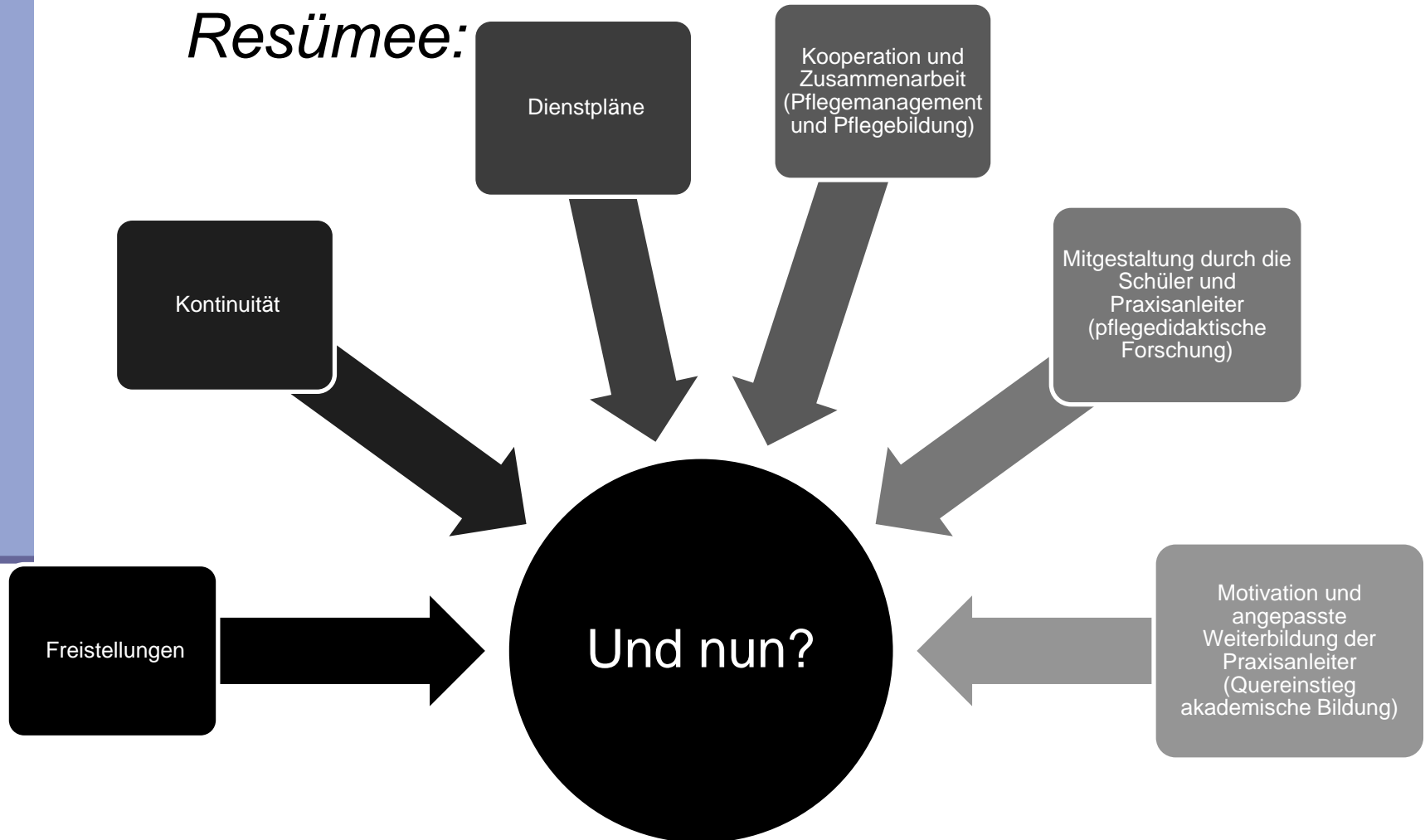
- *Differenz- und Widerspruchserfahrung in der Pflegepraxis ist existent!*
- ***Praxisanleiter verantworten die Widersprüche der Pflegepraxis nicht!***
- *Differenzen und Widersprüche als Anlass von Bildungsmustern nutzen!*
- *Bildungsmuster stehen im Zusammenhang mit der Professionalisierung der Pflege (u.a. Selbstbestimmung, Mündigkeit, Emanzipation, Solidarität ...)*

4 Pflegebildung und Stand der pflegedidaktischen Forschung. Und nun?

- **Verbindliche Kriterien für die Praxisausbildung berufsgesetzlich** festlegen, u.a. Bachelorqualifikation von Praxisanleitenden
- Geeignete **personelle Rahmenbedingungen an den Hochschulen und Praxiseinrichtungen** schaffen (z. B. klinische Professuren, Entwicklung akademischer Praxisanleitung unter Anerkennung der beruflichen Weiterbildung)
- **Zertifikat „Lehreinstellung für die Pflege, Hebammenkunde und therapeutischen Gesundheitsfachberufe“** etablieren
- **Übergänge** beruflicher Bildung zur Hochschulbildung gestalten (Bologna-Prozess)! Keine Sackgassen mehr!
- Studierende haben keine Berufserfahrung! **Kompetenzteams** bilden (siehe Professionsverständnis Oevermann)
- **Pflegedidaktische Forschungsergebnisse:** Lehrkonzepte in der Praxis
- Hochschulbildung **MUSS die Bedarfe der Praxis** aufnehmen!

4 Pflegebildung und Stand der pflegedidaktischen Forschung. Und nun?

Resümee:





Herzlichen Dank für die Aufmerksamkeit!

Literatur

- Adams, B. L. (1999): Nursing education for critical thinking: an integrative review. In: Journal of Nursing Education 38, 3, 111-9
- Aftentakis, A., Maier, T. (2010) Projektionen des Personalbedarfs und – angebots in Pflegeberufen bis 2025. Statistisches Bundesamt. Wirtschaft und Statistik 11/ 2010. S. 990 ff.
- Aiken, L. H./ Clarke, Sean P./ Cheung, Robyn B./ Sloane, Douglas M./ Silber, Jeffrey H. (2003): Educational Levels of Hospital Nurses and Surgical Patient Mortality. In: Journal of the American Medical Association 290, 12, 1617-1623
- Aiken, L. H./ Clarke, S. P./ Sloane, D. M./ Sochalski, J./ Silber, J. H. (2002): Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. In: Journal of the American Medical Association 288, 16, 1987-93
- Aiken, L.H./ Sloane, D.M./ Bruyneel, L./ Van den Heede, K./ Griffiths, P./ Busse, R./ Diomidous, M./ Kinnunen, J./ Kózka, M./ Lesaffre, E./ McHugh, M. D./ Moreno-Casbas, M. T./ Rafferty, A. M./ Schwendimann, R./ Scott, P. A./ Tishelman, C./ van Achterberg, T./ Sermeus, W. (2014): Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. In: www.thelancet.com, published online February 26, 2014 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62631-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8)
- **Balzer, S./Kühme, B.** (2009): Anpassung und Selbstbestimmung in der Pflege. Studien zum Ausbildungserleben von Pflegeschülern. Frankfurt am Main: Mabuse. S. 39–143

Literatur

- Balzer, Sabine (2009): (Aus-)Bildung in der Gesundheits- und Krankenpflege- Reflexion auf der Grundlage des fachdidaktischen Strukturgitters von Greb. In: Sabine Balzer und Benjamin Kühme (Hg.): Anpassung und Selbstbestimmung in der Pflege. Studien zum (Aus-)Bildungserleben von PflegeschülerInnen. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag (Mabuse-Verlag Wissenschaft, 110), S. 39–149.
- Balzer, Sabine; Kühme, Benjamin (Hg.) (2009): Anpassung und Selbstbestimmung in der Pflege. Studien zum (Aus-)Bildungserleben von PflegeschülerInnen. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag (Mabuse-Verlag Wissenschaft, 110).
- Dorn, Tobias (2016): Zur Situation der Praxisanleiter/innen in der Gesundheits- und Krankenpflege im Praxisalltag. Bachelorarbeit. Hochschule Osnabrück, Osnabrück. Wirtschafts- und Sozialwesen.
- Kühme, Benjamin (2009): Selbstbestimmung und Fremdbestimmung-Eine Diskussion der Pflegewirklichkeit von Pflegeschülerinnen zwischen Teamarbeit und Konkurrenz. In: Sabine Balzer und Benjamin Kühme (Hg.): Anpassung und Selbstbestimmung in der Pflege. Studien zum (Aus-)Bildungserleben von PflegeschülerInnen. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag (Mabuse-Verlag Wissenschaft, 110), S. 153–249.

Literatur

- Behrens, J., Langer, G. (2010) Handbuch Evidence- based Nursing. Externe Evidence für die Pflegeberufe. Bern: Huber
- Bohrer, A. (2013): Selbständigwerden in der Pflegepraxis. Eine empirische Studie zum informellen Lernen in der praktischen Pflegeausbildung. Berlin: wvb
- Brandenburg H, Panfil E.M., Mayer H. (2007): *Pflegewissenschaft 2. Lehr und Arbeitsbuch zur Einführung in die Pflegeforschung*. Hans Huber Verlag, Bern.
- Darmann- Finck, Ingrid (2012) "Wirkungen einer akademischen Erstausbildung von professionell Pflegenden im Spiegel internationaler Studien, in: *Pflege & Gesellschaft* 17, 216-231.
- Darmann-Finck, I., Muths, S.(2014): Analyse der Ansätze zur Theorie-Praxis-Verknüpfung. In: Darmann-Finck, I., Muths, S., Görres, S., Adrian, C., Bomball, J., Reuschenbach, B. (2014): Abschlussbericht 2014: „Inhaltliche und strukturelle Evaluation der Modellstudiengänge zur Weiterentwicklung der Pflege- und Gesundheitsfachberufe in NRW“. Studie im Auftrag des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen. S. 117-237
- Dewe, B., Ferchhoff, W., Scheer, A. (2001): *Professionales soziales Handeln*. Weinheim: Juventa

- Darmann-Finck, I., Muths, S., Görres, S., Adrian, C., Bomball, J., Reuschenbach, B. (2014): Abschlussbericht 2014: „Inhaltliche und strukturelle Evaluation der Modellstudiengänge zur Weiterentwicklung der Pflege- und Gesundheitsfachberufe in NRW“. Studie im Auftrag des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen. S. 117-237
- Ertl- Schmuck, Roswitha (2010) Subjektorientierte Pflegedidaktik. In: In: Ertl- Schmuck, Roswitha, Fichtmüller, Franziska (Hrsg.): Theorien und Modelle der Pflegedidaktik. Eine Einführung. Weinheim, München: Juventa. S. 55- 87
- Estabrooks, C. A./ Midodzi, W. K./ Cummings, G. G./ Ricker, K. L./ Giovannetti, P. (2005): The impact of hospital nursing characteristics on 30-day mortality. In: Nursing Research 54, 2, 74-84
- Fichtmüller, F./Walter A. (2007): Pflege lernen. Empirische Begriffs- und Theoriebildung zum Wirkgefüge von Lernen und Lehren beruflichen Pflegehandelns. Göttingen: V & S unipress
- Friesacher, H. (2011): „Vom Interesse an vernünftigen Zuständen ...“ Bedeutung und konstitutive Elemente einer kritischen Theorie der Pflegewissenschaft. In: Pflege (2011) 24 (6). Bern: Huber. S. 373–388
- Greb, Ulrike (2003) Identitätskritik und Lehrerbildung. Ein hochschuldidaktisches Konzept für die Fachdidaktik Pflege. Frankfurt am Main: Mabuse
- Kersting, K. (2011):“Coolout“ in der Pflege. Eine Studie zur moralischen Desensibilisierung. Frankfurt am Main: Mabuse
- Kühme, B. (2015): Entwicklung identitätsbildender Muster in der betrieblichen Pflegeausbildung. Weinheim, Basel: Beltz, Juventa

Literatur

- Mayer, H. (2003): Pflegeforschung. Elemente und Basiswissen. Wien: Facultas
- Moers, M./Schaeffer, D./Schnepp, W. (2011): Too busy to think? Essay über die spärliche Theoriebildung der deutschen Pflegewissenschaft. In: Pflege. Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe. Heft 6. 24. Jahrg. Bern: Huber. S. 349–360
- Moers, M., Schöniger, U., Böggemann, M. (2012): Duale Studiengänge – Chancen und Risiken für die Professionalisierung der Pflegeberufe und die Entwicklung der Pflegewissenschaft. In: Pflege & Gesellschaft. 17. Jahrg. 2012. H. 3. Weinheim, Basel: Beltz, Juventa. S. 232-247
- Olbrich, C. (2009): Kompetenztheoretisches Modell der Pflegedidaktik. In: Olbrich, C. (2009): Modelle der Pflegedidaktik, München: Elsevier, Urban&Fischer. S. 63- 83
- Stähle, Nico (2015): Das Erleben von Studierenden dualer Pflegestudiengänge während des Praxiseinsatzes. Bachelorarbeit an der Hochschule Osnabrück. Fakultät für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften. Studiengang Pflegewissenschaft. Eingereicht im WS 14/15 (Prof. Dr. Andreas Büscher /Prof. Dr. Benjamin Kühme). Unveröffentlichtes Manuskript.
- SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007): Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung, Gutachten 2007.
- Wittneben, Karin (2003) Pflegekonzepte in der Weiterbildung für Pflegelehre-rinnen und Pflegelehrer. Leitlinien einer kritisch-konstruktiven Pflegedidaktik, Frankfurt am Main: Lang
- WR – Wissenschaftsrat (2012): Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen, Drs. 2411-12, Berlin, 13.07.2012.9